



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



FABIELY GOMES DA SILVA NUNES

**DESAFIOS PARA GARANTIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS NO SEMIÁRIDO
NORDESTINO**

VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA

2021

FABIELY GOMES DA SILVA NUNES

**DESAFIOS PARA GARANTIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS NO SEMIÁRIDO
NORDESTINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre.

Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas, gestão e programas em saúde.

Orientador: Professor Dr. Adriano Maia dos Santos

VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA

2021

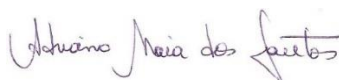
Fabiely Gomes da Silva Nunes

“Desafios para garantia de atenção especializada em municípios rurais remotos no semiárido nordestino”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde. Linha Pesquisa: Políticas, gestão e programas em saúde.

Aprovada em 13/08/2021

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (Orientador)
Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS



Prof.^a Dr.^a Patty Fidelis de Almeida (Examinadora)
Universidade Federal Fluminense – UFF



Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Rodrigues Fausto (Examinadora)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz



Prof.^a Dr.^a Ângela de Oliveira Carneiro (Examinadora)
Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – UFBA

N972

Nunes, Fabiely Gomes da Silva.

Desafios para garantia de atenção especializada em municípios rurais remotos no semiárido nordestino. / Fabiely Gomes da Silva Nunes - 2021.

112 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Atenção Secundária à Saúde. 3. Serviços de Saúde Rural. 4. Assistência Ambulatorial. 5. Assistência Integral à Saúde. I. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Santos, Adriano Maia dos. III. Título.

CDU: 614.79 (812/813)

Aos meus pais, grandes incentivadores da minha formação educacional e a todos os
participantes deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Registro meus agradecimentos às pessoas que contribuíram de algum modo, de forma direta ou indireta, para o caminhar deste trabalho.

Ao Professor Adriano Maia pelas oportunas contribuições, sobretudo pela paciência, escuta solidária, apoio, amizade, incentivo e condução. Obrigada por segurar em minha mão, não desistir e me conduzir até aqui. Não poderia ter desejado outro orientador que não fosse você.

À professora Lígia Giovanella por me acolher e me inserir no projeto “Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos no Brasil”, que se tornou objeto desta dissertação.

Aos componentes da banca de qualificação, as professoras doutoras Ângela Carneiro, Patty Fidelis e Márcia Fausto, pelas relevantes críticas e proposições.

Aos professores do programa de mestrado por todo conhecimento e aprendizado compartilhado. Agradeço àqueles que fazem parte da minha caminhada desde a minha graduação, no IMS-UFBA, e que me inspiraram e me motivaram a entrar no mestrado: Danielle Medeiros, Nília Prado, Márcio Galvão, Cláudio Lima, José Patrício, Adriano Maia, Raquel Souza, Márcio Vasconcelos. E aos que conheci durante o percurso, nas disciplinas e vivências: Paulo Rogers, Vanessa Bezerra, Rosana Aquino, Poliana Martins, Daniela Rocha, Maria Guadalupe, Patty Fidelis, Daniele Arruda, Carmen Teixeira, Cristiane Abdon e Sóstenes Mistro.

A Lucas Cabral por auxiliar no levantamento dos indicadores sociodemográficos e de saúde dos municípios, e na construção das figuras para o artigo 2.

A Jéssica, amiga e companheira de projeto, de turma, de viagens. Irmã, obrigada pelos conselhos, pela ajuda e pela convivência.

A Nília Prado, professora, amiga e incentivadora. Não tenho palavras para agradecer toda a sua confiança em mim – isso me ajuda a prosseguir e a acreditar que ainda posso chegar muito longe.

A Ângela e Francisco pela acolhida em sua casa durante a visita ao campo de Rio Grande do Piauí, e na pesquisa de Juazeiro; e por me apresentar um dos lugares mais incríveis que já conheci: a Serra da Capivara – PI.

Aos colegas de mestrado: Camila Moreno, Camila Jardim, Ícaro, Jessica Caline, Jéssica Sousa, Taciana, Ricardo, Monique, Cinara, Caroline, Beo, Mariana e Geovani, por tornar o processo muito mais leves.

Aos profissionais que nos acolheram nos municípios e participaram das entrevistas, contribuindo para engradecer este trabalho.

Aos profissionais do IMS/UFBA por serem sempre solícitos e acolhedores.

Ao grupo de pesquisa OBRAS por proporcionar grandes momentos de partilha de conhecimento. Vocês contribuíram muito para minha formação durante esse processo.

A Duda (Maria Eduarda), Jose (Josilene) e Raísa por fazerem parte dessa caminhada e me ajudarem tanto em momentos distintos.

À minha família:

Aos meus pais, Neide e Aduino, por sempre apoiarem minhas escolhas e abraçarem os meus projetos. Obrigada por todos os momentos que cuidaram dos meus filhos, enquanto precisei estar ausente para pesquisa e estudos, e por escutarem minhas angústias e aflições.

A Manoel, meu companheiro de vida, e a Nicolas e Kevin (mamãe ama muito), meus filhos, que compreenderam minha ausência durante essa jornada. Vocês sempre serão o meu porto seguro.

À minha irmã Karine, fundamental no processo de transcrição das entrevistas. Foi você que em muitos momentos me escutou e me aconselhou. Agradeço também a Filipe, meu cunhado, por ser compreensivo nesses momentos.

Enfim, agradeço a Deus por me guiar, cuidar e inspirar em cada momento, e sempre!

Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.

Manoel de Barros (2006)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Região Semiárido Brasileiro	32
Figura 2 – Regiões de Saúde, Município Rural Remoto, Semiárido, Brasil, 2019	33
Figura 1 (Artigo 1) – Fluxos assistências entre os municípios e as regiões de saúde, Semiárido, Brasil, 2019.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantidade de Municípios Rurais Remotos selecionados por tipo de região, Semiárido, Brasil, 2019	30
Quadro 2 – Descrição dos participantes da pesquisa, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019.....	34
Quadro 3 – Matriz para análise da Atenção Especializada a partir das Redes de Atenção à Saúde, na perspectiva de gestores e profissionais da saúde	36
Quadro 1 (Artigo 1) – Caracterização e Atuação do entrevistado, Semiárido, Brasil, 2019	41
Quadro 1 (Artigo 2) – Síntese de “falas expressivas” sobre atenção especializada (eixo – 1), Municípios Rurais Remotos do Semiárido, Brasil, 2019	61
Quadro 2 (Artigo 2) – Síntese de “falas expressivas” sobre atenção especializada (eixo – 2), Municípios Rurais Remotos do Semiárido, Brasil, 2019	63
Quadro 3 (Artigo 2) – Síntese de “falas expressivas” sobre atenção especializada (eixo – 3), Municípios Rurais Remotos do Semiárido, Brasil, 2019	65
Quadro 4 (Artigo 2) – Síntese de “falas expressivas” sobre atenção especializada (eixo – 4), Municípios Rurais Remotos do Semiárido, Brasil, 2019	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos Municípios Rurais Remotos, Regiões de Saúde, Semiárido, Brasil, 2019.....	31
Tabela 2 – Distância entre os Municípios Rurais Remotos às sedes das regiões/macrorregiões de saúde e da capital do estado, Semiárido, Brasil, 2019.....	33
Tabela 1 (Artigo 1) – Características dos Municípios Rurais Remotos, Regiões de Saúde, Semiárido, Brasil, 2019	42
Tabela 2 (Artigo 1) – Distância entre os Municípios Rurais Remotos às sedes das regiões/macrorregiões de saúde e da capital do estado, Semiárido, Brasil, 2019	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EqSF	Equipes de Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MRR	Municípios Rurais Remotos
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

Este estudo buscou compreender os desafios para a garantia da Atenção Especializada (AE) em Municípios Rurais Remotos (MRR) no semiárido nordestino. Trata-se de estudo de caso com níveis de análise imbricados, com abordagem qualitativa, cujos dados foram produzidos por meio de 37 entrevistas semiestruturadas realizadas com enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde e gestores de três regiões de saúde, em quatro MRR de dois estados brasileiros – Bahia e Piauí. Os resultados estão organizados em dois artigos: 1) Estratégias de gestores de Municípios Rurais Remotos para provisão de Atenção Especializada em três regiões de saúde do Semiárido Nordestino, Brasil; 2) Interface entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada: desafios para produção do cuidado em Municípios Rurais Remotos no Semiárido. Em síntese, os resultados mostram que a escassez na oferta de serviços somada às longas distâncias entre a área rural e a sede do município, e destes para o serviço de AE, contribuíam para variados arranjos no processo organizativo da atenção à saúde. Destacaram-se a compra direta no prestador privado pelo município, a oferta insuficiente via pactuação entre os municípios e o desembolso direto do usuário – no intuito de suprir, de alguma forma, os vazios assistenciais ou abreviar os tempos de espera para AE. A maior parte da oferta pública e privada para AE encontrava-se fora dos MRR, o que exigia da gestão local um alto investimento em transporte sanitário, em um contexto de recursos financeiros insuficientes para atender a essa demanda, com disponibilidade limitada/inexistente de transporte nas áreas mais isoladas e distantes do município. Em todos os casos, havia alguma oferta de serviços especializados privados no próprio município, ainda que de forma intermitente, o que levava à constituição de itinerários terapêuticos paralelos à rede de oferta formal, na busca por alguma continuidade do cuidado. Foi evidenciado que a lógica regional, sem integração da rede assistencial, e os impasses decorrentes dos vazios assistenciais comprometem a integralidade da atenção à saúde à população dos MRR. Além disso, havia fragilidade comunicacional entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a AE, acarretando perda de contato da APS com os usuários, intensificada pela fragmentação assistencial, dependência de prestador privado, vazio assistencial crítico, precária comunicação informacional e transporte sanitário insuficiente. Os problemas para oferta adequada e oportuna à AE nos MRR são comuns a todo o território nacional, porém, parecem ser mais perniciosos nesses territórios que concentram maiores diversidades de acesso e populações mais vulneráveis. Por fim, na perspectiva dos MRR, o desafio dos gestores e profissionais da saúde consiste em identificar as singularidades, avaliar as potencialidades e as fragilidades desses cenários e concretizar a gestão cooperativa e integrada, para propor e intervir por meio de soluções locorregionais que contemplem as necessidades dos usuários, viabilizando e qualificando o cuidado em saúde.

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Rural; Assistência Ambulatorial; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

CHALLENGES TO GUARANTEE SPECIALIZED CARE IN REMOTE RURAL MUNICIPALITIES IN THE SEMI-ARID REGION OF NORTHEASTERN BRAZIL

This study seeks to understand the challenges to guarantee Specialized Care (SC) in remote rural municipalities (RRM) in the Northeastern semi-arid region. This is a case study with imbricated levels of analysis, with a qualitative approach whose data were produced through 37 semi-structured interviews conducted with nurses, doctors, community health agents, and managers of three health regions, in four RRM, from two Brazilian states – Bahia and Piauí. The results are organized in two articles: 1) Strategies of managers of remote rural municipalities for the provision of Specialized Care in three health regions of the Northeastern semi-arid region, Brazil; 2) Interface between Primary Health Care and Specialized Care: challenges for the production of care in remote rural municipalities in the semi-arid region. In summary, the results show that the scarcity in the supply of services added to the long distances between the rural area and the municipal seat, and from these to the SC service, contributed to various arrangements in the organizational process of health care. We highlight the direct purchase from the private provider by the municipality, the insufficient supply through a pact between municipalities, and the direct disbursement by the user – aiming to somehow fill the gaps in care or shorten the waiting times for SC. Most of the public and private supply for SC was found outside the RRM, which required local management to invest heavily in health transport, in a context of insufficient financial resources to meet this demand, with limited / inexistent availability of transport in the most isolated and distant areas of the municipality. In all cases, there was some offer of private specialized services in the municipality itself, even if intermittently, which led to the constitution of therapeutic itineraries parallel to the formal supply network, in the search for some continuity of care. It was evidenced that the regional logic, without integration of the care network, and the impasses resulting from care gaps, compromise the integrality of health care to the population of the RRM. Furthermore, there was a fragility of communication between Primary Health Care (PHC) and SC, leading to loss of PHC contact with users, intensified by the fragmentation of care, dependence on private providers, critical care gap, poor informational communication, and insufficient health transportation. The problems for adequate and timely provision of SC in the RRM are common throughout the country, but seem to be more pernicious in those territories that concentrate greater diversity of access and more vulnerable populations. Finally, from the perspective of the RRM, the challenge for managers and health professionals consists in identifying the singularities, evaluating the potential and weaknesses of such scenarios, and implementing cooperative and integrated management, to propose and intervene through locoregional solutions that meet the users' needs, enabling and qualifying health care.

Keywords: Secondary Care; Health Services Accessibility; Rural Health Services; Ambulatory Care; Comprehensive Health Care.

APRESENTAÇÃO E PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES COM O OBJETO DE PESQUISA

Para falar da minha aproximação com o objeto, destaco escolhas que me conduziram à Saúde Coletiva. Tudo começou quando escolhi a graduação em Farmácia, porque queria ser cientista. De fato, a ciência sempre me motivou, ainda que minha ideia/imagem de cientista estivesse circunscrita ao senso comum – aquele sujeito trabalhando em laboratórios e manipulando equipamentos sofisticados.

Aos poucos, novas experiências me deram oportunidade de percebê-la de modo mais ampliado, ainda que com limitações. Assim, hoje, a ciência que me encanta é aquela que me permite estar próxima às pessoas, aprender na interação, experienciar os desafios e as conquistas no movimento dialógico, os trajetos históricos e os movimentos sociais.

Essa percepção surge a partir do estágio regular em “farmácia pública”, cuja experiência vivenciei em unidade de saúde e conheci as atividades do farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o processo de trabalho da equipe de saúde da família e a dinâmica de um conselho local de saúde. Uma experiência afetiva que destaco foram as rodas de conversa realizadas semanalmente por uma médica, na Igreja de Santa Luzia, próxima à unidade de saúde, um tipo de terapia comunitária cuja prerrogativa para participar era o desejo de partilhar sentimentos e vivências pessoais sem pudores ou pré-julgamentos. Não imaginava que aquilo, também, era prática médica, muito menos trabalho realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), pois tinha, igualmente, um olhar reducionista acerca da saúde pública. Tal vivência singular resgatou-me e trouxe-me à militância pelo SUS que, desde então, acredito, sou trabalhadora e, atualmente, estou na condição de pesquisadora em formação.

Em 2012, graduei-me e comecei a trabalhar na farmácia municipal, em Vitória da Conquista, Bahia. Nessa primeira experiência de trabalho formal, pude conhecer a dinâmica de funcionamento e interagir com os prescritores e demais colegas; foi um desafio por ser recém-formada.

No ano seguinte, em decorrência de uma prática exitosa, fui convidada a assumir a gestão da assistência farmacêutica municipal. Nesse novo cenário de práticas, deparei-me com o processo de gestão em saúde e, nessa aproximação, percebi que poderia fazer mais, contribuir de outras formas para o fortalecimento do SUS. Articulando com minhas memórias afetivas do estágio em farmácia pública, percebi que, no SUS, a gestão, também, podia se fazer compartilhando ideias e envolvendo a comunidade local, os profissionais de saúde, prestadores e gestores.

Nessa trajetória, ingressei no curso de “Especialização em gestão de redes de atenção à

saúde”, a distância, pela ENSP/Fiocruz. Para mergulhar no curso, precisei sair da minha zona de conforto, relacionada com a assistência farmacêutica, e estudar o processo de organização e constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Ademais, todos os alunos do curso precisavam escolher como objeto de estudo o Câncer de Mama ou o Câncer do Colo do Útero; temas distantes da minha prática à época.

Na verdade, os temas eram pretextos para que pudéssemos conhecer a organização e o funcionamento da RAS, as relações estabelecidas entre os níveis de atenção e os profissionais que atuam nos serviços, a atuação das comissões intergestoras, as relações interfederativas, o financiamento do SUS etc. Nesse período, optei por trabalhar com o câncer de mama, avaliando a qualidade dos indicadores de acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno.

Tal experiência, que poderia ser apenas mais um curso de pós-graduação, conduziu-me e fez-me, mesmo sem consciência disto, aproximar do meu objeto de estudo. Assim, em 2018, decidi participar do processo seletivo e fui aprovada no Mestrado em Saúde Coletiva, na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Um pouco antes do início das aulas, em conversa com os professores Adriano Maia e Ligia Giovanella, que estavam conduzindo a minha orientação, fui convidada a participar da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em áreas rurais remotas no Brasil”, coordenada pela professora Dr.^a Márcia Fausto, da ENSP/Fiocruz. Sendo assim, a aproximação e a construção do meu objeto deram-se durante a coleta de dados, após algumas conversas com meu orientador e as observações realizadas em campo. Nesse ínterim, decidimos analisar a organização e a oferta de serviços especializados, no contexto rural remoto. Tal escolha trata-se de uma oportunidade de responder a algumas inquietações que possibilitem melhor compreensão da organização do SUS em contextos de vazios assistenciais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 RECORTE DO OBJETO	17
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 RECONHECENDO O TERRITÓRIO RURAL REMOTO	21
2.2 A OFERTA E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM ÁREAS RURAIS REMOTAS.....	23
3 PERCURSO METODOLÓGICO	28
3.1 TIPO DE ESTUDO	28
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	28
3.2.1 Trajetória de escolha dos Municípios Rurais Remotos	28
3.2.2 Definição do recorte do estudo	30
3.2.3 Regiões de Saúde e os MRR.....	32
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
3.4 FONTES DE INFORMAÇÃO, TÉCNICAS E COLETA DE DADOS	35
3.4.1 Entrevistas semiestruturadas.....	35
3.4.2 Análise dos dados	35
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
4 RESULTADOS	38
4.1 ARTIGO 1 – ESTRATÉGIAS DE GESTORES DE MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS PARA PROVISÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM TRÊS REGIÕES DE SAÚDE DO SEMIÁRIDO NORDESTINO, BRASIL	38
4.2 ARTIGO 2 – INTERFACE ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO ESPECIALIZADA: DESAFIOS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS NO SEMIÁRIDO.....	58
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	76
6 PERSPECTIVAS DE ESTUDOS.....	79
REFERÊNCIAS	80
ANEXO 1 – ROTEIROS DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	87
ANEXO 2 – TERMO DE ANUÊNCIA.....	112

1 INTRODUÇÃO

1.1 RECORTE DO OBJETO

A constituição de regiões e Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem um importante papel político e social, no âmbito do sistema de saúde, para superar a fragmentação da atenção, ampliar o acesso e diminuir as desigualdades sociodemográficas, por meio da organização do território a fim de atender às necessidades e às dinâmicas específicas de um conjunto heterogêneo de populações (ALMEIDA *et al.*, 2016; BRASIL, 2011; DUARTE *et al.*, 2015; FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

A organização de regiões e RAS exige a conformação de arranjos institucionais e o estabelecimento de relações político-administrativa que viabilizam o planejamento, a gestão e a organização da oferta de ações de serviços de saúde para que se alcance a atenção integral e o efetivo cuidado prestado ao usuário em todos os pontos de atenção (ALMEIDA *et al.*, 2018; ALMEIDA; SANTOS, 2016; SANCHO *et al.*, 2017), promovendo a eficiência, a abrangência e a escala necessárias na oferta de bens e serviços de saúde (BOUSQUAT *et al.*, 2017; DUARTE *et al.*, 2015; SANTOS; GIOVANELLA, 2016; VIANA *et al.*, 2018).

No Brasil, a oferta do cuidado em saúde está organizada em níveis de atenção (primário, secundário e terciário), tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) um papel central na coordenação do cuidado e na organização da RAS, o que a torna porta de entrada preferencial ao sistema de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; LAVRAS, 2011). A centralidade do cuidado na APS implica o estabelecimento de conexões entre profissionais e serviços, de modo a atender às necessidades e às preferências dos usuários na oferta de cuidados (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Para tanto, a integração da RAS, na perspectiva da APS, envolve a existência de um serviço de procura regular com a garantia de acesso aos demais níveis de atenção, com estratégias que associem as ações e serviços necessários para prevenção de doença, promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva (ALMEIDA *et al.*, 2018; FAUSTO *et al.*, 2014). Essas ações devem ocorrer mediante fluxos de encaminhamentos previamente estabelecidos e mecanismos formalizados para troca de informações entre os níveis de atenção, necessários à gestão clínica da condição de saúde do usuário (MENDES *et al.*, 2021; PEREIRA; LIMA; MACHADO, 2018; VIACAVA *et al.*, 2018).

Um dos obstáculos à garantia da atenção integral é a oferta de serviços acessíveis em tempo oportuno, principalmente, relacionados com a Atenção Especializada (AE) (ALMEIDA

et al., 2019; NUNES *et al.*, 2016). A AE é entendida como um conjunto de ações, práticas e técnicas assistenciais articuladas a partir de processos de trabalho de maior densidade tecnológica, sendo composta por ações e serviços da atenção secundária (serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e serviços médicos ambulatoriais), da atenção terciária (diagnose, terapia e atenção hospitalar), além da área de urgência e emergência (articulada com todos os níveis de atenção) (SOLLA; CHIORO, 2012; TESSER; POLI NETO, 2017).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a AE é marcada por diferentes obstáculos na provisão, no financiamento e na regulação (RIBEIRO *et al.*, 2017; TESSER; POLI NETO, 2017), decorrendo tanto da insuficiência de oferta de serviços de diagnósticos e terapêuticos (muitas vezes condicionados à especialidade e à localização geográfica) quanto dos modos de financiamento, organização e funcionamento da AE e de outros elementos das RAS, como, por exemplo, a qualidade de encaminhamentos e solicitações (de exames, consultas, procedimentos), o acesso aos prontuários dos usuários, entre outros (MELO *et al.*, 2021; TESSER; POLI NETO, 2017). Isso reflete em sobrecarga aos municípios, especialmente de pequeno porte que acabam tendo que garantir, além da APS, o acesso a serviços de AE aos seus municípios, mesmo com déficit de recursos materiais, financeiros, humanos e logísticos (SILVA *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, quando se pensa na organização da atenção à saúde, em um país como o Brasil, há que se considerar fatores que influenciam a oferta, a demanda e a prestação de serviços, como: a extensão territorial, as desigualdades, as diversidades locorregionais, a existência de populações tradicionais, o modo de vida e produção da população local, a abrangência das atribuições do Estado na saúde, o arranjo federativo e a multiplicidade de sujeitos envolvidos na condução e na prestação da atenção à saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2019; DUARTE *et al.*, 2015; SANCHO *et al.*, 2017; SILVEIRA; PINHEIRO, 2014; VIANA *et al.*, 2018).

Essas variáveis influenciam na forma como os sistemas locais de saúde precisam se organizar para garantir o acesso à saúde, ainda fortemente marcado por profundas desigualdades regionais e pela conformação política e econômica do País (NUNES *et al.*, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2017; TESSER; POLI NETO, 2017). O desenvolvimento econômico e político do Brasil, ao longo dos anos, levou à configuração de regiões mais e menos concentradas, fluídas, densas, competitivas e interdependentes, resultando em um processo de reorganização produtiva com aumento das desigualdades socioespaciais associadas à concentração de poder nas mãos de determinados grupos e melhor infraestrutura e riqueza em determinados lugares (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015). A grande diversidade

sociodemográfica do País, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade e/ou distantes dos grandes centros, reforça a necessidade de diferentes estruturas e oferta de serviços de saúde, envolvendo a logística para distribuição de insumos, a organização do processo de trabalho e o sistema de financiamento diferenciado (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

No Brasil, é muito diversa a configuração dos 5.570 municípios brasileiros em termos estruturais e de porte populacional. Segundo o censo 2010 (IBGE, 2017), 2.513 municípios (70,4%) são de pequeno porte, com população até 20 mil habitantes, onde vivem 17,1% da população (32 milhões). Nos municípios considerados de médio porte (1.368 municípios, entre 20 e 100 mil habitantes), vivem 28,1% da população, correspondendo a 53,6 milhões de pessoas. Em municípios com população entre 100 mil e 500 mil habitantes (245 municípios), vivem 25,5% da população (48,5 milhões). Por fim, as 38 cidades com mais de 500 mil habitantes concentram 29,3% da população.

A avaliação dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) apresentou dados relevantes em relação ao acesso das populações residentes em áreas rurais remotas aos serviços de saúde. Os resultados dessa avaliação identificaram fragilidades no acesso geográfico aos serviços de APS, atração e fixação de profissionais, particularidades de populações indígenas, ribeirinhas, quilombolas e outras comunidades tradicionais, e o desafio permanente para o enfrentamento das desigualdades de acesso à AE (LIMA *et al.*, 2018; TAVARES; MELO, 2018).

Nesse contexto, as barreiras geográficas, organizacionais e financeiras limitam a acessibilidade de populações que vivem em áreas remotas aos serviços de AE, contribuindo para resultados negativos em saúde, decorrentes de agudização de condições crônicas pela demora no cuidado oportuno e adequado, bem como a falta de continuidade (CARNEIRO; PESSOA; ARAUJO, 2017; EDELMAN *et al.*, 2020; FAUSTO *et al.*, 2014; MATSUMOTO *et al.*, 2013; WAKERMAN *et al.*, 2017; WORLEY, 2020).

A saúde em territórios remotos, portanto, precisa ser estruturada a partir da heterogeneidade, da pluralidade e das singularidades de modos de vida dos grupos populacionais que vivem nessas localidades, o que exige uma articulação efetiva entre os vários atores envolvidos no processo de produção do cuidado (MATSUMOTO *et al.*, 2013; TARGA *et al.*, 2013; WAKERMAN *et al.*, 2017).

Sendo assim, torna-se imprescindível compreender a dinâmica existente nos sistemas locais regionais de saúde para garantir a oferta de serviços da AE; e, assim, responder à questão que norteou a presente pesquisa: como são geridos e organizados os serviços de saúde para

oferta e acesso de Atenção Especializada em Municípios Rurais Remotos do semiárido nordestino?

Para responder à questão de pesquisa, elencam-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Compreender as estratégias e os desafios para organização do acesso à Atenção Especializada (AE) em Municípios Rurais Remotos (MRR) no semiárido nordestino.

Objetivos Específicos:

- Analisar as estratégias de gestão direcionadas a responder às demandas por serviços especializados para populações residentes em MRR do semiárido nordestino a partir da percepção e da experiência de gestores da saúde;
- Analisar os desafios à produção do cuidado no âmbito da APS diante dos obstáculos organizacionais para o acesso aos serviços especializados em MRR a partir da experiência de profissionais de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 RECONHECENDO O TERRITÓRIO RURAL REMOTO

Caracterizar e conceituar a ruralidade é algo complexo e que envolve uma multiplicidade de fatores ao se considerar que esses espaços envolvem contextos marcados por características geográficas, econômicas, políticas, históricas e culturais específicas que afetam diretamente a vida das pessoas que habitam esses territórios (BRASIL, 2014; CARNEIRO; PESSOA; ARAUJO, 2017; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Em contextos internacionais, há algum tempo, tem-se discutido propostas que buscam imprimir uma concepção do espaço rural para além da simples oposição ao espaço urbano, considerando que a definição do espaço rural deve prever, além dos aspectos demográficos, também os elementos econômicos, sociais, culturais e geográficos (CELLA; QUEDA; FERRANTE, 2019). Os países-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e União Europeia costumam classificar os espaços territoriais de acordo com a densidade demográfica em: predominantemente urbanas, intermediárias próximas de uma cidade, intermediárias isoladas, predominantemente rurais próximas de uma cidade e predominantemente rurais isoladas (OECD, 2011).

A metodologia de classificação utilizada pela OCDE permite estabelecer um critério do que é rural e urbano, sendo possível analisar a dimensão territorial do desenvolvimento e suas consequências sobre as políticas públicas. O critério de densidade demográfica facilita a operacionalização e a compreensão das áreas rurais, tendo em vista que essas áreas serão caracterizadas por apresentar menor densidade habitacional, portanto, é um critério que desvincula a ruralidade da pobreza e do despovoamento (CARNEIRO, 2008; CELLA; QUEDA; FERRANTE, 2019; OECD, 2011).

Embora, em alguns contextos, como o apresentado pela OCDE e União Europeia, exista uma tentativa de unificação da classificação dos territórios, esses critérios ainda podem variar de acordo com as definições específicas de cada país. A maioria dos países latino-americanos utiliza-se dois critérios: divisão político-administrativa¹, como acontece no Brasil, e tamanho da população de uma localidade, que aparece em países como Argentina e México (CELLA; QUEDA; FERRANTE, 2019; SILVEIRA; PINHEIRO, 2014).

¹ A divisão político-administrativa é um critério legal, pois o perímetro urbano é delimitado por meio de legislação, e por exclusão do território urbano determina-se o espaço rural.

Outros países adotam mais de um critério para definição do que é área rural ou urbana, como é o caso da Austrália, que avalia a densidade demográfica, a oferta de serviços e as aglomerações de habitações; do Chile, que analisa o tamanho da população e a participação da agricultura; de Cuba, Honduras, Nicarágua e Panamá, que se valem do tamanho da população e oferta de serviços; e do Uruguai, que utiliza a oferta de serviços e a divisão administrativa (CARNEIRO, 2008; CELLA; QUEDA; FERRANTE, 2019; WANDERLEY; FAVARETO, 2013).

A classificação tipológica de áreas rurais e urbanas aborda um leque de características de acordo com as especificidades e necessidades de cada país; na maioria das vezes, é inevitável a utilização de patamares demográficos em alguma etapa da tipologia, assim, não se trata de abandonar os dois critérios mais frequentes (tamanho de população e político-administrativo), e, sim, de associá-los a outros critérios (IBGE, 2017).

Nessa perspectiva, em 2017, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou uma proposta de classificação urbano e rural para o Brasil, alinhada com a tipologia proposta pela OCDE e União Europeia – considerando o critério de densidade demográfica associado a acessibilidade a centros com alto nível hierárquico em relação à 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 (IBGE, 2017).

Segundo a classificação e caracterização dos municípios brasileiros pelo IBGE, a maior parte desses municípios é predominantemente rural (60,4%), sendo 54,6% classificados como rurais adjacentes, e 5,8%, rurais remotos. Há, no Brasil, 323 MRR em todas as regiões, situados em maior proporção na Região Norte (121), seguida das Regiões Nordeste (102) e Centro-Oeste (74). A Região Sul se destaca pela quase inexistência de áreas rurais com características remotas (2%). A partir dessa classificação, somam-se 32.214.417 milhões de brasileiros, o que equivale a 17,6% da população total vivendo em territórios rurais no País – 28.689.820 em municípios classificados como rurais adjacentes; e 3.524.597 nos rurais remotos (IBGE, 2017).

A proposta de classificação dos espaços rurais e urbanos, identificados a partir de critérios comuns para todo o País, otimiza a orientação de estudos e a condução de planejamento e gestão territorial que tenham como base a formulação e a operacionalização de políticas públicas para os municípios. Outro ponto é a organização da oferta de bens e serviços que poderão elevar a qualidade de vida da população e contribuir para melhora dos indicadores socio sanitários das regiões rurais remotas (IBGE, 2017; TARGA *et al.*, 2013).

Sendo assim, a ruralidade remota é compreendida como uma complexa experiência social e subjetiva expressa por diversas formas de isolamento: geográfico; sociocultural; ambiental; e por dificuldade de acesso ao suporte e comunicação com outros profissionais de saúde e deficiência de infraestrutura, comunicação e recursos (MALONE; CLIFFE, 2018). Nessa concepção, a dimensão local não seria uma limitação, mas uma estratégia, compreendida como um marcador da diferença que modela as experiências dos sujeitos que vivem e trabalham nessas regiões (TAVARES; MELO, 2018); considerando que a resposta oportuna e proporcional à necessidade de saúde da população rural remota oportuniza estabelecer estratégias que viabilizem uma distribuição mais equitativa de recursos (de estruturação, humanos, financeiros) e melhores resultados de saúde para população que vive nesses em territórios (MATSUMOTO *et al.*, 2013; TARGA *et al.*, 2013; WAKERMAN *et al.*, 2017).

2.2 A OFERTA E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM ÁREAS RURAIS REMOTAS

A saúde em território rural remoto apresenta necessidades específicas quanto à organização do sistema de saúde e à prática médica que se relacionam ao contexto transcultural (BOURKE *et al.*, 2012), ao isolamento geográfico, à necessidade de resolutividade clínica, à prática ampliada, ao uso de tecnologias de informação em saúde, à forte abordagem multidisciplinar, à garantia da segurança e saúde pública, e ao emprego predominantemente não privado. Esses requisitos devem ser avaliados no momento em que se organizar a disponibilidade de ações e serviços de saúde para a população, seja em âmbitos local ou regional (SMITH; CLARKE, 2006; WAKERMAN, 2015; WAKERMAN *et al.*, 2017).

Na busca por saúde, muitas vezes, a população enfrenta problemas relacionados com a insuficiência de trabalhadores da saúde, barreiras físicas, técnicas, culturais, estruturais e econômicas que influenciam a oferta de serviços e a forma como eles são acessados nos diversos níveis de atenção, promovendo iniquidades que se refletem em indicadores socioeconômicos e sanitários, por vezes, inferiores ao se comparar com populações residentes em área urbana (FARMER *et al.*, 2010; MATSUMOTO *et al.*, 2013; TARGA *et al.*, 2013).

Algumas estratégias precisam ser adotadas para atender à demanda por cuidado em saúde, como, por exemplo, uma política adequada de recrutamento e retenção de profissionais da saúde, mecanismos de financiamento com recursos e programas que atendam à necessidade de saúde das populações e minimizem as dificuldades de acesso, a oferta contínua de tecnologias de informação que auxiliem no diagnóstico e tomada de decisão, os custos de

entrega de serviços e infraestrutura de atendimento, planejamento da gestão do trabalho, entre outros (BOURKE *et al.*, 2012; MATSUMOTO *et al.*, 2013; WAKERMAN *et al.*, 2017).

Essas estratégias buscam garantir o acesso oportuno aos serviços de acordo com a necessidade do indivíduo e da comunidade. No âmbito do acesso, diversas são as definições existentes para conceituá-lo, mas, nesse contexto, a definição de acesso apresentada por Penchansky e Thomas (1981) torna-se a mais adequada, no sentido que, para os autores, o acesso é entendido como a respostas do sistema de saúde às características da população em um conjunto específico de dimensões (disponibilidade, acessibilidade, acomodação e aceitabilidade), ou seja, é o conjunto de ajustes entre o usuário do serviço e o sistema de saúde.

Nos serviços disponibilizados em áreas rurais, particularmente nas áreas remotas, há que se considerar dois principais aspectos estruturais do acesso antes de se analisar as demais dimensões, são eles: acessibilidade geográfica, que indica a relação entre a distância e o tempo de deslocamento; e a disponibilidade de serviços (APS/AE) que se configura na oportunidade de acesso aos serviços de saúde quando necessário, tendo em vista profissionais capacitados e serviços estruturados para fornecer cuidados em saúde de qualidade a nível razoável (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; RUSSELL *et al.*, 2013).

Além do/a acesso/acessibilidade, também, faz-se necessário compreender o processo de organização da oferta de serviços de saúde no território, quais são os fluxos e as relações existentes entre gestores, profissionais, população e serviços que oportunizam o cuidado integral em saúde, ou que identificam as fragilidades e os desafios a serem superados (BOURKE *et al.*, 2012; BRUNDISINI *et al.*, 2013; TAVARES; MELO, 2018; WAKERMAN *et al.*, 2017).

A oferta de serviços de saúde reflete o resultado fim dos sistemas de saúde, entretanto, depende de outros componentes, como financiamento, governança, participação da comunidade, disponibilidade de profissionais, tecnologias médicas e sistemas de informação sanitária (OMS, 2010). Um sistema de saúde efetivo organiza-se a partir de uma APS forte, como elemento essencial de um contínuo processo de assistência, que efetiva suas ações a partir da disponibilidade de AE em tempo oportuno e de acordo com a necessidade da população, na perspectiva da atenção integral e sequência do cuidado (EDELMAN *et al.*, 2020; TESSER; POLI NETO, 2017; WHO, 2010).

A forma como os países e seus sistemas de saúde organizam-se para prover a atenção à saúde nas áreas rurais depende das particularidades existentes nessas regiões, dos profissionais de saúde, bem como das questões de vulnerabilidade de sua população (EDELMAN *et al.*, 2020). Devido a sua geografia, países como Austrália, Nova Zelândia, Canadá, Noruega,

Finlândia e Estados Unidos enfrentam desafios únicos na prestação de serviços de cuidados em saúde (DISLER; GLENISTER; WRIGHT, 2020; PARSONS; GAUDINE; SWAB, 2019).

Embora, nesses países, as regiões com maior desenvolvimento político e econômico apresentem indicadores nacionais de saúde favoráveis, nos contextos da saúde rural, indicadores como mortalidade, hospitalizações potencialmente evitáveis, mortes evitáveis e fatores de risco de doenças crônicas são desfavoráveis (PARSONS; GAUDINE; SWAB, 2019). Nesses casos, os sistemas de saúde desses países, já há algum tempo, procuram entender a dinâmica local da população, as práticas em saúde, os deslocamentos até os serviços, e outros aspectos, para se adaptar às realidades e viabilizar a organização e a oferta de serviços de saúde em todos os níveis de atenção a fim de garantir um acesso equitativo e razoável (BRUNDISINI *et al.*, 2013; DISLER; GLENISTER; WRIGHT, 2020; PARSONS; GAUDINE; SWAB, 2019).

Esses países, ao longo dos anos, após investimento em pesquisas e educação, definiram alguns elementos como estratégias para tentar superar os desafios encontrados nessas regiões e otimizar a provisão de serviços de saúde (primários e especializados), como: o envolvimento da comunidade local (organizações públicas, privadas, controladas pela comunidade e outras organizações não governamentais); o investimento na formação de profissionais de saúde competentes e aptos para atuar nessas regiões; o fortalecimento dos serviços de APS, disponibilizando ferramentas para favorecer a resolutividade clínica e a clínica ampliada; os serviços de telessaúde (*e-health*) (CLIFFE; MALONE, 2014; DISLER; GLENISTER; WRIGHT, 2020; EDELMAN *et al.*, 2020; WAKERMAN, JOHN *et al.*, 2019).

Outro elemento que está presente na saúde em território rural remoto é a existência de hospitais rurais que desempenham um papel como ponto de atenção para emergência e outros serviços hospitalares (pequenas cirurgias, exames diagnósticos de imagem, partos etc.) (RECHEL *et al.*, 2016). Por outro lado, a manutenção desses espaços, áreas com populações esparsas, torna-se um desafio para gestão, pois a sustentabilidade financeira de pequenos hospitais em zonas rurais remotas torna-se uma preocupação tanto em termos de despesas de capital como de custos de funcionamento. Entretanto, há um movimento político da população de cobrança para não desativar esses hospitais (RECHEL *et al.*, 2016; WACHTEL; KUCIA; GREENHILL, 2008).

No Brasil, em 2014, publicou-se a Portaria GM/MS nº 1.044 que tinha por objetivo adequar o modelo de organização e o financiamento para inserir os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) nas RAS, melhorar a resolutividade e a qualidade das suas ações (BRASIL, 2004). Essas estruturas concentram-se em maior número nas Regiões Norte e Nordeste, em municípios com população entre 10 mil e 30 mil habitantes (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Entretanto, percebe-se que os HPP apresentam baixas taxas de ocupação e internamento, em sua maioria, afecções sensíveis à APS; porém, em muitos casos, esses hospitais são a única opção de internação no município-sede do estabelecimento (CARPANEZ; MALIK, 2021). O grande debate em relação aos HPP é que esse serviço exige dos MRR um alto investimento e nem sempre apresenta um retorno de eficiência no cuidado à saúde em nível hospitalar (CARPANEZ; MALIK, 2021; RECHEL *et al.*, 2016; UGÁ; LÓPEZ, 2007). Considerando que se comunicam pouco com a APS, apresentam dificuldade na regulação de pacientes à atenção hospitalar terciária e/ou especializada e, em diversas regiões, executam ações duplicadas com a APS (CARPANEZ; MALIK, 2021).

Embora os HPP não tenham atingido a proposta de ser um ente prestador de serviços de média complexidade, na RAS, a partir do avanço da APS nos diversos territórios brasileiros (BRASIL, 2004), há que se considerar que esse segmento, em muitos momentos, torna-se estratégico para o sistema de saúde, principalmente em territórios rurais remotos, por disponibilizar acesso a leitos de internação e procedimentos de baixa complexidade (UGÁ; LOPEZ, 2007), importante para integralidade do cuidado.

No Brasil, desde 2011, há uma política de saúde direcionada à população do campo, da floresta e das águas, compreendida por populações tradicionais – indígenas, ribeirinhas, quilombolas, pescadores (ANDO *et al.*, 2011; BRASIL, 2014; TARGA *et al.*, 2013). A política incorporou diversas dimensões da concepção de saúde defendida pelos movimentos sociais e sindicais no campo, tendo por objetivo:

[...] promover a saúde das populações do campo e da floresta por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2011, p. 1)

Nesse sentido, ao pensar na organização e acessibilidade a ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, é preciso considerar o perfil epidemiológico da população (VIANA *et al.*, 2018). Assim como em todo o Brasil, a transição demográfica e epidemiológica atinge, também, os cenários rurais, com aumento do número de usuários com doenças crônicas e limitações físicas para acessar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018; VIANA *et al.*, 2018).

Para realizar ações de promoção e prevenção voltadas a esses públicos, preferencialmente, os profissionais devem percorrer longas distâncias, evitando que o percurso

inverso ocorra, em tempo inadequado, pela comunidade quando precisar de atenção à saúde – considerando que, em muitos lugares, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) não chega, e há dificuldade de transportar pacientes graves e crônicos com os meios de locomoção que possuem: moto, transporte escolar, carroça e barco (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018; SILVA *et al.*, 2017).

Essa mudança no perfil demográfico e epidemiológico reflete na necessidade de garantir um cuidado continuado às pessoas com doenças crônicas que envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, práticas obtidas por meio de sistemas integrados (VIANA *et al.*, 2018).

No entanto, um dos grandes desafios para o SUS é a superação da falta de integração entre os níveis de atenção que afeta fortemente a capacidade de coordenação do cuidado pela APS, especialmente em função da existência de barreiras que dificultam o percurso do usuário pelo sistema (CHAVES *et al.*, 2018; SANTOS, 2018). Essa falta de integração reflete na fragmentação do cuidado que gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada (ALMEIDA *et al.*, 2018; BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Há que se destacar um importante avanço no acompanhamento das condições crônicas no SUS com a ampliação da oferta de serviços de APS; da facilitação do acesso; da maior disponibilidade de serviços de procura regular; da política de assistência farmacêutica, entre outros. Contudo, esses avanços não foram suficientes para proporcionar um cuidado integral aos usuários que, ao longo da vida, necessitam acessar com frequência vários pontos da RAS, diferentes especialidades e ser beneficiários de ações de promoção e prevenção contínuas (VIANA *et al.*, 2018).

De forma geral, observa-se que a população vivendo em comunidades rurais remotas experienciam a busca e a oferta em serviços de cuidados de saúde, em especial os serviços especializados, tais como médicos especialistas, diagnóstico e cirurgia, de forma não equitativa, mesmo quando o país, como é o caso do Brasil, possui uma política específica direcionada para atender a população rural (do campo, da floresta e das águas). Isso evidencia a necessidade de implementar estratégias que oportunizem o acesso ao cuidado nesses territórios, muitas vezes limitados pelas grandes distâncias e pelo elevado custo de viagens aos centros urbanos, bem como os custos associados com tempo prolongado longe da família, comunidade e apoios sociais (KIDD *et al.*, 2021; MATSUMOTO *et al.*, 2013; WAKERMAN, 2004).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso com níveis de análise imbricados, exploratório, de natureza qualitativa, tendo como campo de investigação quatro municípios do semiárido nordestino caracterizados como rurais remotos. Este estudo foi um recorte do projeto maior intitulado: “Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos (MRR) no Brasil”, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e financiado pelo Ministério da Saúde.

De acordo com Yin (2005, p. 32), o estudo de caso “é uma investigação empírica que estuda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Nesse sentido, foi considerado um estudo de caso múltiplo por representar uma unidade única de análise (AE no contexto rural remoto) e múltiplos casos (YIN, 2005).

Os estudos de caso não buscam a generalização de seus resultados, mas, embora não possam ser generalizados, os resultados obtidos devem possibilitar a disseminação do conhecimento, por meio de possíveis proposições teóricas que podem surgir do estudo (YIN, 2005). O aspecto diferenciador do estudo de caso “reside em sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações” (YIN, 2005, p. 27).

Nessa perspectiva, entender as estratégias existentes em MRR para garantir a AE, necessária à produção do cuidado no âmbito da APS, requer a utilização de um método que permita compreender um objeto complexo, vivenciado por diversos atores, a fim de identificar fatores políticos e organizacionais que estejam imbricados entre potencialidades e desafios inerentes ao problema. A abordagem qualitativa foi escolhida por permitir a exteriorização das subjetividades, a percepção dos sujeitos e grupos, de determinados problemas e da realidade humana vivida socialmente, permeada por valores, crenças, atitudes e práticas (MINAYO, 2014).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

3.2.1 Trajetória de escolha dos Municípios Rurais Remotos

A escolha dos municípios participantes da pesquisa seguiu a proposta do projeto original, conforme descrito em Fausto, Fonseca e Goulart (2020) e apresentado a seguir:

A partir da categoria de análise – o uso do território –, elaborou-se uma proposta de tipologia dos MRR, segundo a Classificação do IBGE de 2017, para subsidiar a realização do campo da pesquisa. O procedimento apoiou-se em análises cartográficas e fundamentalmente em referências bibliográficas que analisam os diferentes processos de conformação do território brasileiro dessas regiões. Foram então identificadas seis áreas homogêneas, com lógicas espaciais distintas, que aglutinam 97,2% (314) dos MRR: Matopiba; Norte de Minas; Expansão Vetor Centro-Oeste; Semiárido; Norte das Águas; e Norte das Estradas.

Dos 323 MRR, 314 foram elencados como possíveis participantes da pesquisa, sendo que 9 foram excluídos por não apresentar características que pudessem colocá-los nas áreas identificadas. A amostra para o campo da pesquisa foi do tipo intencional, estruturada a partir dessas seis áreas. Buscou-se garantir a inclusão de diferentes realidades dos MRR, o que proporcionou uma análise aprofundada, tanto dos constrangimentos para o sistema de saúde quanto das inúmeras estratégias utilizadas pela população e pelos serviços de saúde para vencer esses desafios.

A partir da definição das seis grandes áreas, chegou-se a uma amostra intencional de 27 MRR para a realização do estudo (Quadro 1); a escolha desses municípios seguiu, ainda, os critérios adicionais:

- Participação do município no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);
- Ter equipes de APS atuantes nas áreas rurais remotas e que, no período de 2013 a 2018, contaram com médicos do Programa Mais Médicos (PMM);
- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), por se tratar de um indicador que capta elementos econômicos, sociais e demográficos que determinam as condições de saúde da população, nas seguintes faixas: muito baixo (0,000 – 0,499), baixo (0,500 – 0,599) e IDHM médio (0,600 – 0,650);
- Aceite da gestão municipal em participar da pesquisa.

Quadro 1 – Quantidade de Municípios Rurais Remotos selecionados por tipo de região, Semiárido, Brasil, 2019

Região	Quantidade de Municípios Rurais Remotos selecionados	Estados contemplados com municípios selecionados
Matopiba	07	Piauí; Tocantins; Maranhão
Norte de Minas	03	Minas Gerais
Vetor Centro-Oeste	03	Mato Grosso
Norte das Estradas	07	Acre; Pará
Norte das Águas	03	Pará; Amapá; Amazonas.
Semiárido	04	Bahia; Piauí

Fonte: Fausto, Fonseca, Goulart (2020).

3.2.2 Definição do recorte do estudo

Neste recorte da pesquisa, foram analisados apenas os dados provenientes da área de abrangência do Semiárido, região designada aos pesquisadores da Universidade Federal da Bahia (Figura 1). Dos municípios considerados rurais remotos, 39 estão localizados no semiárido nordestino, nos estados da Bahia e do Piauí, correspondendo a 12,07% do total dos MRR brasileiros. Destes, quatro foram selecionados no projeto original, sendo três municípios da Bahia e um município do Piauí (Tabela 1).

O semiárido brasileiro tem uma extensão territorial de 982.563,3 km², correspondendo a aproximadamente 12% do território nacional e abrangendo 1.262 municípios brasileiros. Considerando a delimitação atual divulgada pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), abrange os estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Sergipe e Rio Grande do Norte, tendo uma população total de 26.061.164 habitantes, de acordo com IBGE (2010).

Ao considerar os MRR do Semiárido, a população média é de 11.706 habitantes, com desvio-padrão de 11.420 habitantes. As populações variam de 2.478 (Pedro Laurentino) a 54.186 habitantes (Barra). A densidade populacional média é de 10,6 hab./km², com desvio de 8,6. As áreas são pequenas, com 1.847 km² em média e desvio de 2.410. O menor município (Barra da Alcântara) tem área de apenas 166 km²; e o maior, de 11.732 km² (Pilão Arcado). O Produto Interno Bruto (PIB) médio per capita foi de R\$ 6.532,00; com desvio de R\$ 878,00, espelhando um quadro bastante homogêneo. Quando se classifica o PIB per capita pelas faixas do IBGE, quase todos os municípios estão classificados com PIB per capita muito baixo, apenas um município alcança o patamar baixo (Brotas de Macaúbas) (FAUSTO; FONSECA; GOULART, 2020).

Outra característica da região é o elevado nível de desigualdade social e econômica, intensificada pela distribuição desequilibrada de renda entre a população. Grande parte da população no Semiárido não tem renda fixa ou tem como única fonte de rendimento os benefícios governamentais, com a cobertura do Programa Bolsa Família (PBF) chegando a 84% (LEMONS; FERNANDES, 2016); 60,09% dos municípios da região têm um IDHM que varia de Muito Baixo a Baixo, sendo todos inferiores ao IDH do Brasil (0,727) (ATLAS, 2010).

Esses fatores apresentam uma realidade, por vezes ignorada, que reflete diretamente na oportunidade que a população residente nessas localidades tem de oferta e procura de serviços de saúde, educação e assistência social, além de condições dignas e adequadas de moradia que precisam ser exploradas por pesquisadoras, a fim de subsidiar a tomada de decisão dos formuladores de políticas públicas.

Tabela 1 – Características dos Municípios Rurais Remotos, Regiões de Saúde, Semiárido, Brasil, 2019

Local	População ¹ 2020	Área (km ²) ²	Densidade (hab./km ²) ²	População em áreas rurais ² (%)	Extrema pobreza ² (%)	População beneficiária do PBF ³ (%)
Estado da Bahia	15.324.591	564.732,80	27,14	27,93	12,71	51,93
<i>Região de Saúde Ibotirama</i>	196.095	28.667,00	7,46	33,39	31,38	78,40
Ipupiara	10.157	1.055,80	9,62	35,60	23,79	76,14
Morpará	8.950	2.093,90	4,27	33,12	29,89	80,11
<i>Região de Saúde Juazeiro</i>	535.846	57.467,30	10,74	26,58	24,84	72,51
Pilão Arcado	35.740	11.626,60	3,07	66,44	40,90	74,87
Estado do Piauí	3.219.953	251.611,30	12,80	34,23	13,27	58,86
<i>Região de Saúde Vale Rios Piauí e Itaueiras</i>	201.853	27.833,10	5,39	44,55	29,42	74,81
Rio Grande do Piauí	6.331	636,00	9,95	34,74	31,13	75,78
Brasil	211.755.692	8.516.000	23,8	15,67	6,62	21

Legenda: Expectativa populacional, competência 2019 | População beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF – programa nacional de transferência de renda a pessoas em situação de extrema pobreza), competência 2019 | População em extrema pobreza são aqueles com renda per capita inferior a R\$ 70,00.

Fontes: ¹IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; ²PNUD – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Censo Demográfico; ³MDS – Ministério do Desenvolvimento Social, painel do Bolsa Família e Cadastro Único, competência 2019.



Figura 1 – Região Semiárido Brasileiro

Fonte: Agência Nacional de Águas, 2018

3.2.3 Regiões de Saúde e os MRR

A organização político-administrativa das regiões de saúde permite a distribuição de poder e estabelece um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, instituições, cidadãos) no espaço geográfico; incluindo a criação de instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017; BRASIL, 2011; FAUSTO *et al.*, 2018; VIANA *et al.*, 2018).

Assim, compreender o contexto regional no qual um determinado município está inserido é apreender as influências dos fatores externos na própria dinamicidade de um território particular. A organização dos municípios e a sua relação com as demais instâncias de gestão do SUS (regional e estadual) são fundamentais para identificar possíveis potencialidade e desafios na organização e gestão do acesso a serviços de AE. A fim de compor as análises, foi elaborada uma tabela que representa os tempos de deslocamento até os locais de oferta de AE a partir da região mais distante do município e da sede deste para as sedes das regiões de saúde, e das macrorregiões de saúde e para as capitais (Tabela 2).

Tabela 2 – Distância entre os Municípios Rurais Remotos às sedes das regiões/macrorregiões de saúde e da capital do estado, Semiárido, Brasil, 2019

Local de partida	Sede da região de saúde (distância/tempo)	Sede da macrorregião região de saúde (distância/tempo)	Capital (distância/tempo)
Ipupiara (BA)	Zona rural NP	281 km (05h25)	489 km (08h12)
	Sede	161 km (02h25)	369 km (05h12)
Morpará (BA)	Zona rural NP	108 km (02h25)	305 km (05h05)
	Sede	86 km (01h25)	283 km (04h05)
Pilão Arcado (BA)	Zona rural NP	299 km (04h48)	299 km (04h48)
	Sede	281 km (04h08)	281 km (04h08)
Rio Grande do Piauí (PI)	Zona rural NP	163 km (03h00)	Não se aplica ao estado do Piauí*
	Sede	135 km (02h00)	
			380 km (05h20)

Legenda: NP = Via não pavimentada | APS = Atenção Primária à Saúde | *Não se aplica ao estado do Piauí, uma vez que o modelo de regionalização é constituído apenas por regiões de saúde.

Fonte: DER – Departamento de Estradas e Rodagem dos estados da Bahia (BA) e Piauí (PI). Banco de dados da pesquisa, com base em informação dos entrevistados.

Os quatro municípios se distribuem em três regiões de saúde Ibotirama, Juazeiro e Vale Rios Piauí e Itaueiras pertencente aos estados da Bahia e Piauí, respectivamente (Figura 2).

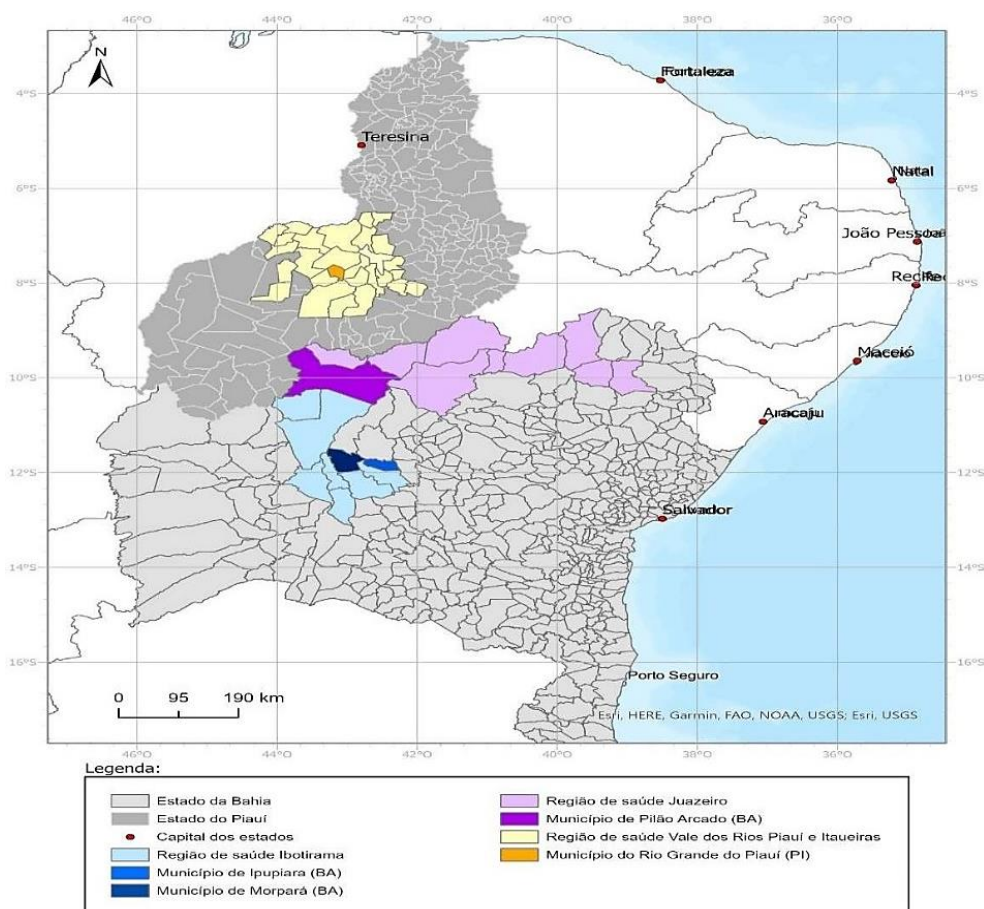


Figura 2 – Regiões de Saúde, Município Rural Remoto, Semiárido, Brasil, 2019

Fonte: Construída mediante dados da pesquisa APS em MRR no Brasil, ENSP/Fiocruz.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Nesta pesquisa, procurou-se diversificar o grupo de participantes com o intuito de que cada um contribuísse com suas especificidades e singularidades na compreensão acerca do objeto estudado, considerando que as perspectivas de cada entrevistado variam em face do local ocupado no processo de cuidado, experiências vivenciadas e contexto que os inserem.

Para tanto, em cada município, foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais da APS, além de gestores regionais e estaduais vinculados a coordenações de APS, respectivamente. Os gestores participantes foram: secretário municipal de saúde e coordenador de atenção básica ou cargo correspondente no MRR, regional e estadual. Os profissionais foram: médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Equipes de Saúde da Família (EqSF), vinculados à Unidade de Saúde da Família (USF), da zona urbana e rural, previamente selecionada pelo gestor municipal.

Para produção da dissertação, foram analisadas 37 entrevistas, correspondentes aos gestores e profissionais da APS, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição dos participantes da pesquisa, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019

Código do entrevistado	Entrevistado	Perfil do entrevistado	Número de entrevistas analisadas
ENF1	Enfermeiro	Enfermeiro da EqSF da sede	4
ENF2	Enfermeiro	Enfermeiro da EqSF da zona rural	4
MED1	Médico	Médico da EqSF da zona urbana	4
MED2	Médico	Médico da zona rural	4
ACS1	ACS	ACS da EqSF da sede	4
ACS2	ACS	ACS da EqSF da zona rural	4
GM1	Gestor Municipal	Secretário Municipal de Saúde	4
GM2	Gestor Municipal	Coordenador da Atenção Básica	4
GR	Gestor Regional	Coordenador regional de Atenção Básica ou cargo correspondente	3
GE	Gestor Estadual	Coordenador estadual da Atenção Básica ou cargo correspondente	2
Total	-	-	37

Fonte: Construída mediante dados da pesquisa APS em MRR no Brasil, ENSP/Fiocruz.

3.4 FONTES DE INFORMAÇÃO, TÉCNICAS E COLETA DE DADOS

3.4.1 Entrevistas semiestruturadas

A entrevista semiestruturada foi a opção de escolha como técnica de produção de dados, visto que permite ao entrevistador fazer os questionamentos básicos, com auxílio de um roteiro, ao mesmo tempo que possibilita ao entrevistado compartilhar seu conhecimento e suposições de forma espontânea, à medida que as perguntas vão sendo respondidas (AMADO; FERREIRA, 2013; FLICK, 2009).

Os roteiros (Anexo 1) para condução das entrevistas foram elaborados pelos pesquisadores do projeto original, a partir de temáticas que atendiam aos objetivos do projeto e incluíam a temática da oferta de AE e a relação APS/AE nos MRR. As entrevistas foram gravadas após autorização dos entrevistados; os interlocutores tiveram total liberdade para discorrer sobre as temáticas propostas (Quadro 2).

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no local de trabalho dos gestores e dos profissionais de saúde, ou seja, ocorreram no espaço da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e das USF, respectivamente, em ambiente reservado para evitar interferências e favorecer a privacidade.

As visitas a campo para realização das entrevistas aconteceram no período de maio a julho de 2019. Além das entrevistas, também foram realizadas técnicas de observação de campo, análise documental e dados secundários dos municípios que pudessem contribuir para posterior análise e interpretação dos dados.

3.4.2 Análise dos dados

As entrevistas semiestruturadas foram gravadas, transcritas e, na sequência, analisadas para compreensão das estratégias para a garantia de oferta e acesso à AE em MRR. Além disso, os elementos constitutivos das RAS propostos por Mendes (2011) guiaram a sistematização dos resultados, com destaque à estrutura operacional e ao modelo de atenção à saúde.

Inicialmente o tratamento dos dados empíricos seguiu a análise temática de conteúdo proposta por Minayo (2014), desdobrando-se nas etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. Posteriormente, os dados foram categorizados, em um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, seguindo as etapas:

1) Ordenação dos dados – a partir do primeiro contato com o material empírico coletado. Esse momento envolveu a transcrição dos arquivos de áudio, que corresponderam às entrevistas semiestruturadas. Em seguida, foi realizada a leitura geral do material transcrito e a primeira organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas.

2) Classificação do material coletado – leitura exaustiva das transcrições, em que os trechos com as estruturas relevantes e ideias centrais (núcleos de sentido) foram selecionados, agrupados e classificados por temas; identificaram-se convergências e divergências.

3) Análise final dos dados – foi realizado o entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas para produção de análise compreensiva e crítica a fim de responder às perguntas de investigação articular a perspectiva de gestores e profissionais de saúde.

A análise dos dados teve como referência parte dos elementos constitutivos essenciais e componentes das RAS para gestão do cuidado na AE, proposta por Mendes (2011) (Quadro 3).

Quadro 3 – Matriz para análise da Atenção Especializada a partir das Redes de Atenção à Saúde, na perspectiva de gestores e profissionais da saúde

Elementos constitutivos	Componentes	Dimensões temáticas
População	Território sanitário	Desenho das regiões de saúde, características socioeconômicas e principais fluxos à atenção especializada.
Estrutura Operacional	Atenção Primária à Saúde	Forma de acompanhamento do usuário ao longo do tempo.
	Atenção Especializada	Pontos de atenção secundária e terciária.
		Simbiose público-privado na oferta de atenção especializada.
	Sistemas de Apoio	Mecanismo de oferta de atenção especializada no território.
		Marcação de consultas para atenção especializada e instrumentos para coordenação do cuidado.
Sistemas Logísticos	Uso do telessaúde e oferta de transporte sanitário para acesso à atenção especializada.	

Fonte: Mendes, 2011.

As dimensões temáticas foram distribuídas em dois artigos.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da ENSP/Fiocruz, podendo ser identificado pela CAAE 92280918.3.0000.5240 e pelo parecer de aprovação nº 2.832.559 (Anexo 2).

A pesquisa, portanto, segue a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que apresenta as normas éticas para a realização de pesquisas com seres humanos; e a Resolução nº 510, de 7 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.

4 RESULTADOS

Os resultados encontrados foram utilizados na construção de dois artigos:

Artigo 1: Estratégias de gestores de Municípios Rurais Remotos para provisão de Atenção Especializada em três regiões de saúde do semiárido nordestino, Brasil – que busca analisar as estratégias de gestores direcionadas ao provimento de AE para populações residentes em MRR, em três regiões de saúde, do semiárido nordestino.

Artigo 2: Interface entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada: desafios para produção do cuidado em Municípios Rurais Remotos no Semiárido – que busca analisar a interface entre APS e AE em MRR do semiárido nordestino, a partir da experiência de profissionais da APS.

4.1 ARTIGO 1 – ESTRATÉGIAS DE GESTORES DE MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS PARA PROVISÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM TRÊS REGIÕES DE SAÚDE DO SEMIÁRIDO NORDESTINO, BRASIL

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar as estratégias de gestores para provimento de Atenção Especializada (AE) em Municípios Rurais Remotos (MRR). Trata-se de estudo de caso realizado em três regiões de saúde do semiárido nordestino. Realizaram-se 13 entrevistas semiestruturadas com gestores de 2 estados brasileiros (Piauí e Bahia). As narrativas dos interlocutores apontaram que a distância entre os municípios era um fator limitante para o acesso, especialmente aos serviços especializados, que, associado aos grandes vazios assistenciais nas três regiões de saúde, colaborava para a existência de diferentes arranjos organizativos para oferta de AE, como uma estratégia para garantia de acesso a algum serviço de AE. Em todos os MRR, havia, periodicamente, médicos que ofertavam AE por desembolso direto aos usuários ou venda de procedimentos aos gestores, constituindo uma relação simbiótica entre o serviço público e privado que acentua a desassistência histórica que permeia os MRR. Por fim, gestores de MRR possuem o desafio de identificar as singularidades, avaliar potencialidade e fragilidades para concretizar a gestão cooperativa e integrada, para propor e intervir com soluções locorregionais que contemplem as necessidades dos usuários, viabilizando e qualificando o cuidado em saúde.

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Rural; Assistência Integral à Saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o modelo público de ações e serviços conforma-se, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado pelo compartilhamento de responsabilidades entre as três esferas da federação – União, estados e municípios (PAIM *et al.*, 2011). O SUS é uma política de Estado de caráter universal que expandiu o sistema de proteção social brasileiro, na perspectiva de conformação de um Estado de Bem-Estar Social (MASSUDA *et al.*, 2018). Para tanto, pressupõe a saúde como um direito de todos os cidadãos e atribuição do Estado (CASTRO *et al.*, 2019), que, por sua vez, deve ofertar os serviços de forma integral e articulados em níveis de atenção – primária à saúde, especializada e hospitalar (BARRETO *et al.*, 2014). Diferentes estudos atestam o êxito sanitário do SUS e o impacto na qualidade de vida dos brasileiros (FRANÇA *et al.*, 2016; RASELLA; HARHAY; PAMPONET, 2014; VICTORA *et al.*, 2011).

Entre os obstáculos à garantia da integralidade da atenção no SUS, destacam-se a oferta restrita de Atenção Especializada (AE) – serviços médicos ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico –, a dificuldade de acesso em circunstâncias que permitam o uso apropriado em tempo adequado e, frequentemente, a dependência pública de contratos com o setor privado (SOLLA; CHIORO, 2012). O acesso à AE torna-se ainda mais crítico em municípios de pequeno porte (SILVA *et al.*, 2017a) e com características rurais e remotas (PARSONS; GAUDINE; SWAB, 2019), diante das grandes distâncias aos aglomerados urbanos, insuficiência e adequação de profissionais, bem como a indisponibilidade e/ou os custos elevados associados ao transporte sanitário (BENEVENUTO; AZEVEDO; CAULFIELD, 2019; ZHAO *et al.*, 2013). Trata-se de desafios comuns em países com vastas distâncias geográficas e territórios com baixa densidade demográfica (RECHEL *et al.*, 2016).

A AE deve ser, preferencialmente, ofertada de forma a garantir escala adequada para assegurar uma boa relação custo-benefício e qualidade da atenção (SMITH; CLARKE, 2006). Em contraposição, no cotidiano da população rural, em territórios com grandes extensões e escassamente povoados, marcados pela infraestrutura débil e histórica ausência de políticas sociais, a localização dos serviços amparada exclusivamente na lógica economicista implica, muitas vezes, desassistência (BENEVENUTO; AZEVEDO; CAULFIELD, 2019), perda de cuidado oportuno (ZHAO *et al.*, 2013) e iniquidades (SCHEIL-ADLUNG, 2015; STARFIELD, 2011).

A diretriz da regionalização, no Brasil, por meio das regiões de saúde, tem sido a estratégia organizacional que busca articular municípios de um mesmo território sanitário para compartilhamento de AE, concentrando os serviços (por escala e escopo) na cidade sede da

região, em uma perspectiva de aliar continuidade, integração e coordenação do cuidado (VIANA *et al.*, 2018), tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

No semiárido brasileiro, há populações em vulnerabilidade socioeconômica que residem em Municípios Rurais Remotos (MRR) que estão expostas a desassistência e a perda de oportunidade terapêutica, por questões relacionadas com o deslocamento do local de moradia ao serviço de saúde, seja por barreiras geográficas ou insuficiência financeira (BENEVENUTO; AZEVEDO; CAULFIELD, 2019). Essas características devem ser consideradas pelos gestores do sistema de saúde na organização da oferta de AE – quantidade, qualidade e localização – para que busquem superar as iniquidades sanitárias e permitam a integralidade do cuidado (LEBLANC *et al.*, 2020; SCAIOLI *et al.*, 2019; ZHAO *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva, o presente estudo analisa as estratégias de gestores direcionadas ao provimento de AE para populações residentes em MRR, em três regiões de saúde do semiárido nordestino.

METODOLOGIA

Realizou-se estudo de casos múltiplos em MRR com abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas. No Brasil, as definições de espaço rural e urbano ganharam uma tipologia em 2017, proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), alinhada a metodologias da OCDE e União Europeia, a partir de parâmetros de densidade demográfica, localização em relação aos centros urbanos e tamanho da população.

Analisa-se resultados de quatro MRR localizados em três diferentes regiões de saúde circunscritas ao semiárido brasileiro, nos estados do Piauí e Bahia. Para a definição da amostra intencional do estudo, procedeu-se à caracterização dos MRR do Semiárido, mediante um conjunto de indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde. Posteriormente, adotou-se o critério de seleção de municípios que se aproximariam do “município médio” considerando estas variáveis, o que levou à eleição de Morpará e Ipupiara – estado da Bahia –, Rio Grande do Piauí – estado do Piauí –, além de município com características de *outlier* (Pilão Arcado, por ter uma população acima da média) na área.

A população do estudo foi composta por 13 entrevistados: 8 gestores municipais da saúde; 3 gestores regionais e 2 gestores estaduais (Quadro 1). As entrevistas foram presenciais, realizadas nos respectivos locais de trabalho, no período de maio a outubro de 2019, gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

Quado 1 – Caracterização e Atuação do entrevistado, Semiárido, Brasil, 2019

Local de atuação	Identificação da entrevista	Atuação do entrevistado	Tempo
Estado da Bahia	GE1	Gestor Estadual	4h32
<i>Região de saúde Ibotirama</i>	GR1	Gestor Regional	2h50
Ipuiara	GM1	Gestor Municipal	2h20
	GM2	Gestor Municipal	2h19
Morpará	GM3	Gestor Municipal	2h41
	GM4	Gestor Municipal	2h44
<i>Região de Saúde Juazeiro</i>	GR2	Gestor Regional	2h
Pilão Arcado	GM5	Gestor Municipal	2h40m
	GM6	Gestor Municipal	2h10
Estado do Piauí	GE2	Gestor Estadual	1h28
<i>Região de Saúde Vale dos Rios Piauí e Itaueiras</i>	GR3	Gestor Regional	2h11
Rio Grande do Piauí	GM7	Gestor Municipal	2h05
	GM8	Gestor Municipal	1h56

Para a produção dos resultados, procedeu-se à análise de conteúdo temática do material com suas respectivas etapas de categorização, descrição e interpretação. Partiu-se, então, para o cotejamento entre os discursos, no confronto dialético de ideias e posições dos sujeitos, identificando-se convergências e divergências para interpretação crítica. A intenção não foi o julgamento de cada município, mas a compreensão de processos nos territórios de MRR.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Parecer nº 2.832.559), com anuência dos municípios.

RESULTADOS

Os resultados estão organizados em três dimensões. Na dimensão 1, apresentam-se o desenho das regiões de saúde (Figura 1), as características socioeconômicas (Tabela 1) e os principais fluxos e distâncias à AE (Figura 1 e Tabela 2). Na sequência, apresentam-se, na dimensão 2, os pontos de atenção secundária e terciária; e, na dimensão 3, a marcação de consultas para AE e os instrumentos para coordenação do cuidado. Os dados empíricos correspondentes estão sintetizados com os principais achados e seus respectivos fragmentos de fala.

Dimensão 1 – Desenho das regiões de saúde, características socioeconômicas e principais fluxos à atenção especializada

A região de saúde de Ibotirama, na Bahia, é composta por nove municípios – entre eles, os MRR de Ipubiara e Morpará – e compõe a macrorregião de saúde Oeste, tendo como sede o município de Barreiras, responsável pela maior parte da oferta de serviços de AE. A região de saúde de Juazeiro, na Bahia, é conformada por dez municípios – entre eles, o MRR de Pilão Arcado – e compõe a macrorregião de saúde Norte, que tem como sede o município de Juazeiro, responsável pela maior parte da oferta de serviços de AE. Essa região de saúde faz divisa com os estados de Pernambuco e Piauí. Por fim, a região de saúde do Vale Rios Piauí e Itaueiras, no Piauí, é constituída por 28 municípios – entre eles, o MRR de Rio Grande do Piauí –, tendo o município de Floriano como sede regional. Ainda assim, o maior provedor de AE é a capital, Teresina.

As principais características socioeconômicas e demográficas das três regiões e dos respectivos MRR eleitos estão sintetizadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características dos Municípios Rurais Remotos, Regiões de Saúde, Semiárido, Brasil, 2019

Local	População ¹ 2020	Área (km ²) ²	Densidade (hab./km ²) ²	População em áreas rurais ² (%)	Extrema pobreza ² (%)	População beneficiária do PBF ³ (%)
Estado da Bahia	15.324.591	564.732,80	27,14	27,93	12,71	51,93
<i>Região de Saúde Ibotirama</i>	196.095	28.667,00	7,46	33,39	31,38	78,40
Ipubiara	10.157	1.055,80	9,62	35,60	23,79	76,14
Morpará	8.950	2.093,90	4,27	33,12	29,89	80,11
<i>Região de Saúde Juazeiro</i>	535.846	57.467,30	10,74	26,58	24,84	72,51
Pilão Arcado	35.740	11.626,60	3,07	66,44	40,90	74,87
Estado do Piauí	3.219.953	251.611,30	12,80	34,23	13,27	58,86
<i>Região de Saúde Vale Rios Piauí e Itaueiras</i>	201.853	27.833,10	5,39	44,55	29,42	74,81
Rio Grande do Piauí	6.331	636,00	9,95	34,74	31,13	75,78
Brasil	211.755.692	8.516.000	23,8	15,67	6,62	21

Legenda: Expectativa populacional, competência 2019 | População beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF – programa nacional de transferência de renda a pessoas em situação de extrema pobreza), competência 2019 | População em extrema pobreza são aqueles com renda per capita inferior a R\$70,00.

Fontes: ¹IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; ²PNUD – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Censo Demográfico; ³MDS – Ministério do Desenvolvimento Social, painel do Bolsa Família e Cadastro Único, competência 2019.

Nos quatro MRR, os serviços especializados – atenção secundária e hospitalar – deveriam estar distribuídos suficientemente nos territórios sanitários conforme desenho previsto das regiões de saúde (Figura 1). De tal modo, os MRR tinham, idealmente, a oferta ambulatorial especializada pactuada com os municípios sedes da região e da macrorregião de

saúde, via Programação Pactuada e Integrada (PPI). Todavia, a escassez na oferta e as longas distâncias contribuíam para variados arranjos de provisão/aquisição de AE – compra direta no prestador privado pelo município, oferta via pactuação entre municípios e desembolso direto do usuário – no intuito de suprir, de alguma forma, os vazios assistenciais ou abreviar os tempos de espera.

[...] até que ponto Juazeiro tem condição de atender toda essa demanda. Às vezes, essa demanda não consegue ser atendida [...]. Se disser que tem atendimento especializado para toda nossa demanda, a gente não tem, a gente tem fragilidade muito grande de ortopedia, da rede materno-infantil e acho que a cardiologia também tá bem complicado (GR3).

O serviço público anda muito defasado e não consegue atender o que população toda quer. Tem aparecido muito privado, e a gente entende que tá sendo bem atendido aqui. O prefeito tem focado bastante na saúde [pública], mas o privado tem destacado. Percebendo que a maioria dos exames, tanto quantidade como preço, tá no privado em Irecê, então, Ipujiara manda muito pra Irecê, tem até as vans que fazem linha semanalmente. É cara a passagem, mas compensa para população, porque todos que vão lá gostam do serviço privado (GM1).

Ainda que as sedes dos MRR concentrassem os principais serviços de saúde do município, grande parcela da população residia na zona rural em territórios dispersos, requerendo, assim, deslocamentos frequentes para acesso a alguma continuidade entre diferentes níveis assistenciais.

As distâncias entre os municípios são muito grandes, isso dificulta muito o acesso da população aos serviços de saúde, principalmente no quesito de problemas de média e alta complexidade. Para a gente conseguir estruturar esse fluxo aqui na região é algo bem desafiador. E dentro do próprio município existe isso, temos municípios que algumas localidades estão mais de 100 Km da sede (GR1).

Tabela 2 – Distância entre os Municípios Rurais Remotos às sedes das regiões/macrorregiões de saúde e da capital do estado, Semiárido, Brasil, 2019

Local de partida		Sede da região de saúde (distância/tempo)	Sede da macrorregião região de saúde (distância/tempo)	Capital (distância/tempo)
Ipujiara (BA)	Zona rural ^{NP}	281 km (5h25)	489 km (8h12)	739 km (12h)
	Sede	161 km (2h25)	369 km (5h12)	619 km (9h)
Morpará (BA)	Zona rural ^{NP}	108 km (2h25)	305 km (5h05)	745 km (11h20)
	Sede	86 km (1h25)	283 km (4h05)	723 km (10h20)
Pilão Arcado (BA)	Zona rural ^{NP}	299 km (4h48)	299 km (4h48)	806 km (12h40)
	Sede	281 km (4h08)	281 km (4h08)	788 km (12h00)
Rio Grande do Piauí (PI)	Zona rural ^{NP}	163 km (3h00)	Não se aplica ao estado do Piauí*	408 km (6h20)
	Sede	135 km (2h00)		380 km (5h20)

Legenda: NP = Via não pavimentada | APS = Atenção Primária à Saúde | *Não se aplica ao estado do Piauí, uma vez que o modelo de regionalização é constituído apenas por regiões de saúde.

Fonte: DER – Departamento de Estradas e Rodagem dos estados da Bahia (BA) e Piauí (PI). Banco de dados da pesquisa, com base em informação dos entrevistados.

Para Morpará e Ipujiara, localizadas na mesma região de saúde, as principais cidades de oferta via pactuação eram Barra, Ibotirama, Barreiras e Salvador. O município de Irecê, por sua vez, destacava-se pela oferta de serviços privados que eram comprados diretamente pelo gestor municipal, sem pactuação.

Para Pilão Arcado, as principais cidades de oferta via pactuação eram Juazeiro e Salvador. O município de Remanso, também, apresentava-se como a sede do SAMU regional e referência na leitura das lâminas de preventivo para câncer cervicouterino. O município, ainda, faz divisa com o estado do Piauí e tem uma grande extensão territorial. Diante disso, para algumas localidades na zona rural, a população deslocava-se para municípios dos estados vizinhos, mesmo para atendimento de APS. Por trata-se de cidade em fronteira interestadual, Petrolina, em Pernambuco, era uma importante referência hospitalar, sobretudo para ortopedia.

Por sua vez, em Rio Grande do Piauí, as referências concentravam-se em Floriano e, principalmente, Teresina (capital do estado).

[...] o nosso território está numa localização de transição; onde o vazio assistencial do centro-sul é muito grande. O único hospital de referência para média e alta complexidade se localiza aqui no nosso território que é o hospital de Floriano. [...] agora, as consultas [com especialistas], geralmente, são em Teresina [...] porque tem especialidade que só tem dois, três profissionais para o estado inteiro, então não tem como ser suficiente (GR2).

Para os quatro MRR, as distâncias entre o local de moradia do usuário e os pontos de atenção à saúde para oferta especializada eram os maiores entraves organizacionais, pois encontravam-se, majoritariamente, fora do município de residência. Essa questão de distribuição espacial, ainda que atendessem à lógica de escala e escopo, paradoxalmente, impunha iniquidades às populações vulneráveis e aos municípios mais carentes.

Por exemplo, a gente passava nove meses com gestante e ela fazia um único exame e olhe lá! Porque, ela tinha essa dificuldade de acesso; uma gestante, com enjojo; ela tinha toda dificuldade do mundo de ir fazer esses exames [na sede da região de saúde]. Então, a gente passava nove meses com essa gestante sem fazer um hemograma. Porque a parturiente não tinha condição de pagar [a passagem] (GM6).

De tal modo, as populações da zona rural dos MRR necessitavam de deslocamentos à sede municipal para, na sequência, seguirem aos municípios provedores dos serviços especializados e hospitalares. Nesse sentido, as precárias condições das estradas, comumente não pavimentadas na zona rural, reforçavam as barreiras de acesso geográficas aos estabelecimentos assistenciais.

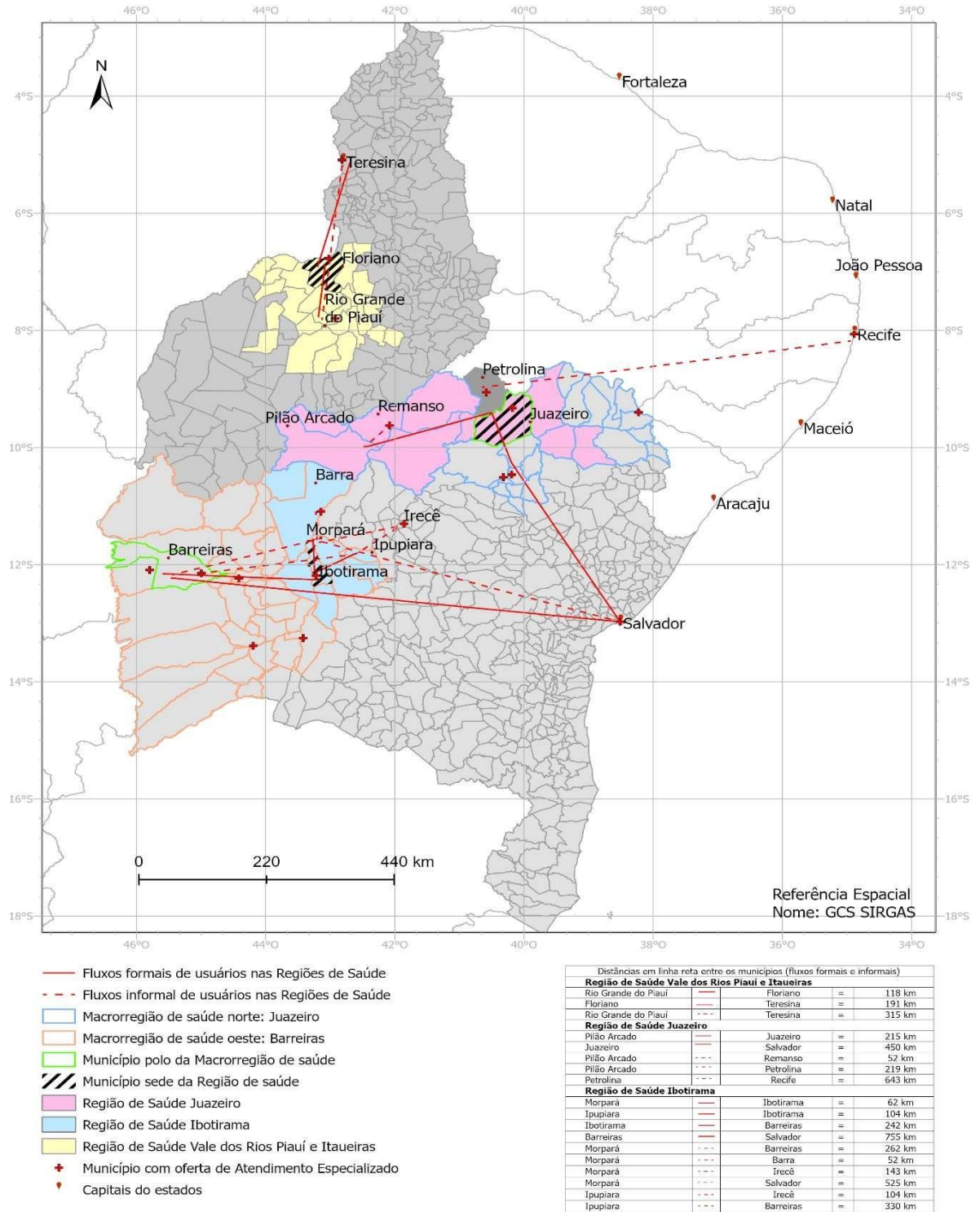


Figura 1 – Fluxos assistências entre os municípios e as regiões de saúde, Semiárido, Brasil, 2019

Fonte: Construída mediante dados da pesquisa APS em MRR no Brasil, ENSP/Fiocruz.

Dimensão 2 – Pontos de atenção secundária e terciária

Para os casos de urgência e emergência, havia nas sedes municipais dos MRR um estabelecimento de pronto atendimento que servia para avaliação e estabilização da condição clínica. Tais unidades assistenciais funcionavam ininterruptamente, com o aporte de equipe composta por médicos e enfermeiros plantonistas e equipe auxiliar. No caso dos médicos, muitas vezes, tratava-se dos mesmos que atuavam nas unidades de APS, ou seja, estes acumulavam as funções de médico generalista da APS e plantonista como forma de aumento de renda; e, conseqüentemente, tal estratégia funcionava, também, como mecanismo de atração desse profissional. Entretanto, havia redução da carga horária nas unidades de APS, ficando estas desfalcadas de médicos nos turnos de plantão.

Havia, ainda, oferta pontual de alguns procedimentos especializados públicos nos próprios municípios de forma bastante segmentada. Em Morpará, havia consulta com psiquiatra e realização de ultrassonografia (em uma unidade de APS), exames laboratoriais e eletrocardiograma (no pronto atendimento). Acordos informais com médicos que tinham mais de uma especialidade eram realizados para que, mesmo contratado para um só tipo de especialidade, também, dessem suporte a outras necessidades (por exemplo, uma psiquiatra que atendia cardiologia em Ipupiara).

Em Ipupiara, havia oferta, no próprio município, de algumas especialidades (psiquiatria, ortopedia, ultrassom e raio-X) pela compra direta do município a médicos/clínicas privadas, de forma a suprir a insuficiência via PPI. Além disso, a defasagem da tabela SUS (valor pago ao prestador *versus* quantidade contratada/pactuada) comprometia a expectativa de oferta e gerava a necessidade de compra pelo tesouro municipal (iniquidade para municípios mais pobres e populações mais vulneráveis). Assim, Ipupiara complementava (segundo critério do secretário de saúde) a AE para usuários (critérios socioeconômico e clínico) que precisassem dela com maior urgência, via pagamento direto ao prestador privado. A secretaria, também, negociava descontos com clínicas privadas e encaminhava o paciente que faria o desembolso direto.

Acho que é o grande desafio para o gestor. Ele [secretário de saúde] foi secretário de assistência social e sabe o perfil de cada um e tenta, de certa forma, filtrar e dar prioridade aqueles que são de baixa renda. Filtração tanto econômica, quanto clínica também, se for uma pessoa que pode esperar, vai para marcação normal, mas a pessoa de baixa renda, que não tem condições, ele tenta ajudar através do financiamento do especialista, é assim que funciona (GM2).

Pilão Arcado ofertava alguns serviços especializados no hospital municipal e complementava, igualmente, na rede privada local (raio-X, ultrassonografia e eletrocardiograma). Ademais, Rio Grande do Piauí ofertava coleta de exames laboratoriais no território, mas os laboratórios ficavam em Floriano (contratados via PPI); e oferecia cardiologia e ultrassonografia com recursos próprios.

Assim, no vácuo do SUS, médicos especialistas iam aos MRR e ofertavam consultas, procedimentos e exames por desembolso direto dos usuários ou os vendiam ao ente público municipal. Tais ofertas privadas eram intermitentes e residuais no conjunto das necessidades da população, sobretudo pelas condições socioeconômicas da grande maioria dos habitantes e limites orçamentários dos MRR. Contudo, a compra direta do gestor municipal desses serviços parecia, contraditoriamente, estimular a rede privada.

[...] os municípios estruturam serviços de AE contratando profissionais. Aí, o profissional vai lá e presta o serviço. Aí, fica que os municípios não recebem por isso, porque não tem um serviço que possa estar credenciando pelo SUS, e fica muito na contrapartida municipal (GR1).

[...] só para fazer uma consulta e retornar com os exames, seria um tempo de seis meses. Aí, tem paciente que vai pelo SUS da primeira consulta, quando o médico pede os exames, ele vai lá na clínica, paga e em seguida já retorna para mostrar ao médico [do SUS] (GR3).

Nos pequenos municípios [atenção especializada] é muito mais privada, os municípios maiores conseguem ter uma estrutura mais adequada, podem lançar mão de algum tipo de credenciamento, mas a gestão é pública e, nos casos dos municípios pequenos, ainda, tem essa questão de contrato de empresa, ou contratualização com empresas ou profissionais privados (GE1).

Para os quatro MRR, a principal referência para tratamento de câncer ou tratamentos mais complexos eram as respectivas capitais dos estados, representando elevadas distâncias para os que necessitavam de cuidados regulares e acompanhamento de familiares, ou seja, tornavam-se onerosos para os municípios e inadequados às condições clínicas delicadas dos pacientes.

Se a gente não oferecer o transporte, a maioria dos pacientes não vão. De dez pacientes, se um for por conta própria é muito. Ou você tem o transporte ou ele não vai. O município, muitas vezes, acaba se sensibilizando, mas imagina o custo para município! Para o município realmente tem sido difícil, tem lugar que você tem casa de apoio perto, como para Salvador. São mais casos de câncer na maioria que a gente tem lá. Só que tem paciente que a gente dá a passagem, mas como é que você manda paciente da zona rural que nunca foi na cidade grande, sozinho? Aí, a gente manda [também] o acompanhante (GM4).

A maior oferta era pública, ainda que o prestador fosse, comumente, privado, sobretudo para consultas especializadas e exames. Nesse sentido, o pagamento dava-se por meio de repasse dos MRR aos municípios prestadores, via PPI, e estes, por sua vez, intermediavam, conforme o caso, aos prestadores privados contratados/conveniados.

Tem paciente que vai para o hospital regional de Ibotirama, outros para o hospital municipal de Barra e outros para Salvador. [...] por exemplo, o município de Ibotirama contratou urologista e outros médicos de outras especialidades. Então, foi contratada uma clínica particular para executar, mas fica lá o custo certo para o município [pagar]. Ressonância e ortopedia, a prefeitura de Barreiras contratou também uma clínica particular e, várias vezes, nós terceirizamos esse serviço e utilizamos ele. Então, tem de público para público e de público para particular, a custo zero para a população; zero assim, utilizamos de repasse (GM3).

Ainda assim, a oferta era insuficiente para atender à demanda; por essa razão, os MRR compravam, por meio de recurso do fundo municipal, de maneira pulverizada, consultas/procedimentos/exames da iniciativa privada. De outra forma, os usuários, também, adquiriam por desembolso direto algumas consultas/exames especializados para compor o *mix*, adiantar o percurso terapêutico e abreviar os tempos de espera. Tais arranjos na forma de oferta da AE modelavam uma atenção fragmentada e desarticulada com sérios danos à continuidade e coordenação do cuidado.

Tem o convênio que a gente faz, pois, a gente não tem a ultrassom própria, mas a gente faz convênio com uma empresa, aí ele vem aqui fazer ultrassons (GM5).

Atenção especializada tem como referência Ibotirama, Barreiras e Salvador, [...] mas há uma grande dificuldade por conta da demanda, por conta também das pactuações. Mas essas vagas são uma ressonância, duas tomografias, uma vaga para oftalmologista. É precária essa vinculação da rede. É a mais fragilizada ao meu ver, que acaba onerando ainda mais o município, porque, às vezes, vai particular, porque, na maioria das vezes, a pessoa precisa para hoje, a tomografia, a ressonância, às vezes, não têm como esperar, a pessoa precisa ir logo. Se você for para fila, são 2, 3, 4 meses esperando; acaba não solucionando o problema da pessoa. Os exames e consultas especializadas, na maioria das vezes, são particulares, infelizmente (GM2).

Um dos gestores denunciou que havia problemas no laboratório público, localizado em Ibotirama, por falta de insumos e que, em decorrência do tempo excessivo para liberação dos resultados, muitos usuários estavam “optando” por realizar os exames em laboratórios particulares (desembolso direto) para acelerar o itinerário terapêutico. A insuficiência de vagas para AE era uma realidade nas três regiões de saúde e atingiam indiscriminadamente todos os municípios, mas pareciam ser mais perniciosos aos MRR, pois concentravam maiores dificuldades de acesso geográfico e populações mais vulneráveis.

Por exemplo Ibotirama, que é um polo, além do hospital regional o próprio município também tinha uma pactuação com outros municípios e não houve estruturação para atender os seus munícipes, e acaba o pessoal se deslocando, muitas vezes, para Barreiras. Fica essa desassistência, essa dificuldade (GR1).

[...] estamos com dificuldade pelo laboratório público. O Lacen, a central é em Ibotirama, de Ibotirama encaminha para Salvador. Estamos com dificuldade de encaminhar exames para o Lacen, porque o Lacen diz que tá sem material [...] tô com um monte de exame aqui, os PSA e tireoide tão sem poder encaminhar; [a população] tá fazendo tudo particular (GM1).

Outro contrassenso, em consequência dos grandes deslocamentos ao provedor, era que, em alguns casos, tornava-se mais vantajoso aos usuários adquirir o procedimento/consulta por desembolso direto quando este era ofertado pela iniciativa privada na própria cidade de residência ou em município mais próximo. Não por acaso, os municípios, quando possível, ofertavam procedimentos no próprio território ou compravam em prestadores vizinhos (fora da pactuação), pois era menos custoso que dispor de transporte sanitário e, em alguns casos, estadia. Tal lógica organizacional contribuía para fortalecimento do prestador privado avulso e cindia a modelagem de rede. Para minimizar tais problemas, por exemplo, a gestão de Rio Grande do Piauí coletava semanalmente os exames laboratoriais no próprio município e os encaminhava para a cidade de Floriano para serem analisados, evitando, assim, o deslocamento dos usuários.

Porque, até então, o serviço para coletar o exame laboratorial era em Floriano. Tem aqui no município, mas é particular. Como a população é muito pobre, então, o SUS marca e o mais próximo é Floriano. Então, para população é muito difícil o acesso, porque depende de pagar van para ir e voltar. Então, nem compensa pagar um hemograma, sumário [de urina], pois tem que pagar 50 reais, no mínimo, de passagem. Aí, eu fui a Floriano, conversei com alguns laboratórios e a gente fez essa parceria; fazemos a coleta aqui para facilitar o acesso e a secretaria leva esse material até lá e traz os resultados (GM7).

[...] temos um convênio com laboratório público do hospital de Ibotirama, só que a pessoa vai, paga passagem para coletar sangue lá, a passagem é o dinheiro dos exames todos ou ultrassom, às vezes, nem compensa, às vezes, a gente até tem vaga [pública], mas a pessoa prefere não usar. Aí, a gente consegue pagar aqui [no município], através do laboratório particular, porque, até para nós, é mais barato (GM2).

Dimensão 3 – Marcação de consultas para atenção especializada e instrumentos para coordenação do cuidado

A central de marcação de consultas localizava-se nas secretarias de saúde e regulava para os pontos de atenção conforme critérios técnicos e disponibilidade de vagas. As informações sobre período de marcação de consultas eram, muitas vezes, fornecidas

informalmente à população. Quando o usuário conseguia o atendimento nos serviços especializados, as informações clínicas eram trazidas pelo próprio paciente, pois não havia sistema de informação integrado. Uma das poucas exceções foi o pré-natal de alto risco, em Ipuiara, que contava com fluxo e contrafluxo entre o município e o hospital em Barreiras.

O paciente passa pela atenção básica; pega o encaminhamento daquela determinada especialidade, então, vai para secretaria, onde ele é agendado no sistema de regulação; e, aí, ele é encaminhado (GM8).

Alguns sistemas funcionam como referência, como, por exemplo, o pré-natal de alto risco. Nesse caso, a gente consegue ter um laço maior, uma maior força na rede [...] tem um fluxo e as informações importantes, tanto de ida como de retorno (GM2).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenhava um importante papel para informação da marcação da consulta e de resultado de exames especializados, especialmente na zona rural. Havia precariedade no sistema de contrarreferência, e o principal informante sobre a condição de saúde e histórico das consultas eram os pacientes, sendo que os ACS compartilhavam essa informação com a equipe de APS (alta hospitalar, realização de procedimento, plano terapêutico etc.).

Porque algumas pessoas não têm como vir mesmo [marcar]. Então, o agente de saúde traz a cópia do documento, a gente quando faz a marcação entra em contato, aí, normalmente, quando é um local onde a pessoa não tem telefone, o agente de saúde pega e avisa para a paciente (GM7).

Todos os MRR ofertavam casa de apoio para estadia dos pacientes nas capitais, geralmente aos tratamentos prolongados que requerem permanência transitória. Os usuários recebiam o benefício do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), todavia, o valor total do repasse federal do programa ao município não supria a necessidade, e os gestores complementavam a maior parte com dinheiro próprio. O TFD era comumente utilizado para pacientes com deslocamentos rotineiros e tratamentos prolongados (oncologia e hemodiálise).

Tem casa de apoio em Salvador, lá tem uma casa de apoio. Vários municípios fazem convênio com aquela casa. Têm em Barreiras, alguns já tem, aqueles municípios mais distantes tem uma casa de apoio (GR1).

Todo município tem um carro do TFD, que eles enviam para tratamento fora do município, tanto pra vir pra cá (sede da região de saúde) para fazer hemodiálise e para fazer outros tratamentos em Salvador (GR2).

[...] TFD é um problema muito sério; câncer, a gente consegue colocar as pessoas no TFD, apesar de o TFD ser irrisório [financiamento]. O TFD bota 2.700 reais, e a gente gasta até 40 mil reais. Tem passagem, hospedagem, alimentação e o acompanhante, então, isso é bem oneroso para secretaria de saúde (GM2).

Em nenhum dos MRR havia utilização sistemática da telemedicina, e as unidades eram parcialmente informatizadas, havendo, ainda, serviços precários de comunicação por telefone e disponibilidade de internet, sobretudo para zonas rurais, ou seja, na contramão da necessidade dos territórios remotos.

[...] o acesso ao telessaúde é muito pouco. Apesar do pessoal do telessaúde vir aqui [na região de saúde], já foi em alguns municípios, já fez formação com os profissionais, mas a gente ainda sente que ainda não tem muito acesso [...] internet [nas unidades de saúde] é uma dificuldade também (GR2).

[...] a gente tem implantado [telessaúde], mas não funciona [...] para consultoria não tem, só para formação, para capacitação (GR3).

DISCUSSÃO

Nas três regiões de saúde pesquisadas, a lógica regional do SUS e os impasses dos vazios assistenciais comprometem a integralidade da atenção à saúde à população dos MRR, desdobrando-se em iniquidades, haja vista serem esses municípios os mais pobres e com população mais vulnerável. A racionalidade gerencial, financeira e técnica impõe a concentração de equipamentos de saúde para AE em cidades que sejam pontos de referência para um conjunto de outros municípios (NORONHA *et al.*, 2003; SMITH; CLARKE, 2006), embora a cooperação intermunicipal seja motivada, principalmente, pela economia de escala e eficiência nos custos (NIAOUNAKIS; BLANK, 2017).

Os MRR deste estudo localizam-se justamente nessas condições territoriais e, nesse sentido, tencionam a racionalidade (escala e escopo) requerida para assunção de redes regionalizadas de serviços de saúde. Em consequência, a população, mesmo quando coberta por serviços públicos especializados, comumente, adquire o serviço de saúde (consulta, exame ou procedimento) por desembolso direto, diante das barreiras de acesso geográfico aos serviços públicos (longas distâncias e escassez de transporte sanitário) e maior disponibilidade de prestadores privados nas proximidades. Diante dessa realidade, os gestores buscam ofertar a atenção pública especializada, também, no próprio território, mediante compra direta com profissionais e/ou clínicas privadas de modo segmentado e unilateral, em detrimento do planejamento regional entre municípios. Todavia, trata-se de municípios muito pequenos e pobres, ou seja, as despesas em saúde com receitas próprias do tesouro municipal diretamente com prestadores privados diminuem o poder de negociação dos gestores públicos e os expõe ao jogo mercadológico desregulado – no preço, na quantidade e na qualidade do produto ofertado

–, sinalizando para iniquidades fiscais (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017; MACHADO; ARAÚJO, 2021).

Há alguns fenômenos que atravessam as relações público-privadas entre os MRR e que tornam complexa a identificação das raízes dos problemas apresentados na oferta de serviços. Nesse sentido, a histórica ausência de políticas sociais em territórios rurais (SCHEIL-ADLUNG, 2015; WANDERLEY, 2009) os tornou reféns de toda sorte de exploração clientelista (PASE, 2012) e de programas seletivos direcionados a apaziguar problemas pontuais sem, contudo, reverter as desigualdades persistentes. Em certa medida, os serviços de saúde refletem tais discrepâncias; e, portanto, os MRR acumulam distintas necessidades que, em sinergia, potencializam as demandas em saúde. Não obstante, o monopólio de serviços e especialidades médicas (ALMEIDA, C., 1997), a autonomia do médico (RIBEIRO, JOSÉ M.; SCHARAIBER, 1994) e a assimetria na condução diagnóstica (CAPRARA; RODRIGUES, 2004) tornam a população e, muitas vezes, os gestores reféns de uma racionalidade biomédica (BARROS, 2002), nem sempre comprometida com a produção do cuidado em saúde (TESSER, 2006).

No Brasil, não é recente o fortalecimento do setor privado de saúde induzido por políticas públicas de saúde (BAHIA, 2018). Entretanto, em territórios com menor capacidade gestora para exercer a regulação assistencial na relação público-privada, as alianças entre profissionais e correntes políticas em situação de poder (executivo e/ou legislativo) podem privilegiar os interesses particulares em detrimento das necessidades sociais e do bem público (SANTOS, 2018).

Assim, há dificuldades de atração e fixação de profissionais (OLIVEIRA *et al.*, 2017) que, também, contribuem para desassistência no primeiro nível da rede e acúmulo de agravos sensíveis à APS (BASTOS *et al.*, 2017). Na outra margem, os serviços especializados (escassos e concentrados) são pressionados por uma demanda muito além da rotineiramente esperada, pois emerge de uma população que tem seus agravos diagnosticados tardiamente, agudizados por perda de cuidado em tempo oportuno e, diante de questões socioeconômicas muito desfavoráveis, acometida, simultaneamente, por uma tripla carga de doenças (MENDES, 2011). Por conseguinte, trata-se de uma população que, mediante as interseccionalidades (HANKIVSKY; CHRISTOFFERSEN, 2008), requer políticas públicas abrangentes e continuadas para reversão das iniquidades sociais em saúde (WORLEY, 2020). Além do mais, todos os problemas sinalizados são piores para populações residentes nas zonas rurais dos MRR, ou seja, há premência de políticas de saúde específicas que atinjam grupos populacionais

vulneráveis dentro de territórios que já estão em desvantagem socioespacial em relação ao entorno.

Contraditoriamente, a modelagem das regiões de saúde, ainda, tem mantido a desassistência e encorajado o mercado privado de venda de consultas e procedimentos avulsos justamente em territórios extremamente pobres (COSTA, 2017). Tal enfeito paradoxal da regionalização (ALMEIDA, 2016) reflete o mecanismo federativo do País, posto que o gestor municipal tem autonomia para definir o local de execução do serviço, porém o limite financeiro e a disponibilidade de prestadores impõem restrições organizativas. Além disso, na lógica de partilha de serviços entre os municípios, quanto mais rural e remoto for o território, mais este requererá, além do procedimento em saúde, prover transporte sanitário, casas de apoio e outras ações logísticas para viabilizar o deslocamento e/ou a permanência do usuário no período requerido para TFD.

Dessa forma, os problemas sanitários não são superados mediante existência do serviço especializado, tampouco, exclusivamente, diante do acesso a ele – isso porque a ausência de integração em rede, agravada por segmentação na oferta (SANTOS; GERSCHMAN, 2004), impõe a inexistência de relação comunicacional entre profissionais da APS e AE (MENDES *et al.*, 2021). Tal precariedade comunicacional, nos MRR, começa na marcação de consultas que são centradas nas secretarias de saúde municipais e no total desconhecimento, por parte dos profissionais da APS, do tamanho e perfil clínico dos usuários na lista de espera por vagas na AE. Todas essas questões comprometem a atenção à saúde de alta qualidade (DINSDALE *et al.*, 2019; SCAIOLI *et al.*, 2019).

Por fim, o fluxo de informações clínicas entre os profissionais (contrarreferência) fica sob responsabilidade de cada usuário/família, conformando-se em uma amnésia informacional que implica recorrente retrabalho clínico (agravado pela rotatividade de médicos na APS), sobreposição de condutas terapêuticas e perda de contato para continuidade do cuidado (CALNAN; HUTTEN; TILJAK, 2006). Outro aspecto preocupante é que alguns usuários com doenças graves acabam “perdendo” o contato e a confiança nos profissionais do primeiro nível de atenção e vinculam-se aos demais pontos de atenção em detrimento da continuidade e coordenação do cuidado via APS (SANTOS, 2018). Não por acaso, no vácuo das tecnologias informacionais em MRR, o ACS desempenha a função de informante estratégico e mantém a equipe de APS a par, ainda que não sistematicamente, dos fluxos dos usuários à AE, valendo-se, mais uma vez, das recordações de pacientes e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como limites do estudo, destaca-se que a constelação dos sujeitos entrevistados pode ser ampliada, conforme o foco desejado e, igualmente, captar perspectivas que respondam a aspectos distintos que ajudem a compreender os desafios na organização e oferta da AE. A opção pela pesquisa qualitativa, também, não é suficiente para desvendar todos os obstáculos para assunção de uma rede regionalizada resolutiva, requerendo outras abordagens para ampliar o escopo dos dados e, assim, possibilitar uma triangulação de métodos.

Por outro lado, a análise empreendida abarca municípios de pequeno porte e com zonas rurais, e, nesse sentido, explicita a necessidade de políticas específicas para esses territórios. Outrossim, as assimetrias técnico-financeiras entre os municípios de uma mesma região, as disputas político-partidárias por investimentos e, especialmente, os interesses privados de agentes públicos e prestadores de serviços de saúde em detrimento do fortalecimento de um sistema público e universal comprometem a coesão necessária para constituir uma rede solidária de caráter regional.

Nos MRR, a integração dos serviços com a rede regional é bastante frágil, porquanto, na maior parte das vezes, são apenas o financiador, ficando as funções de prestador e regulador nas mãos dos municípios de referência. Nessa seara, a incipiência ou ausência de instrumentos comunicacionais entre os níveis de atenção compromete o atributo da coordenação e, nesse sentido, favorece a inadequação de diagnósticos e tratamentos com desdobramentos graves à segurança dos pacientes.

Por fim, os municípios historicamente desassistidos (pequenos, rurais e remotos) permanecem em um círculo vicioso entre pobreza que gera adoecimentos, inclusive evitáveis, e insuficiência técnico-econômica de oferta de serviços para tratá-los e preveni-los, perdurando ou gerando novos adoecimentos, bem como o agravamento dos problemas já existentes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Physicians and health care: state, market or regulation? A false issue. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 13, n. 4, p. 659-676, 1997.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016.

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Brazilian municipalities and their own expenditures on health: some associations. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 953-964, 2017.

BAHIA, L. Thirty years of history in the Brazilian Unified National Health System (SUS): a necessary but insufficient transition. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018.

BARRETO, M. L. *et al.* Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Brazil. **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 11, n. 9, 2014.

BARROS, J. A. C. Considering the health-disease process: what does the biomedical model answer to? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BENEVENUTO, R. G.; AZEVEDO, I. C. C.; CAULFIELD, B. Assessing the spatial burden in health care accessibility of low-income families in rural Northeast Brazil. **Journal of Transport & Health**, [s. l.], v. 14, p. 100-595, 2019.

CALNAN, M.; HUTTEN, J.; TILJAK, H. O desafio da coordenação: o papel dos profissionais da atenção primária na promoção da integração entre interface. *In*: SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (org.). **Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: Reforma organizacional na atenção primária europeia**. Reino Unido: Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Séries Políticas, 2006. p. 135-160.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. Asymmetric doctor-patient relationship : rethinking the therapeutic bond. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CASTRO, M. C. *et al.* Health Policy Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, [s. l.], v. 6736, n. 19, p. 1-12, 2019.

COSTA, N. R. Brazilian healthcare in the context of austerity: Private sector dominant, government sector failing. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1065-1074, 2017.

DINSDALE, E. *et al.* Communication between primary and secondary care: deficits and danger. **Family Practice**, [s. l.], v. 37, n. 1, p. 63-68, fev. 2020.

FRANÇA, G. V. A. *et al.* Coverage and equity in reproductive and maternal health interventions in Brazil: impressive progress following the implementation of the Unified Health System. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], p. 1-13, 2016.

GIOVANELLA, L. ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 2017.

HANKIVSKY, O.; CHRISTOFFERSEN, A. Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. **Critical Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 271-283, 2008.

LEBLANC, M. *et al.* Patient and provider perspectives on eHealth interventions in Canada and Australia: a scoping review. **Rural and Remote Health**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 5754, 2020.

MACHADO, J. A.; QUARESMA, G.; ARAÚJO, C. E. L. Much beyond the minimum: why do Brazilian municipalities overallocate their own revenues to healthcare? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 36, n. 107, 2021.

MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, [s. l.], v. 3, n. 4, p. 1-8, 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, L. S. *et al.* Experience with coordination of care between primary care physicians and specialists and related factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 1-15, 2021.

NIAOUNAKIS, T.; BLANK, J. Inter-municipal cooperation, economies of scale and cost efficiency : an application of stochastic frontier analysis to Dutch municipal tax departments. **Local Government Studies**, [s. l.], v. 3930, p. 533-554, May 2017.

NORONHA, J. C. *et al.* Volume and quality of care in coronary artery bypass grafting in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1781-1789, 2003.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PARSONS, K.; GAUDINE, A.; SWAB, M. Experiences of older adults accessing specialized healthcare services in rural or remote areas: a systematic review protocol. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, [s. l.], v. 17, n. 9, p. 1909-1914, 2019.

PASE, H. L. O clientelismo nos pequenos municípios brasileiros. **Pensamento Plural**, [s. l.], v. 10, p. 181-199, 2012.

RASELLA, D. *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, [s. l.], v. 349, p. g4014-g4014, 2014.

RECHEL, B. *et al.* Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. **Health Policy**, [s. l.], v. 120, n. 7, p. 758-769, 2016.

RIBEIRO, J. M.; SCHARAIBER, L. B. Autonomy and Work in Medicine. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 190-199, 1994.

SANTOS, A. M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado**. Salvador: EDUFBA, 2018.

SANTOS, M.; GERSCHMAN, S. Segmentations of health service supply in Brazil – institutional arrangements, creditors, payers and providers. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SCAIOLI, G. *et al.* Patients' perception of communication at the interface between primary and secondary care: a cross-sectional survey in 34 countries. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1018, 2019. DOI: 10.1186/s12913-019-4848-9.

SCHEIL-ADLUNG, X. (org.). **Global evidence on inequities in rural health protection New data on rural deficits in health coverage for 174 countries**. Genova: ILO, 2015. Extension of Social Security series; n. 47.

SILVA, C. R. *et al.* Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.27002016.

SMITH, G.; CLARKE, D. Assessing the effectiveness of integrated interventions: terminology and approach. **The Medical clinics of North America**, [s. l.], v. 90, n. 4, p. 533-48, 2006.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 627-673.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 15, 2011.

TESSER, C. D. Social medicalization: the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 1, p. 61-76, 2006.

VIANA, A. L. D. *et al.* Regionalization and health networks. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

VICTORA, C. G. *et al.* Health in Brazil 2 Maternal and child health in Brazil : progress and challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

WANDERLEY, M. N. B. O mundo rural brasileiro: acesso a bens e serviços e integração campo-cidade. **Estudos, Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 60-85, 2009.

WORLEY, P. Why we need better rural and remote health, now more than ever. **Rural and Remote Health**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 5976, 2020.

ZHAO, Q. *et al.* Impacts of the "transport subsidy initiative on poor TB patients" in Rural China: A Patient-Cohort Based Longitudinal Study in Rural China. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 8, n. 11, p. e82503, 2013.

4.2 ARTIGO 2 – INTERFACE ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO ESPECIALIZADA: DESAFIOS PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS NO SEMIÁRIDO

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar a produção do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e os obstáculos organizacionais para o acesso aos serviços especializados em Municípios Rurais Remotos (MRR) no semiárido nordestino. Foram realizados estudos de caso em quatro MRR localizados nos estados da Bahia e Piauí. A produção dos dados foi composta por 24 entrevistas semiestruturadas com médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de equipes de saúde da família da zona rural e da sede dos municípios. Os resultados revelam que, na tentativa de abreviar os tempos de espera por Atenção Especializada (AE), permeada por vazios assistenciais e demanda maior que a oferta, por vezes, os profissionais direcionavam os pacientes a buscar serviços privados para dar continuidade ao cuidado iniciado na APS, em um modelo simbiótico, com vantagens mútuas. As longas distâncias a serem percorridas pelos usuários, especialmente os residentes nas zonas rurais, associadas a ineficiência/insuficiência na provisão e/ou acesso ao transporte sanitário, acentuavam ainda essa relação. Não havia sistema de marcação diretamente pela equipe de APS, a relação dos profissionais com a AE era apenas de requerente, e o acompanhamento para continuidade do cuidado dava-se na dependência do usuário/familiar, em que o ACS assumia um papel importante na busca por essa informação. Médicos com mais de uma especialidade realizavam atendimento aos usuários para AE por meio de acordos contratuais entre o município e o profissional. Essa prática, embora fosse uma estratégia para fixação do profissional e garantia de algum tipo de AE, comprometia o tempo de permanência deste na APS, uma vez que sua carga horária era reduzida na unidade. Essas questões fragilizam a APS como lócus de primeiro contato e busca regular, o que torna a rede assistencial produtora de demandas e indutora de padrões e comportamentos por consumo de bens e serviços especializados, em detrimento do fortalecimento do escopo e ampliação clínica das funções da APS.

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Rural; Assistência Ambulatorial.

INTRODUÇÃO

No Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo organizacional assenta-se em níveis de atenção à saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) uma posição basilar como porta de entrada preferencial, com ações direcionadas a cobrir afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, devendo atuar como coordenadora de uma resposta integral e integrada (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Nessa perspectiva, este artigo analisa a interface entre APS e Atenção Especializada (AE) em Municípios Rurais Remotos (MRR) do semiárido nordestino, a partir da experiência de profissionais da APS.

A centralidade da coordenação do cuidado na APS implica estabelecer interconexões (fluxos e contrafluxos) entre profissionais de diferentes serviços de modo a atender às necessidades dos usuários na produção do cuidado (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). A articulação entre níveis de atenção é um dos elementos que favorece o acesso adequado e em tempo oportuno, viabiliza a continuidade do cuidado e uma atenção integral, bem como aumenta a satisfação do usuário, melhora a utilização dos recursos financeiros disponíveis com consequentes impactos positivos à saúde da população (BOUSQUAT *et al.*, 2017; MENDES; ALMEIDA, 2020; VÁZQUEZ *et al.*, 2017).

Um dos obstáculos à garantia da integralidade e continuidade do cuidado apresenta-se nas inúmeras dificuldades para a oferta de serviços diversificados e acessíveis em tempo oportuno, principalmente, relacionados com a AE (ALMEIDA *et al.*, 2018; NUNES, 2018). Além disso, percebe-se que, na AE, há uma fragmentação das ações e serviços de saúde agravada pela existência de sistemas locais isolados, cujos espaços decisórios são permeados por interesses locais, em detrimento de ações pautadas pela universalidade (OUVERNAY; NORONHA, 2013; SANTOS; GIOVANELLA, 2016; ALMEIDA *et al.*, 2019).

Essa problemática agrava-se, ainda mais, quando se avaliam municípios em territórios rurais e remotos, distantes dos grandes centros, cuja população, frequentemente mais vulnerável, depende, ainda, da provisão de serviços de saúde em localidades distantes da residência (SILVA, 2017; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018). Nesse contexto, há dilemas relativos à disponibilidade e à organização de serviços fora do eixo urbano, com baixa densidade demográfica, população dispersa em grandes territórios e pequeno porte populacional (PEREIRA; PACHECO, 2017). Apesar das diferenças entre países de alta, média e baixa renda, o acesso tem sido considerado um dos principais temas a serem enfrentados na atenção à saúde em áreas rurais remotas em todo o mundo (WORLEY, 2020). Assim como na maior parte dos países, no Brasil, também, observam-se, nas localidades rurais, dificuldades com transporte e comunicação, e enfrenta-se o desafio da escassez de profissionais de saúde, especialmente, médicos (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Todos esses fatores, por sua vez, refletem-se na oportunidade de acesso a diferentes ações e serviços de saúde integrados e contínuos. Assim, na perspectiva do MRR, o desafio do SUS consiste em identificar as singularidades, avaliar potencialidade e fragilidades desses cenários para a concretização da gestão cooperativa e integrada, com vistas a propor soluções locais que contemplem as necessidades dos usuários, viabilizando e qualificando a produção do cuidado na interface entre APS e AE.

METODOLOGIA – Mapeando experiências, percepções e sentidos

Foram realizados estudos de caso em quatro MRR do semiárido nordestino: Morpará, Ipujiara e Pilão Arcado, na Bahia, e Rio Grande do Piauí, no Piauí, selecionados a partir do projeto “Atenção Primária à Saúde em áreas rurais remotas no Brasil”. Este artigo apresenta uma análise gerada a partir de narrativas produzidas com base em 24 entrevistas semiestruturadas com médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos quatro casos.

Desvelar o cotidiano dos profissionais envolvidos com a produção do cuidado, seus discursos e os elementos objetivos e subjetivos permite apreender suas percepções e representações referentes à vida social e institucional (PINHEIRO, 2009). Os distintos sujeitos são portadores de saberes e necessidades que os colocam em permanente disputa e acordos que, por sua vez, modelam a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse sentido, os diferentes sujeitos apresentam graus variados de governabilidade e portam distintos recursos – financeiro, técnico e/ou simbólico – sobre os processos; assim, todos, de algum modo, são gestores da produção do cuidado.

Os resultados foram agrupados em quatro eixos temáticos: *Mecanismo de oferta de atenção especializada no território; Simbiose público-privado na oferta de atenção especializada; Forma de acompanhamento do usuário ao longo do tempo; e Uso do telessaúde e oferta de transporte sanitário para acesso à atenção especializada*. Os elementos constitutivos das RAS propostos por Mendes (2011) guiaram a sistematização dos resultados, com destaque à estrutura operacional e ao modelo de atenção à saúde.

Na sequência, os dados empíricos foram sintetizados, e as narrativas que serviram de fio condutor para descrição dos dados foram destacadas (Quadros 1 a 4). Para interpretação final, por meio da análise de conteúdo temática, fez-se o entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas, identificando-se as convergências e divergências para produção de síntese narrativa compreensiva e crítica.

RESULTADOS: vivências de profissionais da APS na interface com a Atenção Especializada

Eixo 1 – Mecanismo de oferta de atenção especializada no território

Em todos os casos, havia grandes vazios assistenciais nas respectivas regiões de saúde, fator que colaborava para a existência de diferentes arranjos organizativos para oferta de AE.

A maior parte da oferta pública e privada para AE encontrava-se fora dos MRR e, com exceção de Pilão Arcado, era externa à própria região de saúde. Nesse sentido, requeria grandes deslocamentos dos usuários às capitais dos estados (Salvador ou Teresina), para as sedes das regiões de saúde (Ibotirama, Juazeiro ou Floriano), sedes das macrorregiões de saúde (Barreiras, Juazeiro ou Petrolina) e, também, aos inúmeros prestadores pulverizados em outros municípios (Barra, Seabra, Vitória da Conquista, Irecê, Remanso, Feira de Santana, entre outros).

Todos os profissionais afirmaram que a demanda por AE superava a oferta e que, conseqüentemente, havia tempo excessivo de espera e insatisfação de todos, sobretudo, usuários.

Quadro 1 – Síntese de “falas expressivas” sobre atenção especializada (eixo – 1), Municípios Rurais Remotos do Semiárido, Brasil, 2019

<p>Maior parte da oferta pública e privada para AE encontrava-se fora dos MRR</p>	<p>[para acessar algum serviço de atenção especializada]. Na outra cidade [e] a mais próxima é Ibotirama que tem alguns especialistas como ginecologia, cardiologia e que fica a 2 horas daqui. E o mais distante que eles podem ser encaminhados é Barreiras, que dá umas 4 horas de viagem (Enf. 1, Morpará).</p> <p>Tem a dificuldade, porque especialista é muito difícil, porque tem que ir para Juazeiro. E Juazeiro é para a região toda, as especialidades que são do SUS são em Juazeiro, então é difícil, a fila é grande, é difícil de conseguir (ACS 1, Pilão Arcado).</p>
<p>Grandes deslocamentos dos usuários ao prestador na capital e sede de região de saúde</p>	<p>A gente encaminha para Secretaria de Saúde, faz o relatório especificando o que quer, aí, eles [usuários] fazem a consulta em Juazeiro e voltam. Quando é algo mais especializado ainda, eles vão bater em Salvador. [...]. A atenção especializada de Pilão Arcado é basicamente TFD. [...] Porque aí daria em torno de mais de 700 km (Médico 2, Pilão Arcado).</p> <p>[...] entrego e falo: ‘você pode ir na secretaria de saúde pra marcar’. Aí, você vê, como demora muito, a gente faz pactuação com outros municípios, Ibotirama, Barreiras, infelizmente Ibotirama não funciona pra nada. O paciente acaba gastando mais com o deslocamento pra fazer a consulta, do que pagando a consulta particular no município. Porque tem especialista que vem aqui e, por exemplo, cobra 150 reais de consulta; a passagem pra barreiras é 100 reais. Se tiver que ir com acompanhante, são 200 reais, e se tiver que comer são mais 60 reais, então gasta mais dinheiro indo, que fazendo a consulta aqui. É praticamente inviável. O paciente termina indo no médico particular (Médico1, Iupira).</p>
<p>Inúmeros prestadores pulverizados em outros municípios</p>	<p>Ele [triagem do pré-natal] é feito pela Vitalab [laboratório privado], é colhido o sangue do dedo da mãe gestante e é enviado para Feira de Santana [680 Km] (Enf.1, Pilão Arcado).</p>

Fonte: Construída mediante dados da pesquisa APS em MRR no Brasil, ENSP/Fiocruz.

Eixo 2 – *Simbiose público-privado na oferta de atenção especializada*

Em todos os casos, havia alguma oferta de serviços privados no próprio município, ainda que de forma intermitente, gerando, inclusive, um modelo simbiótico – com vantagens mútuas –, mas que, por vezes, parecia predatória – com vantagem para o setor privado em detrimento da população. Havia nos MRR, periodicamente, médicos avulsos que ofertavam AE por desembolso direto aos usuários ou venda de procedimentos aos gestores. Nesse caso, os

usuários buscavam o setor privado por livre demanda ou como forma de adiantar parte do itinerário terapêutico, muitas vezes, por indicação/referência de algum profissional do SUS. Do mesmo modo, os gestores complementavam a oferta de AE com compra direta – sem contrato formal – ou negociavam descontos com o prestador privado, conforme demanda e gravidade do quadro clínico do usuário, mas sem fluxo definido.

Em Ipuiriara, por exemplo, as consultas com ginecologistas eram praticamente todas por desembolso direto, e os encaminhamentos via SUS eram residuais. Nesse mesmo município, o raio-X odontológico era realizado em clínica privada de profissional (dentista) que trabalhava, também, na rede pública municipal. Assim, o profissional referenciava para si mesmo na rede privada. Tal situação repetia-se em Pilão Arcado e em Rio Grande do Piauí, cujos médicos tinham dupla vinculação (público-privada) e a gestão municipal comprava serviços nas clínicas desses profissionais e/ou incluía o serviço de AE como parte do salário.

Outro exemplo emblemático dava-se por meio de consultas com oftalmologista, pois havia um acordo de isenção no valor da consulta, caso o usuário tivesse sido indicado por algum ACS. Para tanto, alguns ACS recebiam um pequeno valor (R\$ 5,00) por agendamento; e, em contrapartida, o usuário deveria fazer os óculos com o mesmo prestador do serviço. Além disso, caso houvesse necessidade de algum serviço de apoio diagnóstico oftalmológico, o usuário era indicado a buscar clínicas privadas do mesmo prestador, localizadas em outro município, por meio de desembolso direto (com acordo para abatimento no valor da consulta/exame).

Outro mecanismo utilizado pelas clínicas privadas foi o acordo informal com as secretarias de saúde ou algum agente do Estado. Assim, clínicas privadas davam descontos aos usuários indicados pela secretaria de saúde, por profissionais de saúde da rede SUS ou por associação de agricultores e, nessa lógica simbiótica, obtinham vantagens preferenciais. Ademais, caso diagnosticassem algo mais grave, os pacientes realizavam as consultas/exames mais sofisticados/caros com a mesma equipe em outros municípios. Nesse caso, existia, ainda, veículo ofertado regularmente, por um agente do Estado (vereador), que transportava os usuários às clínicas privadas em outros municípios.

Alguns médicos conseguiam consultas gratuitas entre colegas da rede privada para pacientes carentes (comumente, exames laboratoriais). Por fim, as secretarias de saúde custeavam algumas consultas diretamente com a rede privada local para oferta pulverizada de AE, conforme o caso, mais uma vez, sem regularidade ou fluxo prévio.

Quadro 2 – Síntese de “falas expressivas” sobre atenção especializada (eixo – 2), Municípios Rurais Remotos do Semiárido, Brasil, 2019

Resultados principais	Falas expressivas
Oferta de serviços privados no próprio MRR	Oftalmologia tem um médico que vem aqui duas vezes no ano. Cirurgia de catarata passa a solicitação e agenda para fazer em Barra. Urologia tem um médico particular que atende em Morpará mensalmente. Mas as pessoas têm que pagar. E tem aqueles que já ficam no estado de alerta e já vão trabalhando e guardando dinheiro para fazer ali. Porque se for para agendar [pelo SUS], aí meu irmão, só Deus (ACS 2, Morpará).
Médicos avulsos que ofertavam AE por desembolso direto aos usuários ou venda de procedimentos aos gestores	[...] ortopedista vem uma vez por mês, atendimento da prefeitura, mas não é um atendimento de qualidade, o resto dos pacientes terminam indo no serviço particular. Dermatologia, oftalmologia, endocrinologia, urologia, todo vai pra particular (Médico 1, Ipujiara).
Indicação de AE privada por profissionais do SUS	Essa marcadora, é assim, eles dão um caixinha, assim, 5 reais, pra você marcar o paciente [para oftalmologista], pra ajudar o paciente, pra ele não pagar 50 reais. Porque a gente dá um papel escrito, autorizando que é o ACS que tá marcando pra esse paciente. [...] Lá não paga nada com esse papel, só paga os óculos. [...] Aí, vem o médico formado de Seabra. Ele traz todos os aparelhos, dilata o olho, faz tudo direitinho. Se ele vê que tem problema sério, encaminha pra Seabra (ACS 2, Ipujiara).
	Tem algumas pessoas que esperam o pagamento sair, tipo aposentadas, que fazem o pagamento desses exames. Aqui tem uma clínica particular que disponibiliza vários tipos de exame, tem pacientes que não querem esperar, ou tem alguns que não podem esperar e que nós mesmos indicamos para que se puderem façam o exame particular.” (Enf. 2, RG do Piauí).
Gestores compram serviços privados sem contrato formal	[...] Você está precisando de um ginecologista? Vou na secretaria, vou ver se tem atendimento em Ibotirama ou Barreiras, não tem? É na Biotec, particular, inclusive é doutora X que atende lá. Eles não dão o exame, a pessoa vai lá, conversa com o secretário ou o prefeito, aí o prefeito dá uma ajuda, às vezes, dá até tudo (ACS 1, Ipujiara).
Acordo informal entre clínicas privadas e as secretarias de saúde ou agentes do Estado	Se for exame no particular, a secretaria tem o contato das clínicas, e aí já avisa a gente e nós ligamos para lá e agendamos e o usuário já procura no particular. Se for para ir para secretaria por meios públicos a demanda é maior e vai ter que esperar mais tempo (ACS 2, Morpará).

Fonte: Construída mediante dados da pesquisa APS em MRR no Brasil, ENSP/Fiocruz.

Eixo 3 – *Forma de acompanhamento do usuário ao longo do tempo*

Em todos os MRR, o usuário/familiar da zona urbana ou rural deveria ir diretamente à secretaria de saúde com a guia de solicitação médica para agendamento na AE, fosse o prestador localizado no próprio município ou fora dele. Para usuários da zona rural, era comum que os ACS, também, intermediassem a marcação, levando as solicitações à secretaria de saúde. O agendamento, comumente, não era imediato e variava (local de prestação e tempo de aprazamento) conforme especialidade e urgência dos casos. Por fim, nenhuma Unidade Básica de Saúde (UBS) tinha prontuário eletrônico para compartilhamento entre níveis. Em seguida ao agendamento, o usuário era comunicado na residência, geralmente, via ACS, acerca do dia/horário e local da consulta.

Não havia sistema de marcação de AE diretamente nas UBS e a relação do médico com a AE era apenas de requerente. Assim, não havia informação sobre o tempo e a lista de espera dos usuários, controle/priorização de filas; e o acompanhamento para continuidade dava-se na dependência do usuário/familiar.

Não por acaso, o usuário “perdia” o contato com o médico da APS, e o especialista decidia o novo percurso e a condução terapêutica, sem participação/compartilhamento clínico de informações. Algumas características da APS como a rotatividade de profissionais, sobretudo médicos, com menores cargas horárias na UBS e características da formação (recém-formado e/ou sem residência) comprometiam a resolutividade e implicavam, paradoxalmente, maior dependência da AE. Além disso, tornavam a APS refém de uma prática biomédica, comprometia os diagnósticos precoces e o acompanhamento longitudinal, com repetição de procedimentos, sobreposição de condutas clínicas e exposição excessiva de usuários aos mesmos procedimentos, diante de falhas e/ou fragilidades comunicacionais e interrupções terapêuticas. Tais questões, inclusive, retroalimentavam o circuito de dependência da AE, em uma contradição ao que já era escasso e de difícil acesso.

A demanda por AE era grande, e os tempos de espera comprometiam o cuidado oportuno, requerendo a intermediação da equipe de APS para tentar abreviar a fila, mediante articulação informal com o secretário de saúde. Comumente, os usuários eram inqueridos pelos profissionais acerca da possibilidade de arcarem com o desembolso direto na AE para acelerarem o percurso assistencial.

Para obter informação sobre o usuário, pela ausência de contrarreferência, a equipe de APS fazia busca ativa via ACS e tentava alguma continuidade do cuidado. Algumas vezes, a equipe solicitava intermediação da secretaria de saúde para obter alguma informação diretamente no prestador.

Por sua vez, alguns médicos relataram ter contato informal, atrelado à amizade com especialistas da rede, pois como se tratava de uma região em que muitos profissionais se conheciam, em caso de dúvidas, eles entravam em contato direto com colegas de profissão. Entre os médicos da APS de um mesmo município, essa troca era mais comum, já que alguns residiam em uma mesma casa (ofertada pela gestão municipal) e, à noite, era corriqueiro estudarem alguns casos clínicos.

Além disso, em Ipujiara, havia uma médica da APS (com especialidades em cardiologia e psiquiatria) que era, também, referência para AE no município (para tanto, recebia remuneração diferenciada). A profissional resolvia muitos casos na APS sem encaminhamentos e, ao mesmo tempo, conseguia a continuidade do cuidado, também, por atuar há mais de uma década no mesmo município. Outrossim, por essas características, tratava-se de uma médica com grande vinculação à comunidade e que estabelecia inúmeros fluxos informais (autoencaminhamentos) para garantia de AE aos usuários.

O relatório clínico/contrarreferência à APS era residual, e o principal informante era o usuário/familiar. Os médicos relataram certo “jogo de adivinhação” após alta hospitalar e/ou consulta na AE, pois, quando o paciente não sabia relatar o caso clínico e a conduta realizada, precisava-se juntar informações “soltas”.

Não havia qualquer contato formal com especialistas para debater/esclarecer casos clínicos. Por sua vez, quando o médico especialista atendia na própria cidade, eventualmente, havia algum compartilhamento para casos muito particulares, mediante contato informal. Ainda assim, destacou-se que havia sucesso na referência e contrarreferência para pacientes com hanseníase (Rio Grande do Piauí), ortopedia (Pilão Arcado) e pré-natal de alto risco (Ipupiara).

Quadro 3 – Síntese de “falas expressivas” sobre atenção especializada (eixo – 3), Municípios Rurais Remotos do Semiárido, Brasil, 2019

Resultados principais	Falas expressivas
Marcação de consultas para AE na secretaria de saúde pelo usuário/familiar	[...] quando os usuários precisam ser encaminhados para uma consulta do especialista, aí a gente fala com ele que tem que ir para secretaria para marcar. Porque a referência é Juazeiro, e aí a gente o encaminha para a secretaria, para marcar na central de marcação (ACS 1, Pilão Arcado).
ACS auxiliava no repasse de informação sobre agendamento da consulta	Se for só ultrassom para gestante, eu pego aquelas gestantes e divido nas áreas, e peço para o ACS fazer o comunicado que vai ter ultrassom e psiquiatria tal dia. As ACS sabem quais são os pacientes que precisam fazer o controle, todos anotados no caderno (Enf. 1, Morpará).
Não havia sistema de marcação à AE diretamente nas UBS	[...] a marcação da consulta [para AE] faz na secretaria de saúde. O usuário pega a solicitação e, se ele tiver alguma coisa para fazer lá [na sede], ele já leva. Mas se não tiver, eu que vou lá e já levo, agendo e já trago marcado (ACS 2, Morpará).
Relação do médico com a AE era apenas de requerente	[...] não dispomos dessa troca de informação não, raramente a gente consegue conversar com o especialista para ter acesso a algumas informações. [...] Eles não mandam contrarreferência (Enf. 1, RG do Piauí).
Rotatividade de profissionais na APS comprometia a resolubilidade	[...] por que a unidade ficou sem médico [...] e você trabalhar numa unidade, sem médico, ainda mais de zona rural, que eles [usuários] não têm outro acesso mais próximo da saúde em relação a médico, foi muito difícil, pra eles, pra mim, pra toda equipe (Enf. 2, Ipupiara).
Demanda por AE era grande e os tempos de espera comprometiam o cuidado oportuno	[...] a maior dificuldade para o usuário é achar a atenção especializada, que é muito difícil. Aqui a gente é referenciado pra alguns lugares específicos, quando abre a agenda, é pouco demais, tipo, tem especialista que são 5 vagas pro município todo, 3 vagas para o município. [...] Então quando abre a agenda, não dá pra todo mundo, demora muito pra conseguir esses especialistas (Enf. 2, Ipupiara)
Contato informal entre médicos da APS e AE/hospital para resolução de casos específicos ou graves	[...] às vezes a gente faz esse contato com um colega para tirar dúvida, tanto na questão de psiquiatra, ginecologista ou dermatologista. [...] Entre os médicos da atenção básica existe [contato]. Porque a gente mora na mesma casa, e aí quando chega à noite, a gente se encontra e tem um caso esporádico diferente do dia a dia, e se a gente tem dúvida, discute e a gente tira dúvidas um com o outro, e vamos ver, pesquisar (Médico 1, Morpará).
	[...] aqui não tem CAPS e não tem também uma referência de CAPS. Mas tenho um psiquiatra que vem todos meses, um amigo meu, então qualquer dificuldade que tenho, na hora eu já ligo e já faço a intervenção no paciente (Médico 1, Ipupiara).
Contrarreferência à APS era residual e o principal informante era o usuário/família	[...] Às vezes, o paciente não consegue expressar o que realmente tem e o que foi feito na consulta de avaliação. [...] às vezes, recebe alta e a gente não sabe, aí a gente tenta deduzir, pergunta dali pergunta de cá, para ter uma noção do que realmente foi feito. É um problema sério a falta de contrarreferência e resposta (Enf. 1, Ipupiara)
	Temos a referência, mas não temos contrarreferência. Às vezes, você referencia o paciente e depois não sabe mais o paradeiro dele. Não sabe o que aconteceu. ‘cê não tem contrarreferência. É difícil (Enf. 1, Pilão Arcado).

Fonte: Construída mediante dados da pesquisa APS em MRR no Brasil, ENSP/Fiocruz.

Eixo 4 – Uso do telessaúde e oferta de transporte sanitário para acesso à atenção especializada

Embora disponível, diante das restrições na rede de internet, especialmente na zona rural, raros profissionais utilizavam telediagnóstico e teleconsulta. Do mesmo modo, quando utilizado, o telessaúde limitava-se, grosso modo, à atividade de formação a distância, sem articulação com as demandas assistenciais.

Em todos os MRR, havia oferta pública de transporte para os usuários deslocarem-se aos municípios que ofertavam AE, mas não era suficiente para todos eles. Assim, quando não fornecia o transporte próprio, o município disponibilizava a passagem em ônibus comercial. Ressalta-se que a oferta de transporte sanitário era um importante ativo político nos municípios e, muitas vezes, centralizado no secretário de saúde. Além disso, outros agentes do Estado, também, buscavam alguma forma de ofertar o serviço ou intermediá-lo para acumular prestígio na comunidade.

Em todos os casos, havia maior dificuldade de deslocamento para residentes da zona rural, pois o transporte sanitário era ofertado a partir da sede, sendo necessário ao usuário arcar com o trajeto ela, pois não havia transporte público coletivo na zona rural. Para minimizar os gastos, os moradores da zona rural utilizavam o transporte escolar, veículos próprios ou, quando possível, caronas com outros moradores ou com a equipe de APS. Logo, o limite na oferta de transporte e as condições socioeconômicas dos usuários somados às grandes distâncias aos prestadores de AE resultavam, em alguns momentos, em óbito, agravamento do quadro clínico, sofrimento excessivo do usuário ou mesmo não comparecimento à consulta.

Para as urgências ou moradores com limitações locomotoras, era possível, conforme o quadro clínico, utilizar ambulâncias simplificadas, ambulâncias do SAMU (suporte básico) ou automóveis de moradores (contratados e pagos pelas secretarias de saúde) à sede e/ou município de referência. Em algumas situações, o ACS era o acompanhante do usuário de sua área até consulta/exame em outro município. Nesses casos, as péssimas condições viárias das rotas e/ou as grandes distâncias na zona rural dos MRR eram a principal barreira de acesso aos prestadores.

Também, para otimizar as vagas nos veículos que se deslocavam aos municípios de referência, buscava-se concentrar as marcações em um mesmo dia, embora se tratasse de uma equação complexa, pois dependia dos prestadores. Outro desafio residia na necessidade de transportar, também, os acompanhantes (por restrição de vagas), compatibilizar os horários das diferentes consultas (nem sempre no mesmo prestador), além de custos com alimentação (a

cargo dos usuários) e despesas com manutenção dos veículos (segurança do transporte sanitário).

Por fim, todos os MRR ofertavam casas de apoio nas respectivas capitais dos estados, inclusive para familiares/acompanhantes, aos usuários em tratamento prolongado.

Quadro 4 – Síntese de “falas expressivas” sobre atenção especializada (eixo – 4), Municípios Rurais Remotos do Semiárido, Brasil, 2019

Resultados principais	Falas expressivas
Raros profissionais utilizavam telediagnóstico e teleconsulta	Aqui, nem o telefone fixo nem o celular funcionam bem. Várias vezes solicitei essa ajuda [do telessaúde], mas só recebi um retorno, de uma grávida que tava com suspeita de toxoplasmose. Mas nas outras 3 ou 4 vezes que encaminhei, não recebi resposta. Meu maior problema é dermatologia, não tenho muita facilidade como lidar. Eu usaria, mas nunca mais usei, pra problemas dermatológicos (Médico 1, Ipuipara).
Oferta pública de transporte para os usuários deslocarem-se aos municípios que ofertavam AE	Para esses pacientes que necessitam de atenção especializada, lá em Juazeiro, tem transporte pela secretaria municipal de saúde. [...] E tem também o pessoal que faz hemodiálise que tem o carro do TFD que leva (Enf. 1, Pilão Arcado).
Ausência de transporte público para deslocamentos dos usuários da ZR à ZU que limitava o acesso	[...] não possui transporte coletivo nessas localidades, aqui é só o ônibus escolar mesmo [...]. Se o paciente quiser vir à unidade, ele tem que dar um jeito. Mas assim, se for um caso em especial, a secretaria manda esse transporte. Se o paciente estiver deambulando normal, não tiver nenhum problema físico, não tem por que a secretaria disponibilizar o transporte somente pela distância. (Enf. 2, RG do Piauí).
Oferta de transporte municipal na ZR estava limitado a atendimento de urgências e/ou quando havia moradores com limitações locomotoras	[...] a prefeitura disponibiliza um carro que chamamos de “carro da saúde”. E aí o motorista fica disponível 24 horas, é só ligar que ele vem faz a viagem, pega a ficha do paciente com documento, faz um relatório e leva para prefeitura e lá a prefeitura paga essa viagem para o dono do carro. São carros aqui da comunidade que estão cadastrados no sistema da prefeitura, cada comunidade tem esse sistema de cadastramento (ACS 2, Morpará).
Oferta de casa de apoio em todos os MRR para acolhimento de pacientes e acompanhantes nas capitais	Lá [Teresina] existe uma casa que as pessoas ficam por conta da prefeitura (ACS 1, RG do Piauí). Em Salvador tem uma casa de apoio que eu conheço (Enf. 1, Pilão Arcado).

Fonte: Construída mediante dados da pesquisa APS em MRR no Brasil, Ensp/Fiocruz

DISCUSSÃO

O conjunto de resultados revela uma relação frágil entre a APS e a AE em MRR, diante da fragmentação assistencial, dependência do prestador privado, vazio assistencial crítico nas proximidades – município e respectiva região de saúde –, precária comunicação informacional entre os diferentes níveis de atenção na rede regionalizada e ineficiência/insuficiência na provisão e/ou acesso ao transporte sanitário. Trata-se, todavia, de problemas organizacionais comuns e que atingem diferentes cenários, independentemente do porte populacional dos municípios no Brasil (VIACAVA *et al.*, 2018; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010), requerendo, todavia, um olhar diferenciado às especificidades de populações que residem em áreas rurais e remotas (WORLEY, 2020; WANDERLEY, 2009).

Para contornar tais adversidades, a provisão de AE no próprio território, ainda que residual e intermitente, foi uma tática gerencial comum a todos os MRR. Assim, a estratégia para mitigar a desassistência e abreviar os tempos de espera implicava aquisição direta de serviços privados pela gestão municipal, sem garantia de continuidade e sem fluxo integrado à APS. Ademais, tal escolha organizativa demandava segmentação assistencial e custos elevados ao tesouro municipal, em uma lógica que acentuava iniquidades aos entes subnacionais mais frágeis economicamente e às populações mais vulneráveis, na direção inversa às RAS.

Da mesma forma, em relação à provisão de AE, a estreita relação público-privado parece influenciar a organização da oferta e da demanda nos MRR para além das necessidades sanitárias, retroalimentando a subordinação ao setor privado na prestação direta e focalização excessiva nas tecnologias médicas mais adensadas como respostas às demandas em saúde. Tais questões abrem espaço para um pródigo mercado (formal e informal) da saúde em estreita simbiose com os agentes públicos que envolve a assistência médica especializada, a contratualização dos serviços e a gestão do sistema (SILVA *et al.*, 2020).

Em que pesem as possíveis controvérsias na trama de interesses recíprocos, há justificativas respaldadas em critérios econômicos – subfinanciamento e valores defasados da tabela SUS –, critérios gerenciais – histórico vazio assistencial e grandes distâncias ao prestador –, e critérios tecnológicos – saberes e práticas predominantes (SANTOS, 2018). Entretanto, tais razões ocultam problemas basilares na modelagem das redes regionalizadas e, sobretudo, no modo de produção do cuidado centrado no trabalho médico; e, por sua vez, na prática médica centrada em procedimentos e tecnologia de apoio diagnóstico (KALICHMAN; AYRES, 2016), conformando “[...] a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos” (TESSER, 2006, p.62).

Essa lógica ambígua e acrítica sobre o modo de produção do cuidado faz com que o sistema privado e a mercantilização da saúde expandam-se *pari passu* ao crescimento do SUS, sob a égide de uma privatização por dentro do sistema público (BAHIA, 2010). Tais questões tornam a rede assistencial produtora de demandas e indutora de padrões e comportamentos por consumo de bens e serviços especializados, em detrimento do fortalecimento do escopo e ampliação clínica das funções da APS (PINHEIRO, 2009).

Outrossim, nos MRR, a insegurança na resolubilidade da APS, muitas vezes, por ausência de médicos ou dificuldade de acesso no momento da busca, bem como a indisponibilidade de AE em local apropriado e tempo oportuno para garantia de continuidade pela APS são subsídios suficientes para justificar a busca por itinerários terapêuticos paralelos

à rede oficial. Não por acaso, afloram, em situações de adoecimento, arranjos oficiosos para garantia de consultas/procedimentos e/ou transporte sanitários aos usuários, muitas vezes, subtraindo o direito à saúde, em uma relação controversa entre público e privado em que vicejam traços clientelistas que alargam as assimetrias sociais e alienam o direito universal à saúde.

Logo, parece contraproducente que os MRR tenham políticas sanitárias desenhadas à despeito de suas singularidades socioeconômicas e sociodemográficas (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018; WANDERLEY, 2009) que implicam perceber as interseccionalidades no modo de adoecer que repercutem e acentuam as vulnerabilidades (HANKIVSKY; CHRISTOFFERSEN, 2008; SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). De tal modo, mesmo diante da capilaridade da APS, os MRR são sínteses das vicissitudes nacionais decorrentes da concentração de renda e má distribuição de bens e serviços públicos (RIBEIRO *et al.*, 2017). Logo, na escassez de quase tudo, ganha corpo a defesa “justa”, porém, insuficiente, de uma reorganização sanitária mediante ampliação de profissionais e equipamentos para a garantia da integralidade à saúde. No entanto, sem interrogar a reificação da tecnologia médica e suas consequências para manutenção do *status quo*, perde-se a oportunidade de construção de modelos de saúde centrados nas necessidades locais e nas potencialidades dos territórios.

Essa miríade de problemas, por sua vez, atravessa diferentes planos e dimensões – das interações intersubjetivas à organização das redes regionais – necessários à integralidade do cuidado (KALICHMAN; AYRES, 2016). Não obstante, envoltos em uma trama de carências, as equipes de APS criam mecanismos de sobrevivência e buscam contornar as adversidades organizacionais. Assim, os ACS têm seu processo de trabalho tragado pela necessidade de responderem à precária rede informacional entre os serviços, tornando-se porta-vozes no processo de marcação e comunicação comunitária dos fluxos assistenciais a serem trilhados pela população do seu território. Trata-se, grosso modo, de práticas cotidianas comuns em diferentes cenários (MOROSINI; FONSECA, 2018; RIQUINHO *et al.*, 2018).

Nos casos estudados, a participação das equipes de APS na marcação de consultas para AE e regulação assistencial é coadjuvante e, aliada à incipiência de instrumentos para continuidade informacional, não viabiliza a coordenação do cuidado entre níveis. Como desdobramento, a ausência de gestão clínica continuada e de compartilhamento da história clínica entre profissionais de distintos níveis de atenção acaba por transferir ao usuário, mesmo que involuntariamente, a responsabilidade unilateral pela gestão terapêutica, com danos maiores aos mais vulneráveis. Todavia, nesse enredo, se ninguém se responsabiliza, deixa de

ser omissão circunstancial e torna-se uma política e um *modus operandi* de produção hegemônica de cuidado – geradora de adoecimento e aliada à mercantilização da vida.

Por outro lado, se, por um espectro, o processo de trabalho na rede de serviços de saúde parece corrompido pela matriz formativa e alienado nos procedimentos (MERHY *et al.*, 2007), por outra via, a própria estrutura (escopo limitado das ações e baixo adensamento tecnológico) e o modelo de APS (seletiva e fragmentada na rede) inviabilizam, paradoxalmente, práticas centradas em procedimentos/tecnologia duros (ainda que baseados em evidências médicas seguras), uma vez que se trata da gestão/microgestão da escassez e submissão dos usuários a cuidados residuais e descontínuos. Na realidade, trata-se de movimento paradoxal entre atribuição institucional de responsabilidade e autonomia profissional que, em um movimento de tensões sustentado na racionalidade gerencial hegemônica, pende para iniquidade de resultados em saúde (CAMPOS, 2010).

Não por acaso, instrumentos comunicacionais precários e/ou ausentes entre os níveis de atenção, bem como a fragilidade na organização do trabalho dos profissionais na APS, sobretudo de médicos, comprometem o atributo da coordenação e, nesse sentido, favorecem a inadequação de diagnósticos e tratamentos com desdobramentos graves à segurança dos pacientes (MENDES; ALMEIDA, 2020; FERNANDES *et al.*, 2019). Além disso, produzem uma sensação de desconfiança em todos os envolvidos, por causa de processos de trabalhos desarticulados, barreiras administrativas que geram perda de tempo e comprometem a continuidade do cuidado.

No vácuo da oferta pública direta, ou imbricados com interesses de agentes de Estado, os prestadores privados organizam-se para provisão de tecnologias médicas, mediante oferta aos entes públicos ou venda direta aos usuários, muitas vezes por meio de fracionamento de especialidades que induzem demandas, comumente, desalinhadas das necessidades sanitárias. Assim, não é possível precisar quantos dos encaminhamentos ao especialista são necessários de fato, ou o oposto, quantos não são encaminhados ou são tardiamente referenciados em razão do represamento imposto por restrição de oferta, modelando, assim, uma espécie de espiral de necessidades (SANTOS, 2018).

Por fim, a profusão de problemas em sinergia fragiliza a APS como locus de primeiro contato e busca regular, por contribuir para que as pessoas procurem outros serviços, particularmente, os de pronto atendimento, mesmo nos casos de problemas que poderiam ser resolvidos no âmbito comunitário e com equipes de proximidade.

APONTAMENTOS FINAIS E CAMINHOS POSSÍVEIS

A escassez de serviços de AE e seu impacto na continuidade do cuidado pela APS e na integralidade da atenção ficam explícitos nos dados empíricos. Todavia, os fatos narrados podem, também, ocultar importantes facetas da mesma realidade, uma vez que todos os entrevistados têm em comum a matriz formativa biomédica, inclusive os ACS no seu processo de captura do saber comunitário pela lógica organizativa-instrumental do cuidado em saúde.

Feita essa consideração, um primeiro apontamento seria entender a rede como relações intersubjetivas, ou seja, revalorizar os sujeitos e seu processo de trabalho em saúde. Nesse sentido, significa que a APS e sua capilaridade devem ser a matriz de reconstrução do modelo de atenção nos MRR, em outras palavras, necessita-se alargar o escopo das ações desenvolvidas e adensar tecnologicamente as unidades de saúde nos territórios. Trata-se de ampliar os instrumentos, equipamentos e insumos, mas, também, de repensar o trabalho médico de modo a equalizar sua presença com maior chance de resolução de problemas clínicos. Importa ressaltar que não se está abandonando a clínica ampliada desse profissional, mas racionalizando seu processo de trabalho, mediante constatação empírica e teórica que revela dificuldades em torná-lo fixo em uma lógica de dedicação exclusiva.

Sob esse eixo, significa deslocar o sentido de AE e convertê-lo em modos de cuidar necessários a maior resolubilidade no território. Esse apontamento busca indicar que haveria investimento para alargar o espectro do trabalho médico e dos demais profissionais na APS. Paralelamente, defende-se a ampliação do trabalho clínico da enfermagem de forma a possibilitar maior resolubilidade desse profissional que, em tese, está mais disponível para territórios rurais remotos. A mesma lógica complementa-se ao trabalho de outros profissionais buscando diversificar o cardápio terapêutico das unidades de APS e torná-las *loci* de busca regular para inúmeros procedimentos e cuidados.

Assim, em certa medida, a escassa oferta de serviços especializados e de apoio diagnóstico em tempo oportuno é potencializada pelo modelo biomédico em curso nos MRR que, em concomitância, arrefecem a resolubilidade da APS e a tornam produtora de demandas. Por conseguinte, revalorizar os profissionais da APS – como, por exemplo, ampliar o número de enfermeiros por equipe, tornar a equipe de saúde bucal presente em todas as unidades de saúde, ampliar o número de ACS –, na contramão das últimas políticas nacionais de atenção básica, é requisito basilar para ampliar o escopo clínico e diminuir a dependência excessiva da prática médica. De forma similar, reconhecer e incorporar o cuidado comunitário e as práticas locais/tradicionais no cardápio terapêutico tornam-se fundamentais para o desenvolvimento de

modos de cuidado sustentáveis e inserção de enfoque intercultural. Todos esses apontamentos corroboram a necessidade de mudança no núcleo tecnológico do cuidado.

Paradoxalmente, quanto menor e mais pobre o município, mais dependente da compra direta de AE em prestadores privados e maiores são as dificuldades de provimento em escala e escopo, tornando as ações em saúde custosas e requerendo deslocamentos crescentes, conforme aumenta a densidade tecnológica necessária à assistência. Para esse apontamento, elegem-se o financiamento estadual/federal em policlínicas de âmbito regional, o provimento de especialistas de forma itinerante entre os municípios mais remotos em uma região de saúde, o redesenho das regiões de saúde e o aporte financeiro (capital e custeio) em transporte sanitário, incluindo os deslocamentos desde a zona rural até os prestadores.

Nesse ponto de vista, o apoio matricial e a retaguarda especializada às equipes de APS têm potência de desconcentrar as práticas dos centros especializados ao território, sobretudo para problemas crônicos frequentes e que requerem intervenções bem estabelecidas em diretrizes clínicas. Para os MRR, as tecnologias informacionais deveriam ser uma prioridade estratégica, ou seja, disponibilizá-las na contramão da lógica capitalística que direciona as redes de internet e de telefonia aos lugares mais densamente povoados.

Há necessidade, portanto, de uma política de fomento estadual/federal para distribuição massiva de dados móveis em comunidades remotas, particularmente, nos serviços de APS para operarem telessaúde em apoio à formação em serviço e às práticas clínicas de monitoramento e diagnóstico interprofissional.

Por fim, o derradeiro apontamento recupera as ações intersetoriais como fulcrais em MRR. Entende-se que a escassez de políticas sociais não será sanada pelo SUS, ainda que este possa ser o catalisador de ações entre diversas ações públicas. Na lógica de produção social da saúde-doença, somente a profusão de políticas de cunho universal e equitativo poderá aprimorar o padrão de vida no sentido de qualificar o modo de andar a vida em cada território e, conseqüentemente, produzir saúde em uma perspectiva da integralidade e continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. 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., p. 244-260, set. 2018.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4527-4540, dez. 2019.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendência e justificção. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (org.). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes. p. 115-128, 2010.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010.

FERNANDES, N. F. S. *et al.* Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 10, 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Cebes, 2012. p. 575-625.

HANKIVSKY, O.; CHRISTOFFERSEN, A. Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. **Critical Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 271-283, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Classification and Characterization of rural and urban spaces in Brazil a first approximation**. 11. ed. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2017.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2011. 549 p.

MENDES, L. S.; ALMEIDA, P. F. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 121, 2020.

MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Configurações do trabalho dos agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (org.), **Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 369-405.

NUNES, B. P. *et al.* Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 777-787, 2016.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. *In*: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3, p. 143-182.

PEREIRA, L. L.; PACHECO L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, s. 1, p. 1181-1192, 2017.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 302-314, 2018.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no caminho à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 69-116 p.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, 2017.

RIQUINHO, D. L. *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 163-182, 2018.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.

SANTOS, A. M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado**. Salvador: EDUFBA, 2018. 311 p.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 48-63, 2016.

SILVA, J. F. M. *et al.* A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 4, 2020.

SILVA, J. F. S. **Acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no sistema único de saúde**. 208 f., il. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia – Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 451-459, 2014.

SPEDE, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): Medicalização social (I): o excessivo Medicalização social (I): sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, 2006.

VÁZQUEZ, M. L. *et al.* Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. **Social Science & Medicine**, v. 182, p. 10-9, 2017.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

WANDERLEY, M. N. B. O mundo rural brasileiro: acesso a bens e serviços e integração campo-cidade. **Estudos, Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, p. 60-85, 2009.

WORLEY, P. Why we need better rural and remote health, now more than ever. **Rural and Remote Health**, [*s. l.*], v. 20, n. 1, p. 5976, 2020.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

As populações que vivem no campo, na floresta e nas águas, assim como outras populações em condições de vulnerabilidade, são invisibilizadas quando se trata do acesso oportuno e razoável a cuidados em saúde. Essas populações vivem em territórios rurais permeados por diversas realidades, singularidades e pluralidades que precisam ser entendidas e reverberadas para minimizar as iniquidades existente nesses espaços.

A vulnerabilidade nesses territórios torna-se ainda mais significativa quando avaliados os MRR, onde o acesso geográfico e as distancias são um desafio para gestores e profissionais de saúde quando se trata do fazer e produzir saúde, considerando que muitas políticas públicas, bens e serviços não chegam para essa população de forma equitativa. Esses municípios são pequenos e pobres, e a sua população depende, quase que exclusivamente, de políticas de distribuições de renda como o Bolsa Família etc. Dessa forma, experenciam um ciclo contínuo de desigualdades sociais, acentuada pela implementação incipiente de políticas públicas, em uma dinâmica permeada por interesses políticos, nem sempre republicanos.

Uma política de saúde ideal para esses territórios deveria contemplar as particularidades existentes nesses espaços (cultural, política, geográfica, distâncias), estando pautada na constituição de uma APS forte e resolutiva, distribuída uniformemente pelo território, com suportes necessários para atender aos principais problemas de saúde e pequenas urgências, com vinculação dos profissionais, financiamento adequado e equitativo, articulada a uma rede regionalizada de serviços de saúde especializados, cujo acesso aconteça de forma oportuno e na medida da necessidade do indivíduo, possibilitando, ainda, a oferta adequada de transporte para locomoção da população até os serviços (zona rural ↔ sede ↔ serviço), com vista à integralidade do cuidado.

No entanto, o que se observou neste estudo é que a escassez de serviços de AE refletiu na continuidade do cuidado pela APS, revelando uma frágil integração desta com a rede regional que é desarticulada e que possui fluxos desordenados que não garantem acesso oportuno. Essa é uma realidade já evidenciada por outros estudos em diversas regiões do País. Entretanto, nesses territórios, essa questão é muita mais veemente, pois a acessibilidade geográfica, somada a outras questões, como a vulnerabilidade socioeconômica da população e a falta de transporte regular, é tão complexa que até mesmo chegar aos serviços de APS é um desafio para o usuário, quiçá à AE. Esse fato evidencia que há necessidade de ter uma política de transporte nessas localidades que favoreça o deslocamento dessas populações. Todavia, exige um aporte financeiro elevado, muitas vezes incompatível com os orçamentos disponíveis.

Para o enfrentamento dessa problemática, é urgente o debate entre os gestores públicos acerca de estratégias e mecanismo de garantia do acesso dos usuários em tempo oportuno, para a APS e da APS para os serviços especializados, em uma gestão articulada e cooperativa, com a percepção de que, para a integralidade da atenção, há uma necessidade de incluir na logística do processo organizativo os agrupamentos populacionais esparsos no território e as distâncias reais percorridas. Nesse sentido, discutir o financiamento é outro ponto nodal, pois o repasse de recursos deveria ser diferenciado para essas regiões, pensando as questões de vulnerabilidade populacional.

Outra prerrogativa é a elaboração de uma rede interligada de comunicação entre APS e outros níveis de atenção a partir da implementação de tecnologias, como o fortalecimento do telessaúde (telediagnóstico, telemedicina), para apoiar a tomada de decisão da APS e, assim, ampliar o acesso a serviços especializados nessas regiões, sendo preciso uma análise das peculiaridades de infraestrutura tecnológica dos locais, os quais nem sempre possuem acesso à internet ou rede de telefonia celular. As áreas rurais e remotas são de difícil provimento de profissionais de saúde.

A escassez de profissionais de saúde, bem como a formação desses profissionais, ainda sob a ótica da prática biomédica, com raras adequações às particularidades e às singularidades da população, evidencia-se nos resultados. Isso leva à necessidade de pensar no desenvolvimento de políticas públicas e atrativas para o recrutamento de profissionais, que perpassam pelo investimento em um ambiente de trabalho que garanta a qualidade e que sejam seguras para o exercício da prática, incluindo a disponibilidade de equipamentos e suprimentos adequados, apoio matricial, supervisão e orientação.

Algo que também é eminentemente necessário é a mudança de paradigma na formação dos profissionais de saúde, em todas as especialidades e profissões. Uma possibilidade seria implementar no processo de formação, desde as discussões iniciais dos cursos, a vivência a partir de dinâmicas, estudos de casos, visitas a comunidades; enfim, práticas educacionais que propiciem ao aluno o desenvolvimento de habilidades para atuar nesses territórios, por vezes, desafiadores aos profissionais de saúde, seja pelas distâncias, pela compreensão das complexidades da população ou deficiência de estrutura.

Nesses territórios, a prática em saúde precisa ser colaborativa, intersetorial, e questões como matriciamento, ampliação da prática clínica do enfermeiro (considerando o papel fundamental desse profissional na APS), fortalecimento das ações e do papel dos ACS devem ser discutidas nos espaços decisórios, nos debates sobre a organização do processo de cuidado em saúde.

Por fim, mais do que garantir oferta de AE nesses territórios, faz-se necessário repensar o *modus operandi* do processo do cuidado em saúde para população vivendo em áreas rurais remotas, a fim de desenvolver ações e práticas que aumentem a resolubilidade dos problemas/necessidades de saúde no território – além de considerar as estratégias já existentes nos territórios para provisão de alguns serviços especializados que buscam dar sequência às ações da APS, mas que só serão possíveis se houver uma mudança de olhares para as áreas rurais remotas, considerando todas as particularidades já elencadas neste estudo.

6 PERSPECTIVAS DE ESTUDOS

A partir dos achados deste estudo, podem ser desenvolvidas novas pesquisas que avaliem o acesso e a garantia da AE em MRR. Também, fornece subsídios para realização de estudos que visem investigar MRR em outras regiões de saúde. Este estudo fornece dados que podem apoiar o desenvolvimento de iniciativas de melhorias nos serviços de saúde, a partir da avaliação dos gestores e profissionais.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, abr. 2017.
- ALMEIDA, C. Physicians and health care: state, market or regulation? A false issue. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 659-676, 1997.
- ALMEIDA, P. 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. spe1, p. 244-260, set. 2018.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, jun. 2016.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4527-4540, dez. 2019.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 1-13, 2016.
- AMADO, J.; FERREIRA, S. A entrevista na investigação educacional. *In*: AMADO, J. (coord.). **Manual de Investigação Qualitativa em Educação**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013. p. 207-232.
- ANDO, N. M. *et al.* DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA “O Conceito de rural e o cuidado à saúde”. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 142-144, 2011.
- BOURKE, L. *et al.* Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia. **Health and Place**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 496-503, 2012.
- BOUSQUAT, A. *et al.* Primary health care and the coordination of care in health regions: Managers’ and users’ perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.
- BRADFORD, N. K.; CAFFERY, L. J.; SMITH, A. C. Telehealth services in rural and remote Australia : a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. **Rural and Remote Health**, [s. l.], v. 16, n. 4, 1-23, out-dez. 2016.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.044, de 01 de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 42, 2 jun. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 42, 24 out. 2014.

BRUNDISSINI, F. *et al.* Chronic Disease Patients' Experiences With Accessing Health Care in Rural and Remote Areas: A Systematic Review and Qualitative Meta- Synthesis. **Ontario Health Technology Assessment Series**, [s. l.], v. 13, n. 15, p 1-33, set. 2013.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. Asymmetric doctor-patient relationship : rethinking the therapeutic bond. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARNEIRO, F. F. *et al.* O processo histórico e a criação do Obteia. *In*: CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M.; ARAUJO, A. C. (org.). **Campo, Floresta e Água**: práticas e saberes em saúde. Brasília: UNB, 2017. p. 31-55.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M.; ARAUJO, A. C. **Campos, florestas e águas**: práticas e saberes em saúde. Brasília: Universidade de Brasília, 2017.

CARNEIRO, M. J. **La ruralidad en la sociedade contemporánea: una reflexión teórico metodológica**. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2008.

CARPANEZ, L. R.; MALIK, A. M. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1289-1298, abr. 2021.

CASTRO, M. C. *et al.* Health Policy Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, [s. l.], v. 6736, n. 19, p. 1-12, 2019.

CELLA, D.; QUEDA, O.; FERRANTE, V. L. S. B. A definição do espaço rural como local para o desenvolvimento territorial. **Retratos de Assentamentos**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 69, 2019.

CHAVES, L. A. *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: Análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 1-16, 2018.

CLIFFE, C.; MALONE, G. A Framework for Remote and Isolated Professional Practice. **CRANAplus**, [s. l.], 2014. Disponível em: https://old2021.crana.org.au/uploads/pdfs/Revised_Framework_Remote_Practice_Aug2014.pdf. Acesso em: 01 jul. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: [s. n.], 1986.

COSTA, N. D. R. Brazilian healthcare in the context of austerity: Private sector dominant, government sector failing. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1065-1074, 2017.

DISLER, R.; GLENISTER, K.; WRIGHT, J. Rural chronic disease research patterns in the United Kingdom, United States, Canada, Australia and New Zealand: a systematic integrative review. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 770, 24 dez. 2020.

DUARTE, L. S. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, jun. 2015.

EDELMAN, A. *et al.* Health service delivery and workforce in northern Australia: a scoping review. **Rural and Remote Health**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 6168, 2020.

FARMER, J. *et al.* Health & Place Territorial tensions : Misaligned management and community perspectives on health services for older people in remote rural areas. **Health & Place**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 275-283, 2010.

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 2012. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. special, p. 13-33, 2014.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* **Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil**. Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. *In*: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 51-72.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S.; GOULART, V. M. P. **Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil**. Relatório Final de Pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

FLICK, U. E. W. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Comprehensive primary care and segmented health systems in South America Atención primaria integral y sistemas segmentados de salud en Suramérica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 2017.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atención Primaria à Saúde. *In*: GIOVANELLA, LIGIA; *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 575-625.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Classification and Characterization of rural and urban spaces in Brazil a first approximation**. 11. ed. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2017.

KIDD, J. *et al.* Hā Ora: secondary care barriers and enablers to early diagnosis of lung cancer for Māori communities. **BMC Cancer**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 1-9, 2021.

LAVRAS, C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEBLANC, M. *et al.* Patient and provider perspectives on eHealth interventions in Canada and Australia: a scoping review. **Rural and Remote Health**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 5754, 2020.

LEMOS, J. J. S.; FERNANDES, R. T. Inserir o maranhão na geografia oficial do semiárido: um requisito de justiça social no nordeste brasileiro. **Revista Geografica**, Vitória, n. 21, 98-112, 2016.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 52-66, set. 2018.

MACHADO, J. A.; ARAÚJO, C. E. L. Much beyond the minimum: why do brazilian municipalities overallocate their own revenues to healthcare? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 36, n. 107, 2021.

MALONE, G.; CLIFFE, C. Framework for remote and isolated practice. **CRANA plus**, Austrália, p. 1-19, aug. 2018. Disponível em: www.crana.org.au. Acesso em: 20 jun. 2021.

MATSUMOTO, M. *et al.* Do rural and remote areas really have limited accessibility to health care? Geographic analysis of dialysis patients in Hiroshima, Japan. **Rural and Remote Health**, [s. l.], p. v. 12, n. 2507, p. 1-12, 2013.

MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, L. S. *et al.* Experience with coordination of care between primary care physicians and specialists and related factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 1-15, 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NORONHA, J. C. *et al.* Volume and quality of care in coronary artery bypass grafting in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. d, n. 6, p. 1781-1789, 2003.

NUNES, B. P. *et al.* Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 777-787, out. 2016.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Regional typology**. Paris: OECD, 2011. 16 p. Disponível em: http://www.oecd.org/gov/regional-policy/OECD_regional_typology_Nov2012.pdf. Acesso em: 18 nov. 2019.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011

PARSONS, K.; GAUDINE, A.; SWAB, M. Experiences of older adults accessing specialized healthcare services in rural or remote areas: a systematic review protocol. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, [s. l.], p. 1909-1914, 2019.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The Concept of Access. **Medical Care**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 127-140, fev. 1981.

PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Decentralization and regionalization of health policy: A historical-comparative approach between Brazil and Spain. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2239-2252, 2018.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 302-314, 2018.

PIROPO, T. G. DO N.; AMARAL, H. O. S. DO. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 279-287, mar. 2015.

RECHEL, B. *et al.* Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. **Health Policy**, [s. l.], v. 120, n. 7, p. 758-769, jul. 2016.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, abr. 2017.

RIBEIRO, J. M.; SCHARAIBER, L. B. Autonomy and Work in Medicine. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 190-199, 1994.

RUSSELL, D. J. *et al.* Helping policy-makers address rural health access problems. **Australian Journal of Rural Health**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 61-71, abr. 2013.

SANCHO, L. G. *et al.* O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1121-1130, abr. 2017.

SANTOS, A. M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado**. Salvador: EDUFBA, 2018.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016.

SILVA, C. R. *et al.* Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr. 2017.

SILVEIRA, R. M. *et al.* Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, set.2016.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Understanding the Need for Doctors in Innerstate amazon – Brazil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 451-459, 2014.

SMITH, G.; CLARKE, D. Assessing the effectiveness of integrated interventions: terminology and approach. **The Medical clinics of North America**, [s. l.], v. 90, n. 4, p. 533-48, jul. 2006.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 627-73.

TARGA, L. V. *et al.* Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 64-66, 2 nov. 2013.

TAVARES, T. R. P.; MELO, L. P. DE. “A gente vive em cima da corda bamba”: experiência de profissionais da saúde que trabalham com o HIV/aids em uma área remota do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, 8 nov. 2018.

TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern ‘epistemicide’ in health. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 1, p. 61-76, 2006.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, mar. 2017.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-928, ago. 2007.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018.

VIANA, A. L. D. *et al.* Regionalization and health networks. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; DA LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, 2015.

WACHTEL, T. M.; KUCIA, A. M.; GREENHILL, J. A. Secondary prevention for acute coronary syndrome in rural South Australia: are drugs best? What about the rest? **Rural and Remote Health**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 967, 2008.

WAKERMAN, J. Defining remote health. **Australian Journal Health**, v. 12 (5), p. 210-214, 2004.

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

WAKERMAN, J. *et al.* Is remote health different to rural health? **Rural and Remote Health**, [s. l.], v. 17, n. 2, 30 jun. 2017.

WAKERMAN, J. *et al.* Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? **Human resources for health**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 99, 2019.

WAKERMAN, J. Rural and remote health: A progress report. **Medical Journal of Australia**, [s. l.], v. 202, n. 9, p. 461-463, 2015.

WANDERLEY, M. N. B. O mundo rural brasileiro: acesso a bens e serviços e integração campo-cidade. **Estudos, Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 60-85, 2009.

WANDERLEY, M. N. B.; FAVARETO, A. A singularidade do rural brasileiro: Implicação para as tipologias territoriais e a elaboração de políticas públicas. *In*: MIRANDA, C.; SILVA, H (org.). **Concepções da Ruralidade Contemporânea**: as singularidades brasileiras, contemporânea: as singularidades brasileiras. Brasília: IICA, 2013.

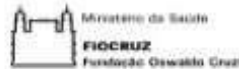
WORD HEALTH ORGANIZATION. **Monitoring the building blocks of health systems**: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneve: WHO, 2010

WORLEY, P. Why we need better rural and remote health, now more than ever. **Rural and Remote Health**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 5976, 2020.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZHAO, Q. *et al.* Impacts of the “transport subsidy initiative on poor TB patients” in Rural China: A Patient-Cohort Based Longitudinal Study in Rural China. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 8, n. 11, 25 nov. 2013.

ANEXO 1 – ROTEIROS DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

Roteiro de Entrevista – GESTOR REGIONAL

Objetivos específicos

- Compreender as especificidades dos municípios rurais e remotos da região;
- Reconhecer as estratégias de gestão da Atenção Básica (AB) direcionadas para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais e remotas da região;
- Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais e remotos;

> Data da entrevista:

> Hora de início: Final: Duração:

> Entrevistadores:

Entrevistador:

- > Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, ler e solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
- > Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho;
- > Em cada conversa com gestor regional, especificar quais os municípios rurais e remotos existem na CIE;
- > Atentar quem/quais os atores a serem entrevistados como gestor regional.

Perfil do(a) entrevistado(a)

Tipo de território:
Município/UF:
Tipo de entrevista:
Código ID:
Entrevistado (s):
Nome do município/região de saúde:
Idade:
Sexo:
Formação profissional (graduação):
Universidade/Estado/País que concluiu a graduação:
Em que ano quanto tempo finalizou a graduação:
Pós-graduação:
Função atual:
Tempo na função:
Representação em órgão colegiado (ex: conselho local ou municipal de saúde, representação sindical, outros)

() sim () não
Se sim, qual: _____
Experiência anterior em gestão/gestão na saúde:
() sim () não
Em qual município/região/estado:
Trabalho anterior:
No mesmo município: () sim () não
Local de trabalho atual (instituição/município):
Endereço profissional completo:
E-mail:
Telefone:
Vínculo Trabalhista no município:
Outro vínculo (além do cargo ocupado atualmente):
() sim () não
Qual: _____
Instituição: _____

Introdução

Antes de começarmos a abordar os temas da pesquisa, gostaríamos que nos contasse um pouco da sua trajetória na saúde, aqui na região e fora dela.

1. Características do território e população

- Quais são as características específicas da sua região (ambientais, territoriais, populacionais)? Tem populações tradicionais?
- Existe algum território em situação de risco para contaminação e intoxicação (contaminação direta ou indireta e/ou envenenamento por: agrotóxicos, alimentos, água contaminada, animais peçonhentos, outros)?
- Quais os problemas de saúde específicos da sua região?

2. Atuação do gestor regional

- Quais as ações que a Regional de Saúde desenvolve para apoiar os municípios?
- Quais as ações que a Regional de Saúde desenvolve para o apoio específico à organização de atenção básica em municípios de difícil acesso?

3. Acesso

- O Sr(a) identifica barreiras de acesso aos serviços de APS e demais serviços pela população de territórios rurais e remotos da região? (barreiras geográficas, organizacionais ou financeiras). Especifique.
- Como é a atuação da regional para o enfrentamento dessas barreiras?

4. Comissão Intergestores Regional (CIR)

- Quem participa da Comissão Intergestores Regional (CIR) na sua região?
- Com qual frequência ocorre a reunião da CIR? Quando foi a última reunião?
- Quais os temas abordados na CIR?
- Na CIR discute-se questões relacionadas a municípios/áreas e populações rurais?
- Na CIR existe alguma iniciativa dos municípios para a oferta de cuidados em saúde nos municípios rurais e remotos? Quais?
- Na CIR, há um grupo técnico de atenção básica? Quais os principais temas de atenção básica discutidos na CIR? Existe alguma ação conjunta para AB entre os municípios da região?
- Como o Sr(a) avalia a relação da CIR com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)?
- A coordenação regional oferece algum apoio técnico (ex: imunização, vigilância epidemiológica, programas da AB)?
- A secretaria estadual de saúde fornece algum apoio financeiro aos municípios?
- Na sua opinião, quais problemas ou ações em relação à atenção básica nos municípios rurais e remotos poderiam ser enfrentados de forma regional?

5. AB na região

- Qual é a cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) na região? E da AB? Considera suficiente a cobertura de atenção básica na região de saúde? Existem populações descobertas? Caso positivo, como estas populações têm acesso ao sistema de saúde?
- Algum município realiza ações específicas para atenção à saúde das populações de áreas rurais de difícil acesso?
- Há investimento na região em teleatendimento? Para que? Como?
- Os municípios da região utilizam outros recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC (portal eletrônico, internet, telefone, e-SUS, Educação a distância, outros), para aumentar a abrangência das ações desenvolvidas na Atenção Básica? Quais?

- Existe algum tipo de ação de outras entidades (ONGS, sindicatos, organização de profissionais) que realizam ações de saúde na região?
- As Forças Armadas atuam na região no que se refere a oferta de ações de saúde? Quais são essas ações?
- As emendas parlamentares tem alguma influência nos serviços de saúde da região?

6. Relação APS e AE ambulatorial e hospitalar

- Há uma rede de referência da atenção especializada, apoio diagnóstico e atenção hospitalar para os municípios da região? O Sr(a) pode descrever essa rede?
- Existem hospitais de pequeno porte? Como funcionam? Qual sua avaliação?
- E hospitais regionais? Quais e onde estão localizados na região?
- Como o Sr(a) avalia a oferta e suficiência de consultas especializadas na região?
- Como o Sr(a) avalia a oferta e suficiência de exames na região?
- Como o Sr(a) avalia a oferta e suficiência de internação na região?
- A regional de saúde identifica vazios assistenciais? Em quais áreas/procedimentos?
- Entre os procedimentos especializados, quais são realizados fora da região?
- A oferta de atenção especializada na região é majoritariamente pública ou privada para o SUS?
- De que forma as populações de municípios rurais e remotos acessam os serviços especializados? O Sr(a) percebe alguma dificuldade nesse acesso?
- Existe central de regulação regional para procedimentos especializados e atenção hospitalar? Especifique.
- Na sua opinião, quais são os principais problemas da regulação na região?
- Os municípios da região têm casas de apoio para os pacientes? Como funcionam?

7. Transporte sanitário e rede de Urgência

- A região dispõe de transporte sanitário para realização de procedimentos eletivos, exames complementares ou internação para tratamento fora de domicílio (TFD)? Como funciona? (A regional organiza ou é uma iniciativa municipal)?
- Esse transporte também está disponível para populações que vivem nas áreas rurais e de difícil acesso?
- Na região, qual a maior distância e tempo percorridos para acesso dos usuários a atenção básica? E para acesso a atenção especializada? E para a hospitalar?
- O Sr(a) considera esse tempo e distância como aceitáveis para o acesso da atenção especializada (exames diagnósticos, consulta ambulatorial ou atenção hospitalar)?

8. Coordenação do cuidado

- Como se dá a comunicação entre serviços de AB (municipais), serviços especializados, de apoio e hospitalares na região?
- Existe algum instrumento ou estratégia para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?
- Na região, os recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são utilizados para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?
- Como se conformam a rede de atenção e os fluxos para agravos específicos nos municípios rurais e remotos da região (malária, agrotóxicos, outros)?

9. Força de trabalho em municípios rurais e remotos

- Na sua região, comumente, tem falta de profissionais nos municípios? Quais?
- Na região, há diferença de carga horária de médicos e enfermeiros entre a sede do município e áreas rurais?
- O(a) Sr(a) identifica problemas para atração e fixação de profissionais na região? E nas áreas rurais e remotas?

- > O(s) Sr(a) identifica estratégias/incentivos da gestão estadual para atração e fixação de profissionais na AB, especialmente nas áreas remotas e rurais?
- > Houve ampliação da cobertura AB a partir do PMM?
- > Há disputa de profissionais para AB entre os municípios da região?
- > Houve algum tipo de mudança nesta relação após o PMM na região?
- > Qual é a sua avaliação em relação ao PMM?
- > Considera importante a continuidade do PMM? Por que?
- > A saída dos médicos cubanos teve algum impacto na região? Qual?
- 10. Intersetorialidade e Participação da comunidade**
- > A regional de saúde se relaciona com outros setores para implementar algum programa? Como?
- > Quais atores regionais/locais/movimentos sociais influenciam na tomada de decisão sobre a atenção básica na região? E nas áreas rurais e remotas? Pode falar sobre a atuação dos atores?
- 11. Participação no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**
- > A regional adota alguma estratégia junto aos municípios rurais e remotos para participação no PMAQ? Quais?
- > O Sr(a) identifica efeitos na organização e nas práticas de AB decorrentes da participação das equipes no PMAQ? Pode nos falar sobre estes efeitos?
- 12. Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU)**
- > Quais os recursos disponíveis no estado para o rastreamento/controle do CCU na região? Como a população dos municípios rurais e remotos acessam esses recursos?
- > Como é o acesso do usuário a colposcopia na região?
- > Como o Sr(a) avalia a atuação da atenção básica no desenvolvimento das ações de CCU em municípios rurais e remotos?
- 13. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)**
- > Quais os recursos disponíveis na região para a linha de cuidado da HAS? Como a população dos municípios rurais e remotos acessam esses recursos?
- > Como é o acesso do usuário aos especialistas para HAS na região (cardiologista, endocrinologista, oftalmologista, nutricionista)?
- > Como o Sr(a) avalia a atuação da atenção básica no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial em municípios rurais e remotos?
- 14. Pré-natal, parto e puerpério**
- > Quais os recursos disponíveis na região para a linha de cuidado para pré-natal, parto e puerpério? Como a população dos municípios rurais e remotos acessam esses recursos?
- > Como é o acesso do usuário ao pré natal de alto risco na região?
- > Como o Sr(a) avalia a atuação da atenção básica no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério em municípios rurais e remotos?
- 15. Em síntese**
- > Quais os principais avanços em relação a atenção básica em municípios rurais e remotos?
- > Quais os principais desafios em relação a atenção básica em municípios rurais e remotos?
- > O que o sr(a) considera que seria a melhor estratégia para garantir o acesso à atenção à saúde no SUS para populações que vivem em áreas rurais?

Muito obrigada(o)!!!

Síntese do Entrevistador

• Características do território e população

O gestor mencionou características específicas da sua região?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

O território tem populações tradicionais?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

O gestor mencionou especificidades das populações de áreas rurais onde as equipes atuam?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

• Atuação do gestor regional

A Regional de Saúde desenvolve apoio à organização da AB na região/município(s)?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

O gestor reconhece algum tipo de barreiras (geográficas, organizacionais e financeiras) para o acesso da população residente na região à: unidade; básica; de saúde?

() sim () não.

() Barreiras geográficas. Especifique: _____

() Barreiras organizacionais. Especifique: _____

() Barreiras financeiras. Especifique: _____

() Outras. Especifique: _____

• Comissão Intergestores Regional (CIR)

Na CIR:

Há participação do gestor regional?

() sim () não.

Discute-se questões relacionadas a municípios/áreas e populações rurais?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

Existe alguma iniciativa dos municípios para a oferta de cuidados em saúde nos municípios rurais e remotos?

() sim () não. Se

Se SIM, especificar: _____

A gestão regional do Estado oferece algum apoio técnico (ex: imunização, vigilância epidemiológica, programas da AB)?

() sim () não. Se

Se SIM, especificar: _____

• AB na região

Algum município realiza ações específicas para atenção básica das populações de áreas rurais?

() sim () não. Se



PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

Roteiro de entrevista - GESTOR MUNICIPAL

Objetivos específicos

- Reconhecer as estratégias de gestão da atenção básica (AB) direcionadas para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais e remotas;
- Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais e remotos;

➤ **Data da entrevista:**

➤ **Hora de Início:** **Final:** **Duração:**

➤ **Entrevistadores:**

Entrevistador:

- Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, ler e solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
- Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho.

Perfil do(a) entrevistado(a)

Tipo de território:

() Matopiba () Vetur Centro Oeste () Norte Águas () Norte Estradas

() Norte de Minas () Semiárido

Município/UF:

Tipo de entrevista:

Código ID:

Entrevistado (a):

Idade:

Sexo: () M () F

Formação profissional (graduação):

Universidade/Estado/País que concluiu a graduação:

Em que ano finalizou a graduação:

Há quanto tempo finalizou a graduação:

Pós-graduação:

Função atual:

Tempo na função:

Representação em órgão colegiado (ex: conselho local ou municipal de saúde, representação sindical, outros). Se sim, qual:

Experiência anterior em gestão/gerência na saúde: () sim () não

Em qual município/regional/estado:

Trabalho anterior:

No mesmo município: () sim () não

Local de trabalho atual:

Endereço profissional completo:

E-mail:

Telefone:

Vínculo Trabalhista no município:

Outro vínculo (além do cargo ocupado atualmente): () sim () não **Qual:**

Instituição:

Introdução

Antes de começarmos a abordar os temas da pesquisa, gostaríamos que nos contasse um pouco da sua trajetória profissional na saúde, aqui no município e fora dele.

1. Características do território e população

- Quais são as características predominantes da população residente no seu município? (Tamanho, faixa etária, sexo, povos e populações tradicionais)
- Quais são as condições de saneamento, abastecimento de água e esgotamento sanitário na sede do município? E como acontece em regiões rurais? (cisternas, reservatórios, microsistemas)
- Existe algum território em situação de risco para contaminação e intoxicação por substâncias químicas (contaminação direta ou indireta e/ou envenenamento por: agrotóxicos, alimentos, água contaminada, animais peçonhentos, outros)
- Existe alguma situação climática em que as populações do seu município ficam isoladas ou precisam mudar de endereço temporariamente? (Cheias, vazantes, secas)

2. Organização da AB no município

- Como está organizada a AB no município? (tipo de equipe, profissionais)
- *Mostrar nota técnica DAB e quadro CNES para conferência: cobertura, nº equipes completas, número de UBS, PACS, CAPS, NASF.*
- Como foram definidas as áreas de atuação da equipe AB e dos ACS? Há especificidade nas áreas de mais difícil acesso?
- Considera suficiente a cobertura de atenção básica no município?
- Existem populações descobertas? Caso positivo, como estas populações têm acesso ao sistema de saúde?

3. Acesso

- Qual é o primeiro serviço de saúde ou recurso da comunidade que a população do município procura quando precisa de atendimento?
- Quais os dias e horários de funcionamento das UBS no município? Há diferenciação para o funcionamento das UBS nas áreas mais distantes da sede municipal?
- O Sr(a) reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população do município às unidades básicas de saúde? Pode falar sobre elas? (barreiras geográficas - distância, rio, tipo de transporte; barreiras organizacionais da UBS - horários de profissionais, ausência de algum profissional; barreiras financeiras)

4. Infraestrutura

- Como é a estrutura das UBS de seu município?
- Houve melhoria na estrutura das UBS no seu município nos últimos 5 anos? Se sim, quem financiou? (Requalifica, Governo municipal, governo estadual, etc)
- As estruturas das UBS são adaptadas para atendimento a populações específicas (indígenas, ribeirinhos) – Observação?

5. Processo de trabalho

- Fale-nos sobre a composição prioritária de equipe AB no município (existência de saúde bucal, apoio matricial – NASF AB, ACS e outros profissionais além da equipe mínima, caso haja).
- Qual a oferta de ações de atividades/serviços na rede de atenção básica municipal?
Escopo das práticas: ações – pré-natal, coleta de preventivo, hipertida, promoção da saúde (ações educativas, grupos, PSE)
- Essas ações são compartilhadas entre os médicos e enfermeiros? Quais? Como?
- Nas áreas/populações de difícil acesso são ofertadas as mesmas ações?

3

- Em caso de ausência do médico, o processo de trabalho sofre modificações?
- Qual o papel dos ACS nas áreas rurais? Realizam ações diferentes dos ACS que atuam na sede?
- Existe alguma estratégia para organização do trabalho das equipes AB que considere as especificidades rurais e remotas? Pode falar sobre tais estratégias?
- O que se prioriza na realização das ações de AB no município?
- Como se organiza o processo de trabalho das EqAB para o atendimento à demanda espontânea? E nas áreas de mais difícil acesso?
- Como é a atuação do NASF? Como está composto? Que tipos de atividades realiza nas áreas rurais?

6. Gestão municipal da APS

- Quais as ações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para o fortalecimento da AB? (Investimento, aumento da cobertura, apoio instrucional aos municípios)
- Há alguma iniciativa municipal na gestão da AB e no processo de trabalho das equipes AB que leve em consideração as especificidades dos territórios rurais e remotos?
- Além dos serviços da SMS, que outros recursos em saúde estão disponíveis no município (setor público, setor privado, igrejas, ONG, outros)?
- Existem outras organizações que realizam ações de saúde no município? (militares, ONGS internacionais...)
- O município utiliza recursos de telessaúde? Para que? Como?
- Utiliza outros tipos de TIC (prontuário eletrônico, internet, telefone, EAD, outros), para aumentar a abrangência das ações desenvolvidas na Atenção Básica? Quais?
- O município implantou o e-SUS AB? Como utiliza?
Fichas Coleta de dados Simplificados (CDS) ()sim ()não
Prontuário eletrônico (PEC) ()sim ()não
Envio da produção ao Ministério da Saúde
() Direto da UBS () Somente pela secretaria de saúde – UBS entrega produção via pen drive () Somente pela secretaria de saúde – UBS entrega produção via e-mail
- O Sr(a) tem conhecimento sobre a política nacional de saúde integral da população do campo, da floresta e das águas? Essa política influenciou alguma de suas ações como gestor?

7. CIR/Gestão estadual

- O Sr(a) participa da Comissão Intergestores Regional (CIR) na sua região?
- Com qual frequência ocorre a reunião da CIR?
- Quando o Sr(a) participou pela última vez?
- Quais os temas abordados na CIR?
- A CIR tem discutido temas relacionados ao fortalecimento da rede regional de atenção à saúde?
- O que o Sr(a) pensa sobre a atuação da SES ou da regional de saúde para o enfrentamento das barreiras de acesso aos serviços de APS e demais serviços nos municípios rurais?
- Há estratégias estaduais para fortalecer a AB na região?
- A coordenação regional do Estado oferece algum apoio técnico (ex. imunização, vigilância epidemiológica, programas da AB)?
- A secretaria estadual de saúde fornece algum apoio financeiro aos municípios?

8. Relação APS e AE ambulatorial e hospitalar

- Qual é a rede de referência da atenção especializada e de apoio diagnóstico disponível para o município? (Ou seja, quando os pacientes precisam ser encaminhados para atenção especializada ou apoio diagnóstico hospitalar, quais são as referências)?

4

- Há oferta de algum serviço especializado na UBS? Como se dá esta oferta? (atendimento ambulatorial de especialista periodicamente? Casos atendidos em juntas médicas/profissionais?)
- Quais são os principais prestadores de atenção especializada ambulatorial do SUS na região?
- Quais são os hospitais de referência para internação do SUS na região?
- Quais são os fluxos para a atenção especializada (ambulatorial, diagnóstico e hospitalar) desde a AB?
- Como avalia a oferta e suficiência de procedimentos especializados (consultas, exames, insumos, internação) na região de saúde?
- Identifica vazios assistenciais? Em quais áreas/procedimentos?
- Quando o usuário precisa de algum recurso não disponível na UBS, como se dá o acesso? (agendamento de exames, transporte, encaminhamentos, reserva de leito, urgência)
- De que forma as populações de áreas rurais remotas ou de mais difícil acesso do seu município, acessam os serviços especializados?
- Existe casas de apoio para os pacientes do seu município que necessitam de tratamentos mais prolongados? O Sr(a) pode descrever como as casas de apoio funcionam?
- Existe central de regulação para procedimentos especializados (atenção ambulatorial e hospitalar)? É municipal, regional ou estadual? Como se dá o funcionamento da regulação para marcação de consulta especializada ou atenção hospitalar a partir da UBS?
- Na sua opinião, quais são os principais problemas da regulação na região?
- Existe algum instrumento ou estratégia para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?
- Os recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são utilizados para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?

9. Transporte sanitário e rede de Urgência

- O município disponibiliza transporte sanitário para tratamento fora de domicílio (TFD)? Para quais situações?
- Existe transporte oferecido pela SMS para populações que vivem nas áreas mais remotas do município? (Ir até a UBS ou outra situação). Quais os problemas relacionados a essa questão?
- O SAMU ou serviço de urgência similar atende áreas rurais e remotas mais distantes da sede municipal? De que forma?
- Como se organiza o transporte de profissionais para as ações da equipe?
- No seu município, qual a maior distância e tempo percorridos para acesso dos usuários a atenção básica? E para acesso a atenção especializada? E para a hospitalar?
- O Sr(a) considera esse tempo aceitável? O que seria aceitável como tempo de deslocamento para o acesso da atenção especializada?

10. Força de trabalho em áreas rurais e remotas

- As equipes do seu município, comumente, tem falta de profissionais? Quais? E rotatividade de profissionais?
- Você identifica problemas para atração e fixação de profissionais?
- Você identifica estratégias/incentivos da gestão municipal para atração e fixação de profissionais na AB, especialmente nas áreas remotas e rurais?
- Você identifica ações de capacitação ou educação permanente para a equipe de Atenção Básica? Quais? Para quais membros da equipe? Ocorrem com qual frequência?
- Existe variação de carga horária de médicos e enfermeiros no seu município nas áreas rurais? E variação salarial?
- Há disputa de profissionais para AB entre os municípios da região de saúde?
- O município possui programas de integração ensino-serviço (estágio, PET, preceptoria, residência, internato)? Pode nos falar sobre essa experiência?

- Qual o número de médicos PMM em seu município atualmente? Desde quando recebeu médicos do PMM (mês/ano?) Nacionalidade?
- Houve ampliação da cobertura AB a partir do PMM ou continuou o mesmo número de EqAB?
- Houve algum tipo de mudança nesta relação após o PMM na região?
- Você conhece o supervisor do PMM? O supervisor contribui para aperfeiçoamento do processo de trabalho da equipe? De que forma?
- Como o Sr. (a) avalia a atuação dos médicos do PMM na AB? Há diferenças em relação à atuação dos médicos que não são do PMM?
- Qual é a sua avaliação em relação ao PMM?
- Considera importante a continuidade do PMM? Por que?
- A saída dos médicos cubanos teve algum impacto nas UBS do município? Qual?

11. Intersetorialidade e Participação da comunidade

- Qual a composição do Conselho municipal de saúde? Quais os temas discutidos? Quando foi a última reunião do CMS? (data e em meses)
- Como se dá a participação local na tomada de decisão sobre a implementação da política de saúde/atenção básica? (associações comunitárias, religiosas, conselhos locais, associações de trabalhadores)
- A saúde se relaciona com outros setores para implementar algum programa? Como?
- Quais atores locais influenciam na tomada de decisão sobre a atenção básica no município? E nas áreas rurais e remotas? Pode falar sobre a atuação dos atores locais nesse processo?

12. Participação no PMAQ

- Como foi sua experiência com o PMAQ?
- A SMS adota alguma estratégia junto às EqAB para participação no PMAQ? Quais?
- O Sr(a) pode nos falar sobre o processo de preparação do município para participar da avaliação do PMAQ?
- O Sr(a) identifica efeitos na organização e nas práticas da AB decorrentes da participação das equipes no PMAQ? Pode nos falar sobre estes efeitos?

Traçadores: Câncer de Colo de Útero; Hipertensão arterial; Pré-natal, parto e puerpério

13. Prevenção de câncer de colo de útero

- As UBS do município fazem preventivo?
- Quais as ações realizadas para o rastreamento/controle do CCU? (busca ativa, divisão de trabalho entre profissionais, educação em saúde, fluxo do exame, captação)
- Qual laboratório realiza a análise de preventivos? Público ou privado? Há certificação de qualidade do laboratório?
- A colposcopia é realizada no município?
- O município implantou/alimenta o SISCAN/SISCOLO?
- A gestão faz algum monitoramento de como está o controle do CCU? De que forma?
- Como avalia a atuação do seu município no desenvolvimento das ações de CCU?

14. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

- As UBS do município fazem controle dos usuários com hipertensão arterial? Como?
- Quais as ações das equipes AB para prevenção e acompanhamento da HAS? (busca ativa, divisão de trabalho entre profissionais, educação em saúde, estratificação de risco cardiovascular, fluxo para especialistas, seguimento)
- Como é acesso aos medicamentos para HAS? As UBS dispõem medicamentos para HAS? ("Aqui tem farmácia popular?")

- A gestão faz algum monitoramento de como está o controle da HAS? De que forma?
- Como avalia a atuação das equipes de atenção básica do município no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial na AB?

15. Pré natal, parto e puerpério

- As UBS do município fazem pré natal e puerpério? Como?
- Quais as ações das equipes AB para atenção à gravidez, parto e puerpério? (busca ativa, divisão de trabalho entre profissionais, educação em saúde, pré natal de risco, assistência ao parto e puerpério, fluxo para especialista)
- Quais são os recursos municipais disponíveis para que as equipes possam realizar o cuidado a gestante e puérpera (USG obstétrica, morfológica, testes rápidos, sonar)?
- Como se dá a realização de exame para o acompanhamento pré-natal? Exames são coletados na UBS? (Qual é a logística para realização dos exames, desde a coleta até a entrega de resultados)
- A gestão faz algum monitoramento de como está a atenção à gravidez, parto e puerpério? Como?
- Tem algum lugar definido para o parto e informado à gestante no pré-natal? Como o município tenta garantir que essa gestante consiga acessar a maternidade?
- Como é feito o cuidado ao pré-natal na gravidez de alto risco?
- Houve casos de mortalidade materna no município no último ano? Quantos? Houve investigação do óbito materno? E casos de sífilis congênita?
- Houve casos de mortalidade neonatal no município no último ano? Quantos? Houve investigação do óbito neonatal? Qual a causa?
- Como avalia a atuação das equipes de atenção básica do município no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério?

16. Em síntese:

- Quais os principais avanços em relação a atenção básica no seu município?
- Quais os principais desafios em relação a atenção básica no seu município?
- O que o sr(a) considera que seria a melhor estratégia para garantir o acesso à atenção à saúde no SUS para populações que vivem em áreas rurais?

Muito obrigada (o)!!!

Síntese do entrevistador

Para auto-preenchimento do entrevistador logo após a entrevista

- O território de atuação das equipes AB e dos ACS está bem definido? () sim () não
- O gestor mencionou especificidades das populações de área rural onde as equipes atuam? () sim () não. Se SIM, especifique: _____
- Rede geral de abastecimento de água com sistema de tratamento na sede () sim () não. Como funciona o abastecimento de água em áreas rurais? Especifique: _____
- O gestor mencionou a existência de alguma situação climática que provoca o isolamento da população no município? Quais? () sim () não. Se SIM, especifique: _____
- O gestor reconhece algum tipo de barreiras (geográficas, organizacionais e financeiras) para o acesso da população residente no município às unidades básicas de saúde? () sim () não. () Barreiras geográficas. Especifique: _____ () Barreiras organizacionais. Especifique: _____ () Barreiras financeiras. Especifique: _____ () Outras. Especifique: _____
- Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a UBS?

Oferta de ações de atividades/serviços nas UBS

- Imunização () sim () não
- Coleta de preventivo () sim () não
- Pré natal () sim () não
- Dispensação de medicamentos () sim () não
- Coleta de material para exames de sangue, urina () sim () não
- Testes rápidos para gestante () sim () não
- Grupos de educação em saúde () sim () não
- Apoio do NASF () sim () não
- Apoio do CAPS () sim () não
- Estratégia específica para organização do processo de trabalho em áreas rurais e remotas? () sim () não Se SIM, especifique: _____
- Desenvolvimento de ações específicas junto às populações tradicionais? () sim () não. Se SIM, especifique: _____
- Acesso do usuário a atenção especializada no SUS: () No município () Na região de saúde () Na capital

Fluxo para atenção especializada

- Marcação da consulta especializada/exame pela UBS () Sim () Não
- Marcação pelo usuário no setor de marcação () Sim () Não
- Acompanhamento da marcação de consulta especializada pela UBS () Sim () Não
- Principal dificuldade de acesso à atenção especializada? _____
- Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a atenção especializada ou hospital? _____
- Comunicação entre AB e AE? () sim () não. Se SIM, especifique: _____
- Disponibilidade de transporte sanitário para os pacientes de áreas mais distantes do município? () sim () não
- Organização do transporte sanitário (TFD) no município? () sim () não
- Meios de transporte disponíveis para população das áreas de mais difícil acesso. Especifique: _____
- Disponibilidade de transporte para profissionais acessarem UBS mais distantes? () sim () não. Se SIM, especifique: _____
- Casas de apoio para TFD () Sim () Não
- Participação da comunidade na AB? () sim () não Se SIM, especifique: _____
- Última reunião do CMS (em meses): _____
- Falta de profissionais nas equipes? () sim () não. Se SIM, Especifique: _____
- Rotatividade de profissionais nas equipes? () sim () não. Se SIM, Especifique: _____
- O gestor identificou problemas para atração e fixação de profissionais? () sim () não. Se SIM, especifique: _____
- Há/houve médico do PMM no município do gestor entrevistado? () sim () não
- O gestor identificou algum impacto com a saída dos médicos cubanos na UBS de sua atuação? () sim () não. Especifique: _____
- O gestor participa da CIR? () Sim () Não. Se SIM, especifique quando participou pela última vez: _____
- O gestor identificou efeitos na organização e nas práticas da equipe AB decorrentes da participação no PMAQ? Se SIM, Especifique: _____

Prevenção do câncer de colo de útero

- Todas as UBS do município fazem preventivo? () Sim () Não
- Ações realizadas: _____

Busca ativa () Sim () Não () Irregular
 Coleta de preventivo pelo(a) médico(a) () Sim () Não
 Coleta de preventivo pelo(a) enfermeiro(a) () Sim () Não
 Grupos de educação em saúde () Sim () Não () Irregular
 Laboratório que realiza citologia () Público () Privado
 Certificação de qualidade pelo laboratório () Sim () Não () Desconhece
 Colposcopia é realizada no município () Sim () Não

Hipertensão arterial

UBS do município fazem controle dos usuários com hipertensão arterial () Sim () Não
 Ações realizadas:
 Busca ativa () Sim () Não () Irregular
 Acompanhamento HAS pelo(a) médico(a) () Sim () Não
 Acompanhamento HAS pelo(a) enfermeiro(a) () Sim () Não
 Grupos de educação em saúde () Sim () Não
 Estratificação de risco cardiovascular () Sim () Não
 Dispensação de medicamentos HAS pela UBS () Sim () Não

Pré natal, parto e puerpério

UBS do município fazem pré natal () Sim () Não
 UBS do município fazem consulta de puerpério () Sim () Não
 Parto () No município () Na região () Na capital
 Parto de gestação de alto risco () No município () Na região () Na capital
 Ações realizadas:
 Busca ativa () No município () Na região () Na capital
 Acompanhamento pré-natal pelo(a) médico(a) () Sim () Não
 Acompanhamento pré-natal pelo(a) enfermeiro(a) () Sim () Não
 Grupos de educação em saúde () Sim () Não
 Lugar definido para o parto e informado à gestante no pré-natal () Sim () Não
 Pré natal de gravidez de alto risco () No município () Na região () Na capital
 Casos de mortalidade materna no município no último ano () Sim () Não
 Casos de mortalidade neonatal no município no último ano () Sim () Não

Observações do entrevistador - questões-chave:

Observações do entrevistador - eventos imprevistos, impressões sobre a entrevista, etc:

Data da entrevista:

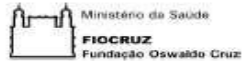
Hora de Início: Final:

Duração:

Entrevistador 1: _____

Entrevistador 2: _____

Entrevistador 3: _____



PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

Roteiro do Entrevista – GESTOR ESTADUAL

Objetivos específicos

- Compreender as especificidades dos municípios rurais e remotos do estado;
- Reconhecer as estratégias de gestão da atenção básica (AB) direcionadas para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais e remotas;
- Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais e remotos;

➤ **Data da entrevista:**

➤ **Hora de Início:** **Final:** **Duração:**

➤ **Entrevistadores:**

Entrevistador:

- Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, ler e solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
- Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho.
- Em cada conversa com gestor estadual, especificar quais os municípios rurais e remotos existem no estado e quais CIR fazem parte da pesquisa.

Perfil do (a) entrevistado(a)

Tipo de território:
 Matopiba Votor Centro Oeste Norte Águas Norte Estradas
 Norte de Minas Semiárido
Município/UF:
Tipo de entrevista:
Código ID:
Entrevistado (a):
Nome do município/região de saúde:
Idade:
Sexo:
Formação profissional (graduação):
Universidade/Estado/País que concluiu a graduação:
Em que ano quanto tempo finalizou a graduação:

Pós-graduação:
Função atual:
Tempo na função:
Representação em órgão colegiado (ex: conselho local ou municipal de saúde, representação sindical, outros)
 sim não
Se sim, qual: _____
Experiência anterior em gestão/gerência na saúde:
 sim não
Em qual município/regional/estado:
Trabalho anterior:
No mesmo município: sim não
Local de trabalho atual (instituição/município):
Endereço profissional completo:
E-mail:
Telefone:
Vínculo Trabalhista no município:
Outro vínculo (além do cargo ocupado atualmente):
 sim não
Qual: _____
Instituição: _____

Introdução

Antes de começarmos a abordar os temas da pesquisa, gostaríamos que nos contasse um pouco da sua trajetória na saúde, aqui no estado e fora dele.

1. Atuação do gestor estadual

- Quais ações a Secretaria Estadual de Saúde (SES) desenvolve para apoiar os municípios? (Investimento, aumento da cobertura, apoio institucional)
- Poderia nos falar sobre as características dos territórios rurais e remotos no estado?
- Existe ações da SES para apoio específico à organização da atenção básica em municípios rurais e remotos? Quais?

2. Acesso

- O Sr.(a) identifica barreiras de acesso aos serviços de AB e demais serviços pela população de territórios rurais e remotos do estado? (Geográficas, organizacionais e financeiras). Especifique.
- Como é a atuação da SES para o enfrentamento dessas barreiras?
- Há populações tradicionais no estado? Quais?

3. Regionalização

- A SES tem desenvolvido estratégias para apoiar o fortalecimento de uma rede regionalizada? E para o fortalecimento da AB nessa rede?
- Quem participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)? E da Comissão Intergestores Regional (CIR)?
- Quando foi a última reunião da CIB? E da CIR?
- Na CIB, há discussão e pactuação em relação a Atenção Básica?
- Há iniciativas/estratégias estaduais para a discussão de saúde nos municípios rurais e remotos? Quais?
- A coordenação do Estado oferece algum apoio técnico (ex: imunização, vigilância epidemiológica, programas da AB)?
- A secretaria estadual de saúde fornece algum apoio financeiro aos municípios?
- Na sua opinião, quais problemas ou ações em relação à atenção básica nos municípios rurais e remotos poderiam ser enfrentados de forma regional?

4. AB no estado

- Algum município realiza ações específicas para atenção básica das populações de áreas rurais de difícil acesso?
- Existe algum tipo de ação de outras entidades (ONGS, sindicatos, organização de profissionais) que realizam ações de saúde no estado?
- As Forças Armadas atuam no estado no que se refere a oferta de ações de saúde? Quais são essas ações?
- As emendas parlamentares tem alguma influência na rede de atenção à saúde, e especificamente na APS do estado?

5. Relação AB e Atenção especializada (AE) ambulatorial e hospitalar

- Há uma rede de referência da atenção especializada, apoio diagnóstico e atenção hospitalar para os municípios do Estado? O Sr(a) pode descrever essa rede?
- Existem hospitais de pequeno porte? Como funcionam? Qual sua avaliação a respeito do papel destes hospitais na rede de atenção à saúde?
- E hospitais regionais? Quais e onde estão localizados no estado?
- Como o Sr(a) avalia a oferta e suficiência de consultas especializadas no estado?

- Como o Sr(a) avalia a oferta e suficiência de exames no estado?
- Como o Sr(a) avalia a oferta e suficiência de internação no estado?
- A SES identifica vazios assistenciais? Em quais áreas/procedimentos?
- Entre os procedimentos especializados, quais são realizados fora do estado?
- A oferta de atenção especializada no estado é majoritariamente pública ou privada para o SUS?
- De que forma as populações de municípios rurais e remotos acessam os serviços especializados? O Sr(a) percebe alguma dificuldade nesse acesso?
- Existe central de regulação estadual para procedimentos especializados e atenção hospitalar? Detalhe, por favor.
- O sistema de regulação possui alguma especificidade para população de municípios rurais e remotos?
- A SES dispõe de casas de apoio para tratamento mais prolongados? Como funcionam?
- Na sua opinião, quais são os principais problemas da regulação no estado?

6. Transporte sanitário e rede de urgência

- A SES dispõe de transporte sanitário para realização de procedimentos eletivos programados, exames complementares ou internação para tratamento fora de domicílio (TFD)? Como funciona? (O estado organiza ou é uma iniciativa municipal)
- Esse transporte também está disponível para populações que vivem em áreas rurais e de difícil acesso?
- Há outras opções de transporte sanitário no estado?
- No estado, qual a maior distância e tempo percorridos para acesso dos usuários a atenção básica? E para acesso a atenção especializada? E para a hospitalar?
- O Sr(a) considera esse tempo e distância como aceitáveis para o acesso da atenção especializada (exames diagnósticos, consulta ambulatorial ou atenção hospitalar)?

7. Coordenação do cuidado

- Como se dá a comunicação entre serviços de AB (municipais), serviços especializados, de apoio e hospitalares da rede estadual?
- Existe algum instrumento ou estratégia para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?
- A SES utiliza recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para facilitar a comunicação entre AB e AE? Quais?
- Há investimento na SES em telessaúde? Para que? Como?
- Utiliza outros recursos de Tecnologias de informação e comunicação - TIC (prontuário eletrônico, internet, telefone, e-SUS, Educação a distância, outros), para aumentar a abrangência das ações desenvolvidas na rede estadual, incluindo APS? Quais?
- Como se conformam a rede de atenção e os fluxos para agravos específicos nos municípios rurais e remotos (malária, agrotóxicos, outros)?

8. Força de trabalho em municípios rurais e remotos

- No Estado, comumente, tem falta de profissionais nos municípios? Quais? Em alguma região específica?
- O(a) Sr(a) identifica problemas para atração e fixação de profissionais no estado? E nas áreas rurais de difícil acesso?
- Existe alguma estratégia/incentivo da gestão estadual para atração e fixação de profissionais na AB, especialmente nas áreas remotas e rurais?
- O estado possui programas de integração ensino-serviço (estágio, PET, preceptorial, residência, internato)? Pode nos falar sobre essa experiência?
- Há disputa de profissionais para AB entre os municípios do estado?
- Houve ampliação da cobertura AB a partir do PMM?

- Houve algum tipo de mudança nesta relação após o PMM no estado?
 - Qual é a sua avaliação em relação ao PMM?
 - Considera importante a continuidade do PMM? Por que?
- 9. Intersetorialidade e Participação da comunidade**
- A SES se relaciona com outros setores para implementar algum programa? Como?
 - Quais atores regionais/locais/movimentos sociais influenciam na tomada de decisão sobre a política de saúde no estado? (associações comunitárias, religiosas, conselhos de saúde, associações de trabalhadores, entre outros)
- 10. Participação no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**
- A SES adota alguma estratégia junto aos municípios rurais e remotos para participação no PMAQ? Quais?
 - A SES identifica efeitos na organização e nas práticas de AB decorrentes da participação das equipes no PMAQ? Pode nos falar sobre estes efeitos?
- 11. Prevenção ao câncer de colo de útero (PCCU)**
- Quais os recursos disponíveis no estado para o rastreamento/controle do CCU? Como a população dos municípios rurais e remotos acessam esses recursos?
 - Como é o acesso do usuário a colposcopia no estado?
 - Como avalia a atuação da atenção básica no desenvolvimento das ações de CCU em municípios rurais e remotos?
- 12. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)**
- Quais os recursos disponíveis no estado para a linha de cuidado da HAS? Como a população dos municípios rurais e remotos acessam esses recursos?
 - Como é o acesso do usuário aos especialistas para HAS no estado (cardiologista, endocrinologista, oftalmologista, nutricionista)?
 - Como avalia a atuação da atenção básica no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial em municípios rurais e remotos?
- 13. Pré-natal, parto e puerpério**
- Quais os recursos disponíveis no estado para a linha de cuidado para pré-natal, parto e puerpério? Como a população dos municípios rurais e remotos acessam esses recursos?
 - Como é o acesso do usuário ao pré natal de alto risco no estado?
 - Como avalia a atuação da básica no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério em municípios rurais e remotos?
- 14. Em síntese:**
- Quais os principais avanços em relação a atenção básica em municípios rurais e remotos?
 - Quais os principais desafios em relação a atenção básica em municípios rurais e remotos?
 - O que o sr(a) considera que seria a melhor estratégia para garantir o acesso à atenção à saúde no SUS para populações que vivem em áreas rurais?

Muito obrigada (o) !!!

Síntese do Entrevistador

O território tem populações tradicionais?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

A Secretaria Estadual de Saúde desenvolve apoio à organização da AB na região/municípios?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

O gestor reconhece algum tipo de barreiras (geográficas, organizacionais e financeiras) para o acesso da população residente no estado às unidades básicas de saúde?

() sim () não.

() Barreiras geográficas. Especifique: _____

() Barreiras organizacionais. Especifique: _____

() Barreiras financeiras. Especifique: _____

() Outras. Especifique: _____

- Regionalização

Estratégias da SES para apoiar o fortalecimento de uma rede regionalizada?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

Há participação do gestor estadual na CIB?

() sim () não.

Há participação do gestor estadual na CIR?

() sim () não.

Discute-se iniciativas/estratégias estaduais para a discussão de saúde nos municípios/áreas rurais?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

A gestão estadual oferece algum apoio técnico ou financeiro (ex: imunização, vigilância epidemiológica, programas da AB)?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

- AB no estado

Algum município realiza ações específicas para atenção básica das populações de áreas rurais?

() sim () não.

Se sim, especificar: _____

- O estado investe em:

Telessaúde

() sim () não.

Prontuário eletrônico/ e-SUS AB

() sim () não.

Internet

() sim () não.

Telefone

() sim () não.

- Relação AB e AE ambulatorial e hospitalar

Para os municípios do estado, há uma rede de referência de:

Atenção especializada

() sim () não.

Apoio diagnóstico

() sim () não.

Atenção hospitalar

() sim () não.

Existem vazios assistenciais?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

Existem procedimentos especializados que são realizados fora do estado?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

O gestor percebe dificuldade de acesso das populações de municípios rurais e remotos nos serviços especializados?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

Há central de regulação estadual para procedimentos especializados e atenção hospitalar?

() sim () não.

Existem casas de apoio para os pacientes no estado?

() sim () não.

Há disponibilidade de transporte sanitário (TFD) no estado?

() sim () não.

Há Meios de transporte disponíveis para população das áreas de mais difícil acesso.

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

- Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a:

Atenção básica?

_____ km; _____ horas

Atenção especializada?

_____ km; _____ horas

Existe comunicação entre AB e AE?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

Existem recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para facilitar a comunicação entre AB e AE?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

Existem fluxos para agravos específicos nos municípios rurais e remotos do estado (malária, agrotóxicos, etc)?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

- Força de trabalho em municípios rurais e remotos:

Há falta de profissionais no estado?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

Há rotatividade de profissionais nas equipes de Atenção Básica?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

O gestor identificou problemas para atração e fixação de profissionais no estado?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

O gestor identificou problemas para atração e fixação de profissionais nas áreas rurais e remotas?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

O gestor identificou estratégias para atração e fixação de profissionais nas áreas remotas e rurais?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

O gestor identificou algum impacto com a saída dos médicos cubanos na atenção básica do Estado?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

- **Participação da comunidade, intersectorialidade e PMAQ**

O estado se relaciona com outros setores para implementar algum programa de saúde?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

Há participação da comunidade nas decisões sobre atenção básica no estado?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

O gestor estadual identificou efeitos na organização e nas práticas da equipe AB decorrentes da participação no PMAQ?

() sim () não.

Se SIM, especificar: _____

- **Traçadores: Prevenção do câncer de colo de útero; hipertensão arterial; pré-natal, parto e puerpério.**

A população dos municípios rurais e remotos acessam os recursos do estado para cuidado para prevenção de câncer de colo de útero?

() sim () não.

Especifique: _____

A colposcopia é realizada no estado?

() sim () não.

A população dos municípios rurais e remotos acessam os recursos do estado para o cuidado da HAS?

() sim () não.

Especifique: _____

Há acesso dos usuários aos especialistas para HAS no estado?

() sim () não.

A população dos municípios rurais e remotos acessam os recursos do estado para pré-natal, parto e puerpério?

() sim () não.

Especifique: _____

Há acesso do usuário ao pré natal de alto risco no estado?

() sim () não.

Especifique: _____

Observações do entrevistador - questões-chave:

Observações do entrevistador - eventos imprevistos, impressões sobre a entrevista, etc:

Data da entrevista: _____

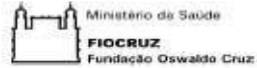
Hora de início: _____ Final: _____

Duração: _____

Entrevistador 1: _____

Entrevistador 2: _____

Entrevistador 3: _____



PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

Roteiro de Entrevista - PROFISSIONAIS DE SAÚDE (Médico e Enfermeiro)

Objetivos específicos

- Conhecer o processo de trabalho das equipes de atenção primária e como se conformam as intervenções em saúde em territórios rurais e remotos;
- Identificar modos de organização dos serviços de AB em territórios rurais e remotos;
- Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais e remotos.

➤ Data da entrevista:

➤ Hora de Início:

Final:

Duração:

➤ Entrevistadores:

Entrevistador:

- Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, ler e solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
- Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho.

Perfil do (a) entrevistado(a)

Tipo de território:

() Matopiba () Vetor Centro Oeste () Norte Águas () Norte Estradas

() Norte de Minas () Semiárido

Município/UF:

Tipo de entrevista:

Código ID:

Entrevistado (a):

Idade:

Sexo: () M () F

Formação profissional (graduação):

Universidade/Estado/País que concluiu a graduação:

Em que ano finalizou a graduação:

Pós-graduação:

Função atual:

Tempo de atuação nesta equipe (em meses):

Tempo de atuação em equipes ESF (em meses):

Outra experiência anterior na AB: () sim () não

No mesmo município: () sim () não () Não se aplica

Se em outro município. Em qual município/regional/estado:

Trabalho anterior:

Representação em órgão colegiado (ex: conselho local ou municipal de saúde, representação sindical, outros). Se sim, qual:

Local de trabalho atual (instituição/município):

Endereço profissional completo:

E-mail:

Telefone:

Vínculo Trabalhista no município:

Outro vínculo (além do cargo ocupado atualmente): () sim () não

Qual:

Instituição:

1. Características do território e população

- > Quais são as características da população residente na sua área de atuação? (Tamanho, faixa etária, sexo, povos e populações tradicionais, migração)
- > Quais são as condições de saneamento, abastecimento de água e esgotamento sanitário na sede do município? E como acontece em regiões rurais/de difícil acesso? (cisternas, reservatórios, microsistemas)
- > Especificidades da área rural: Quais os problemas de saúde que são mais comuns no seu território? Tem algum problema específico de área rural? Tem alguma ação específica que é realizado na área rural, seja da área da saúde ou por outros setores? (Malária, acidentes, agrotóxicos)
- > No território de atuação da equipe existe casos de exposição e intoxicação (contaminação direta ou indireta e/ou envenenamento por: agrotóxicos, alimentos, água contaminada, animais peçonhentos, outros)
- > Existe alguma situação climática em que as populações da sua área de atuação ficam isoladas ou precisam mudar de endereço temporariamente? (Cheias, secas)
- > Como está definida a área de atuação/adscrição da equipe de AB? E dos ACS?
- Nº de microáreas: _____
- Nº de ACS ativos: _____
- Nº médio de famílias por microárea: _____
- Nº total de pessoas cadastradas na equipe: _____
- Áreas descobertas: _____
- > Existe mapa do território na UBS?

2. Acesso

- > Na sua experiência quando o usuário precisa de atendimento, qual o primeiro serviço de saúde ou recurso da comunidade que ele procura? (UBS, UPA/urgência, hospital, farmácia, serviço particular, outros)? Existem outros serviços que a população procura?
- > O Sr (a) reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população residente da sua área de atuação às unidades básicas de saúde? Tem alguma barreira geográfica (distância, rio, tipo de transporte); Tem alguma barreira organizacional (horário de profissionais, ausência de algum profissional); Tem alguma barreira financeira? Pode falar sobre elas e dar exemplos?
- > Qual a maior distância e tempo percorridos para acesso das populações de áreas rurais para chegar à atenção básica? E acesso à atenção especializada? E para a hospitalar?

3. Estrutura da oferta AB

- > Como é a estrutura da UBS onde você atua?
- > A UBS onde você atua foi reformada ou está em reforma? Quais foram as melhorias decorrentes dessa reforma?
- > Quais os dias e horários de funcionamento da UBS?
- > Quais são os recursos disponíveis para que a equipe possa desenvolver ações de saúde? Fale sobre: medicamentos, coleta, encaminhamento, análise e resultado de exames, insumos, equipamentos, vacinas ou outros serviços disponíveis na UBS

Estrutura física	Consultório Médico ()sim ()não
	Consultório de enfermagem ()sim ()não
	Consultório de odontologia ()sim ()não
	Sala de dispensação de medicamentos ()sim ()não

3

Equipamentos/ Insumos	Sala de vacina ()sim ()não
	Aparelho de nebulização ()sim ()não
	Geladeira exclusiva para vacina ()sim ()não
	Glicosímetro com fita ()sim ()não
	Vacina tetravalente ou pentavalente ()sim ()não
Equipamentos de TIC	Teste rápido para sífilis ()sim ()não
	Teste rápido para HIV ()sim ()não
	Computador ()sim ()não
	Acesso à internet ()sim ()não

- > A equipe utiliza telessaúde? Para que? Como?
- > A equipe utiliza outras tecnologias de informação e comunicação - TIC (prontuário eletrônico, internet, telefone, Educação a distância - EAD, outros), para aumentar a abrangência das ações desenvolvidas na Atenção Básica? Quais?
- > A equipe utiliza e-SUS AB? ()sim ()não
- Fichas Coleta de dados Simplificados (CDS) ()sim ()não
- Prontuário eletrônico (PEC) ()sim ()não
- Envio da produção ao Ministério da Saúde () Direto da UBS () Somente pela secretaria de saúde - UBS entrega produção via pen drive () Somente pela secretaria de saúde - UBS entrega produção via e-mail () Somente pela secretaria de saúde - UBS entrega ficha para digitação na Secretaria

4. Processo de trabalho

- > Fale-nos sobre a composição da sua equipe AB (quantas equipes na UBS; Quais profissionais compõem cada equipe; outros profissionais além da equipe mínima; existência de saúde bucal, apoio matricial - NASF AB, ACS e outros profissionais além da equipe mínima, caso haja).
- > Quais as ações realizadas pela equipe?
- Consulta médica () sim () não
- Consulta de enfermagem () sim () não
- Consulta de odontologia () sim () não
- Imunização () sim () não
- Coleta de preventivo () sim () não
- Acompanhamento de hipertensão e diabetes () sim () não
- Saúde da mulher: () sim () não
- Pré-natal () sim () não
- Saúde da criança: () sim () não
- Saúde mental: () sim () não
- Dispensação de medicamentos () sim () não
- Coleta de material para exames de sangue, urina () sim () não
- Grupos de educação em saúde () sim () não. Quais?
- Desenvolve PSE () sim () não
- Suturas: () sim () não
- Remoção de cerume: () sim () não
- Retirada de unha encravada: () sim () não
- Programa de hanseníase: () sim () não
- Dispensa medicamentos para hanseníase: () sim () não
- Programa de tuberculose: () sim () não
- Dispensa medicamentos para tuberculose: () sim () não

4

Nas áreas/populações de difícil acesso são ofertadas as mesmas ações? Quais as especificidades da atuação das equipes nas áreas rurais?

- Essas ações são compartilhadas entre os médicos e enfermeiros? Quais? Como?
- Como está organizada a agenda da equipe (demanda espontânea e programada)?
- Como se organiza o processo de trabalho das EqAB para o atendimento à demanda espontânea?
- Há apoio assistencial do NASF? Como é esse apoio? Quais profissionais compõem?
- Há apoio assistencial do CAPS? Como é esse apoio? Quais profissionais compõem?
- A equipe realiza reuniões de equipe? Quais os assuntos trabalhados? Ocorrem com que periodicidade? Quem participa?
- Como são estabelecidas prioridades de ações da equipe? A equipe utiliza indicadores de saúde para estabelecer estas prioridades? Pode dar exemplos de atividades realizadas a partir dos indicadores de saúde?
- Quais são as ações de urgência desenvolvidas pela equipe?
- Caso realize ações de urgência, como a equipe se organiza para esse atendimento?
- E quando as urgências ocorrem fora do horário da UBS? Há equipe de plantão na UBS? (Composição da equipe de plantão; médico/enfermeiro acionado em casa; SAMU? Hospital? UPA?)
- Tem medicação para urgência básica? (pico hipertensivo, crise asmática, dor abdominal, febre alta)
- Quais são as situações mais comuns de demanda de atendimento de urgência e emergência em áreas e difícil acesso?
- Pode dar um exemplo de situação de urgência de áreas rurais que o(a) sr(a) atendeu?

5. Interculturalidade

- Que tipo de cuidadores tradicionais e práticas populares existem no território? (garrafadas, parteiras, curandeiros, benzedeiras, psjés, puxadores, outros)
- Como é a articulação entre cuidadores tradicionais e as equipes?
- A equipe/profissionais desenvolvem ações específicas junto às populações tradicionais (identificar a que tem no município). Pode falar sobre essas ações, como são desenvolvidas?
- As estruturas das UBS são adaptadas para atendimento a populações específicas (indígenas, quilombolas, ribeirinhos) – *Perguntar somente quando possuir essa população*

6. Relação AB e AE ambulatorial e especializada

- Há oferta de algum serviço especializado na UBS? Como se dá esta oferta? (atendimento ambulatorial de especialista periodicamente? Casos atendidos em juntas médicas/profissionais?)
- Quando o usuário precisa de algum serviço não disponível na UBS, como se dá o acesso? (Agendamento de consultas, exames, internação)
- Como a consulta/exame especializado é agendado?
- A marcação da consulta especializada/exame pela UBS () sim () não
- Marcação pelo usuário no setor de marcação () sim () não
- Acompanhamento da marcação de consulta especializada pela UBS () sim () não
- Quando o usuário é acompanhado por especialista, como acontece o acompanhamento pela equipe de AB? Há troca de informações entre o profissional da AB e especialistas (ambulatorial e internação)

- Há compartilhamento de responsabilidades pela coordenação do cuidado entre a equipe de AB e os profissionais da AE?
- Há espaços de diálogos, discussão de casos clínicos entre os trabalhadores da AB e AE em âmbito municipal? e regional?
- Algum recurso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) é utilizado para facilitar a comunicação entre AB e AE? Qual?

7. Transporte sanitário e rede de urgência

- O município disponibiliza transporte sanitário para os pacientes de áreas mais distantes do município? De que forma?
- Há algum transporte coletivo regular nas áreas mais distantes?
- O município disponibiliza transporte sanitário para tratamento fora de domicílio (TFD)? Para quais situações?
- Como se organiza o transporte de profissionais para as ações da equipe?
- O SAMU ou serviço de urgência similar atende áreas de rurais/ de difícil acesso? De que forma?
- Existe casas de apoio municipais/regionais/estaduais para os pacientes? Onde se localizam?

8. Força de trabalho em áreas rurais de difícil acesso

- A sua equipe AB, comumente, tem falta de profissionais? Quais? E rotatividade de profissionais?
- Qual a carga horária de trabalho do médico e enfermeiro na sua UBS? Eles trabalham todos os dias da semana?
- Quais as estratégias da equipe para lidar com a falta/rotatividade de profissionais?
- A elevada rotatividade de médicos afetou o trabalho da enfermagem? Como?
- A elevada rotatividade de enfermeiros afetou o trabalho do médico? Como?
- Você identifica problemas para atração e fixação de profissionais?
- Você identifica estratégias/incentivos da gestão para atração e fixação de profissionais, especialmente nas áreas rurais de difícil acesso?
- A equipe AB atua como espaço de formação para os programas de integração ensino-serviço (estágio, PET, preceptoria, residência, internato)? Pode nos falar sobre essa experiência?
- Você identifica ações de capacitação ou educação permanente para a equipe de Atenção Básica? Quais? Para quais membros da equipe? Ocorrem com qual frequência?
- Na sua equipe há/houve médico do PMM? Desde quando (mês/ano)? Nacionalidade?
- Você conhece o supervisor do PMM? O supervisor contribui para aperfeiçoamento do processo de trabalho da equipe? De que forma?
- Houve mudanças no processo de trabalho da equipe com a presença do médico do PMM? Pode falar sobre essas mudanças?
- Como você avalia a atuação do médico do PMM? Há diferenças em relação a atuação de médicos que não são do PMM?
- Considera importante a continuidade do PMM? Por que?
- A saída dos médicos cubanos teve algum impacto na sua UBS? Qual?

9. Intersetorialidade e Participação da comunidade

- Há alguma forma de participação da comunidade na AB? (Conselho local de saúde)

- Como se dá a participação da comunidade em relação às ações e práticas de saúde desenvolvidas pela equipe/profissionais de saúde? (associações comunitárias, religiosas, conselhos locais, associações de trabalhadores)
- A equipe AB desenvolve ações em parceria com outros setores de políticas públicas (educação, assistência social, meio ambiente, etc)? Pode nos falar sobre essas ações intersetoriais?
- Existe algum tipo de articulação da UBS com a Academia da saúde? Como?
- A equipe acompanha as condicionalidades do Programa Bolsa Família? Quantas famílias da sua área recebem bolsa família?

10. Participação no PMAQ

- Como foi sua experiência com o PMAQ?
- O Sr(a) pode nos falar sobre o processo de preparação da sua equipe para participar da avaliação do PMAQ?
- O Sr(a) identifica efeitos na organização e nas práticas da sua equipe AB decorrentes da participação no PMAQ?

Traçadores: Câncer de Colo de Útero; Hipertensão arterial; Pré-natal, parto e puerpério

11. Prevenção de câncer de colo de útero

- A UBS faz preventivo?
- Como é a divisão do trabalho entre médico e enfermeiro na prevenção do CCU?
- O ACS tem algum papel específico na prevenção ao CCU?
- Faz busca ativa das mulheres que não realizaram o preventivo? Como?
- Faz alguma atividade de educação em saúde para prevenção do CCU?
- Quanto tempo demora para receber o resultado do preventivo?
- Se o exame der alterado, o que é feito?
- Como é o acesso/fluxo da usuária a consulta com ginecologista e/ou colposcopia?
- Como se dá o seguimento das mulheres em tratamento?
- Há apoio psicológico e nutricional para as mulheres com diagnóstico de CCU?
- Como avalia a atuação da sua UBS no desenvolvimento das ações de CCU?

12. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

- A UBS faz controle dos usuários com hipertensão arterial? Como?
- Como é a divisão do trabalho entre médico e enfermeiro no cuidado a HAS?
- O ACS tem algum papel específico no cuidado à pessoas com HAS?
- Faz busca ativa para captação de HAS? (novos usuários e usuários com acompanhamento em atraso)? Como?
- Faz alguma atividade de educação em saúde para prevenção e controle da HAS?
- Faz estratificação de risco cardiovascular?
- Como é acesso aos medicamentos para HAS? A UBS dispensa medicamentos para HAS? ("Aqui tem farmácia popular?")
- Fornece informações sobre cuidados de higiene bucal ou prótese dentária?
- Como é o acesso/fluxo do usuário a especialistas quando necessário? (fundo de olho, HAS refratária)
- Como se dá o seguimento dos usuários com HAS quando encaminhados ao especialista?

- Como avalia a atuação das equipes de atenção básica da sua UBS no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial na AB?

13. Pré-natal, parto e puerpério

- A UBS faz acompanhamento de pré-natal e puerpério? Como?
- Como é a divisão do trabalho entre médico e enfermeiro no cuidado a gestante e puérpera?
- O ACS tem algum papel específico no cuidado à mulheres em pré-natal, parto ou puerpério?
- No acompanhamento de pré-natal, há participação do(a) parceiro(a)?
- Quais são os recursos disponíveis para que a equipe possa realizar o cuidado a gestante e puérpera? (teste de gravidez, testes rápidos, vacinação, ácido fólico, sulfato ferroso)
- Realiza preventivo durante o pré-natal, após o 3º mês?
- Faz busca ativa para captação de gestantes? (Para inscrição no pré natal no 1º trimestre e faltosas) Como?
- Faz alguma atividade de educação em saúde para gestante e puérpera?
- Identifica gestantes de alto risco?
- Como é o acesso/fluxo das gestantes de alto risco ao especialista?
- Como se dá o seguimento da gestante de alto risco?
- Tem algum lugar definido para o parto e informado à gestante no pré-natal?
- Como avalia a atuação das equipes de atenção básica da sua UBS no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério?
- Houve casos de mortalidade materna na área da UBS no último ano? Quantos? Houve investigação do óbito materno? E casos de sífilis congênita?
- Houve casos de mortalidade neonatal na área da UBS no último ano? Quantos? Houve investigação do óbito neonatal? Qual a causa?

14. Em síntese:

- Quais os principais avanços em relação a atenção básica na sua UBS/município?
- Quais os principais desafios em relação a atenção básica na sua UBS/município?
- O que o(a) sr(a) considera que seria a melhor estratégia para garantir o acesso à atenção à saúde no SUS para populações que vivem em áreas rurais de difícil acesso?

Muito obrigada(o)!!!

Síntese do entrevistador

Para autopreenchimento do entrevistador logo após a entrevista

- O território de atuação do profissional está definido? () sim () não
 Nº de microáreas: _____
 Nº de ACS ativos: _____
 Nº médio de famílias por microárea: _____
 Nº total de pessoas cadastradas na equipe: _____
 Áreas descobertas: () sim () não. Quais? _____
 O profissional identificou características da população residente na sua área de atuação? () sim () não. Se SIM, especifique: _____
 O profissional mencionou especificidades da área rural onde atua? () sim () não () não se aplica: Se SIM, especifique: _____
 O profissional mencionou a existência de alguma situação climática que provoca o isolamento da população na sua área de atuação? () sim () não. Se SIM, especifique: _____
 Rede geral de abastecimento de água com sistema de tratamento na sede () sim () não.
 Abastecimento de água em áreas rurais. Especifique: _____
 Tipo de esgotamento sanitário _____
 O profissional reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população residente da sua área de atuação às unidades básicas de saúde? () sim () não
 () Barreiras geográficas. Especifique: _____
 () Barreiras organizacionais. Especifique: _____
 () Barreiras financeiras. Especifique: _____
 () Outras. Especifique: _____
 Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a UBS?

Estrutura da UBS

Consultório Médico () sim () não
Consultório de enfermagem () sim () não
Consultório de odontologia () sim () não
Sala de dispensação de medicamentos () sim () não
Sala de vacina () sim () não
Aparelho de nebulização () sim () não
Geladeira exclusiva para vacina () sim () não
Glicosímetro com fita () sim () não
Vacina tetravalente ou pentavalente () sim () não
Teste rápido para sífilis () sim () não
Teste rápido para HIV () sim () não
Computador () sim () não
Acesso à internet () sim () não

Oferta de ações de atividades/serviços na UBS

- Imunização () sim () não
 Coleta de preventivo () sim () não
 Pré-natal () sim () não
 Dispensação de medicamentos () sim () não
 Coleta de material para exames de sangue, urina () sim () não

- Testes rápidos para gestante () sim () não
 Grupos de educação em saúde () sim () não Se SIM, quais: _____
 Apoio do NASF () sim () não. Se SIM de quais profissionais: _____
 Apoio do CAPS () sim () não
 Desenvolvimento de ações específicas junto às populações tradicionais? () sim () não. Se SIM, Quais: _____
 Nas áreas rurais são ofertadas as mesmas ações? () sim () não
 Estratégia específica para organização do processo de trabalho em áreas de difícil acesso () sim () não Se SIM, especifique: _____

Tecnologias de Informação e Comunicação (TICS)

- A equipe utiliza telessaúde? () sim () não Se SIM, especifique: _____
 A equipe utiliza e-SUS AB? () sim () não
 Fichas Coleta de dados Simplificados (CDS) () sim () não
 Prontuário eletrônico (PEC) () sim () não
 Envio da produção ao Ministério da Saúde: () Direto da UBS () Somente pela secretaria de saúde

Fluxo para atenção especializada

- Acesso do usuário a atenção especializada no SUS: () No município () Na região de saúde () Na capital
 Marcação da consulta especializada/exame pela UBS () sim () não
 Marcação pelo usuário no setor de marcação () sim () não
 Acompanhamento da marcação de consulta especializada pela UBS () sim () não
 Principal dificuldade de acesso à atenção especializada _____
 Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a atenção especializada ou hospital?
 Disponibilidade de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para facilitar a comunicação entre AB e AE? () sim () não
 Disponibilidade de transporte sanitário para os pacientes de áreas mais distantes do município? () sim () não
 SMS organiza transporte sanitário para atendimento fora do município? () sim () não
 Meios de transporte coletivo disponíveis para população das áreas de mais difícil acesso? () sim () não. Se SIM, especifique: _____
 Disponibilidade de transporte para profissionais acessarem UBS mais distantes? () sim () não. Se SIM, especifique: _____
 Formas de participação da comunidade na AB? () sim () não
 Outros setores envolvidos com ações para o desenvolvimento do seu município. () sim () não Se SIM, quais? _____
 Falta de profissionais na sua equipe? () sim () não. Se SIM, Especifique: _____
 Estratégias da equipe para lidar com a falta/rotatividade de profissionais? () sim () não. Especifique: _____
 Problemas para atração e fixação de profissionais? () sim () não. Especifique: _____
 Há/houve médico do PMM na equipe do profissional entrevistado? () sim () não
 O profissional identificou algum impacto com a saída dos médicos cubanos na UBS de sua atuação? () sim () não. Especifique: _____
 O profissional identificou efeitos na organização e nas práticas da equipe AB decorrentes da participação no PMAQ? Se SIM, Especifique: _____

Prevenção do câncer de colo de útero

A equipe faz preventivo? () sim () não
 Busca ativa () sim () não () Irregular
 Coleta de preventivo pelo(a) médico(a) () sim () não
 Coleta de preventivo pelo(a) enfermeiro(a) () sim () não
 Grupos de educação em saúde () sim () não () Irregular
 Colposcopia é realizada no município () sim () não

Hipertensão arterial

A equipe faz controle dos usuários com hipertensão arterial () sim () não
 Busca ativa () sim () não () Irregular
 Acompanhamento HAS pelo(a) médico(a) () sim () não
 Acompanhamento HAS pelo(a) enfermeiro(a) () sim () não
 Compartilhamento do cuidado entre médico(a) e enfermeiro(a) () sim () não
 Grupos de educação em saúde () sim () não
 Estratificação de risco cardiovascular () sim () não
 Dispensação de medicamentos HAS pela UBS () sim () não

Pré-natal, parto e puerpério

Equipe faz pré-natal () sim () não
 Equipe faz consulta de puerpério () sim () não
 Parto () No município () Na região () Na capital
 Parto de gestação de alto risco () No município () Na região () Na capital
 Busca ativa () sim () não () Irregular
 Acompanhamento pré-natal pelo(a) médico(a) () sim () não
 Acompanhamento pré-natal pelo(a) enfermeiro(a) () sim () não
 Compartilhamento do cuidado entre médico(a) e enfermeiro(a) () sim () não
 Grupos de educação em saúde () sim () não
 Lugar definido para o parto e informado à gestante no pré-natal () sim () não
 Pré-natal de gravidez de alto risco () No município () Na região () Na capital
 Casos de mortalidade materna na sua área no último ano () sim () não. Quantos ____
 Casos de mortalidade neonatal na sua área no último ano () sim () não. Quantos ____
 Casos de sífilis congênita na sua área no último ano () sim () não. Quantos ____

Observações do entrevistador - questões-chave:

Observações do entrevistador - eventos imprevistos, impressões sobre a entrevista, etc:

 Data da entrevista: _____
 Hora de Início: _____ Final: _____
 Duração: _____

Entrevistador 1: _____
 Entrevistador 2: _____
 Entrevistador 3: _____



PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

Roteiro de Entrevista - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Objetivos específicos

- Reconhecer as estratégias desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais e remotas;
- Identificar especificidades do trabalho do ACS em municípios rurais e remotos;
- Conhecer as dificuldades da população em municípios rurais remotos para acesso e uso dos serviços de saúde;
- Conhecer o trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família - ESF e na Estratégia Agentes Comunitários de Saúde - EACS.

➤ **Data da entrevista:**

➤ **Hora de Início:** **Final:** **Duração:**

➤ **Entrevistadores:**

Entrevistador:

- Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, ler e solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);
- Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho;

Perfil do (a) entrevistado (a)

Tipo de território:
 Matopiba Votor Centro Oeste Norte Águas Norte Estradas
 Norte de Minas Semiárido

Município/UF:

Tipo de entrevista:

Código ID:

Entrevistado (a):

Idade:

Sexo: M F

Tempo como ACS (em meses):

Escolaridade: Fundamental incompleto Fundamental Médio incompleto
 Médio Superior incompleto Superior

Representação em órgão colegiado (ex: conselho local ou municipal de saúde, representação sindical, outros). Sim Não. Se sim, qual:

Trabalho anterior:

No mesmo município: Sim Não

Local de trabalho atual (instituição/município):

Endereço profissional:

E-mail:

Telefone de contato:

Vínculo Trabalhista no município:

Outro vínculo além de ACS: Sim Não Qual:

Instituição:

Introdução

Antes de começarmos a abordar os temas da pesquisa, gostaríamos que nos contasse um pouco da sua experiência profissional até se tornar ACS, aqui no município/estado e/ou fora dele.

- Desde quando trabalha como ACS, mora na área de atuação? Como foi o processo seletivo?
- Qual o tipo da sua equipe (ESF, EACS, ESFR, ESFF)?

1. Características do território e população

- Como foi definida sua microárea/ território de atuação?
- O Sr.(a) é responsável pelo acompanhamento de quantas pessoas e famílias?
- Quais são as características da população residente em sua área de atuação? (Tamanho, faixa etária, sexo, povos e populações tradicionais, assentados, MST, indígenas, quilombolas)
- Como é a questão de saneamento básico no seu território: Abastecimento de água, tratamento, coleta e destino de lixo, esgotamento, destino dos dejetos?
- Quais os principais problemas sociais/ambientais/geográficos que você percebe no seu território? Tem algum problema específico de área rural?
- Existe alguma situação climática em que as populações da sua área de atuação ficam isoladas ou precisam mudar de endereço temporariamente? (Cheias, secas)
- Nestes casos, como o Sr.(a) faz para acompanhar estas pessoas/famílias?
- No território de atuação da equipe existe casos de exposição e intoxicação (contaminação direta ou indireta e/ou envenenamento por: agrotóxicos, alimentos, água contaminada, animais peçonhentos, outros).
- Quais os problemas de saúde que são mais comuns no seu território? Tem algum problema específico de área rural?
- Tem alguma ação específica realizada na área rural, seja da área da saúde ou por outros setores? (Malária, acidentes, agrotóxicos)

2. Acesso à UBS

- Em sua opinião quando a população de sua área precisa de atendimento em saúde, quais os serviços ou recursos da comunidade procura primeiro? (UBS, UPA, urgência, hospital, farmácia, consultório particular, outros).
- O Sr.(a) reconhece algum tipo de dificuldade/barreira para o acesso da população da sua área à UBS? O(a) Sr.(a) poderia dar exemplo de alguma barreira/dificuldade.
 - Geográfica (distância, rio, tipo de transporte)
 - Organização da UBS e da equipe (horários de profissionais, ausência de algum profissional)
 - Financeira que dificulta o acesso da população a esta UBS
- Qual a maior distância e tempo percorridos para acesso da população de sua área à UBS?
- Qual a forma habitual de deslocamento dos usuários da casa até a UBS: () a pé; () de ônibus; () de carro próprio; () outro meio. Especifique: _____
- Tempo gasto para deslocamento da casa até UBS: _____ minutos
- Quando é necessário tomar uma condução, quanto um usuário gasta com condução para ir e voltar da UBS: _____ Reais

3. Estrutura da UBS

- Quais os dias e horários de funcionamento da UBS?

- Como é a estrutura da UBS onde você trabalha? Considera a infraestrutura adequada para atendimento da população? E para o desenvolvimento do seu trabalho?
- A UBS disponibiliza os instrumentos necessários para desenvolver o trabalho nas comunidades e visitas? (ex: balança, folhetos educativos, fichas e-SUS, hipoclorito, sais de reidratação oral, protetor solar, uniforme, identificação funcional)
- O/a Sr/s necessita de transporte para realizar o seu trabalho? Há disponibilidade de transporte para realização de seu trabalho no território? Quem fornece o transporte? É adequado e suficiente para realizar suas atividades de ACS?

4. Processo de trabalho – escopo de práticas

- Fale-nos sobre a composição da sua equipe AB (existência de saúde bucal, apoio matricial – NASF, agentes de endemias, e outros profissionais além da equipe mínima, caso haja).
- Como é o seu trabalho na UBS? Que tipo de ações realiza dentro da UBS?
- Realiza acolhimento () sim () não. Como?
- Quais as atividades que você desenvolve no território? Pode nos falar quais as atividades que você como ACS realiza na sua rotina diária /semanal? Tendo como exemplo a última semana de trabalho que atividades o/a Sr/a realizou?
- Escopo das práticas: Quais as ações realizadas?
- Acompanhamento do pré-natal () sim () não. Como?
- O (a) Sr(a) sabe quantas gestantes tem na sua área?
- Acompanhamento do hipertensão () sim () não. Como?
- O (a) Sr(a) sabe quantos hipertensos tem na sua área?
- Acompanhamento de diabetes () sim () não. Como?
- O (a) Sr(a) sabe quantos diabéticos tem na sua área?
- Acompanhamento de caderneta vacinal () sim () não. Como?
- Acompanhamento de puericultura () sim () não. Como?
- O (a) Sr(a) sabe quantos menores de dois anos tem na sua área?
- Acompanhamento de pessoas com tuberculose () sim () não. Como?
- O (a) Sr(a) sabe quantas pessoas com tuberculose tem na sua área?
- Acompanhamento de hanseníase () sim () não. Como?
- O (a) Sr(a) sabe quantas pessoas com hanseníase tem na sua área?
- Acompanhamento de pessoas acamadas? () sim () não. Como?
- O (a) Sr(a) sabe quantas pessoas acamadas tem na sua área?
- Acompanhamento de pessoas de saúde mental? () sim () não. Como?
- O (a) Sr(a) sabe quantas pessoas de saúde mental tem na sua área?
- Realiza visita domiciliar () sim () não
 - Como é a visita domiciliar? O que faz na visita domiciliar? (Faz orientações sobre alimentação saudável? Controlar o peso? Dieta? Reduzir o sal na comida? Sobre a necessidade de realizar exercícios físicos? Para não fumar?)
 - Informa sobre a importância da água potável ou cisterna? () sim () não
- Realiza busca ativa () sim () não
 - Caso um usuário em acompanhamento falte à consulta marcada o/a sr/s procura o usuário?
 - O(a) Sr(a) comunica usuários sobre a marcação de consultas?
- Como são realizadas as atualizações de cadastro das famílias do seu território? Existe mapa do território na UBS em que atua?

5. Processo de trabalho – grupos e articulação com outros profissionais

- O(a) senhor(a) organiza ou participa de algum grupo com usuários? Como são organizados os grupos? (Para quais temas, como são os grupos e qual a sua frequência?)
 - Os grupos são sobre quais temas? (Ex.: hipertensão, planejamento familiar, etc) Detalhe os principais conteúdos. O que é feito no grupo?
 - Onde o grupo é realizado? UBS? Na comunidade?
 - Qual é a forma dos encontros? (palestras, oficinas, rodas de conversa, consulta coletiva?)
 - Quem conduz/coordena o grupo?
 - Quem participa dos grupos? Quantas pessoas em geral participam?
 - Com que frequência os grupos são realizados?
- Participa de reunião de equipe com outros profissionais além do enfermeiro?
- O(a) sr(a) desenvolve ações integradas com o agente de combate a endemias (ACE)? Quais?
- Existe Academia da Saúde aqui? Há algum tipo de articulação da UBS com a Academia da Saúde? O Sr(a) participa de alguma atividade na Academia da Saúde?
- Qual foi a ação/accompanhamento mais difícil que já teve que realizar nas áreas rurais de difícil acesso do seu território?

6. Formação e qualificação para o trabalho do ACS

- Existe algum profissional da equipe AB responsável por acompanhar ou fazer a supervisão de seu trabalho? Quem? Como é realizada? (*entrega da produção, número de visitas, número de gestantes, etc.*)
- Existe algum profissional da equipe AB responsável por realizar suas atividades de formação? Quem? Como é realizada?
- Quando iniciou o trabalho como ACS, que tipos de atividades de formação ou educação permanente para atuar como ACS você participou?
- Mais recentemente, participou de alguma formação em saúde? Quais?
- Qual o profissional da equipe de AB que o sr(a) tem maior proximidade para discussão de algum caso, realização de visita ou outra atividade na atenção básica?
- O Sr(a) pode nos falar sobre o processo de preparação da sua equipe para participar da avaliação do PMAQ?

7. Interculturalidade

- Existem cuidadores tradicionais e práticas populares em seu território de atuação? (garrafadas, parteiras, curandeiros, benzedeiras, pajés, puxadores, outros)
- Como é a articulação entre cuidadores tradicionais e a sua equipe?
- O Sr. (a) desenvolve ações específicas junto às populações tradicionais? Pode falar sobre essas ações, como são desenvolvidas?
- A população faz uso de plantas medicinais?
- A infraestrutura da sua UBS tem alguma adaptação especial para atendimento a populações específicas (indígenas, ribeirinhos)?

8. Relação AB e atenção especializada/hospitalar

- Quando um usuário de sua área precisa de alguma consulta com especialista, como é feita a marcação e para onde, geralmente, os usuários são encaminhados?
- Qual a maior distância e tempo percorridos para acesso ao serviço especializado?
- Quando o usuário precisa de algum exame especializado, como é feita a marcação e para onde, geralmente, os usuários são encaminhados?

- Quando a marcação da consulta com especialista ou exame é marcado, quem se responsabiliza por avisar ao usuário? Como é feita esta comunicação?
- O Sr. (a) consegue acompanhar se o usuário foi à consulta/exame especializado? De que forma realiza este acompanhamento?
- Quando um usuário de sua área precisa de uma internação hospitalar quais são os serviços de saúde disponíveis? Como consegue ser internado?
- Qual a maior distância e tempo percorridos para acesso ao hospital?
- Os usuários que recebem alta do hospital são acompanhados pela equipe AB/SF? Como? Como a equipe de AB é informada da alta hospitalar?
- O Sr(a) percebe alguma dificuldade nesse acesso ao especialista, aos exames especializados e à internação no hospital? Quais são estas dificuldades?

9. Transporte sanitário e rede de urgência em áreas rurais

- Há algum transporte coletivo regular nas áreas mais distantes?
- A população conta com transporte oferecido pela prefeitura para acessar os serviços especializados e o hospital? Como está organizado este transporte? (barcos, compra de passagens, vans, outros)
- Em uma situação de urgência, qual serviço a população procura? Como se dá o acesso?
- O SAMU, ambulância ou outro serviço de urgência móvel atende as áreas acompanhada pelo Sr. (a)? De que forma?
- Pode dar um exemplo de situação de urgência de áreas rurais que o(a) sr(a) acompanhou?

10. Intersetorialidade e Participação da comunidade

- A comunidade/ população de seu território participa das ações desenvolvidas em sua UBS? De que forma?
- Você participa do conselho municipal de saúde? Como? O CMS funciona?
- Há conselho local de saúde na UBS? Quem participa? Você participa do Conselho local de saúde?
- A equipe realiza alguma atividade com outras organizações da área como associação de moradores, sindicato, igrejas, ONG? Como? para quais ações?
- A equipe AB desenvolve ações em parceria com as escolas? Participa do PSE? (outros setores de políticas públicas educação, assistência social, meio ambiente, etc)?
- A equipe AB desenvolve ações em parceria com o serviço social? Quais?
- Acompanha condicionalidades do Bolsa Família?
- Pode nos falar sobre as ações desenvolvidas com escolas, associação de moradores, assistência social, igrejas, etc (intersetoriais)? O Sr(a) participa destas ações? Qual é sua participação?
- O(a) Sr(a). participa de alguma associação ou sindicato de ACS?

11. Força de trabalho em áreas rurais

- A sua equipe AB, frequentemente, tem falta ou rotatividade de profissionais? Quais?
- Quais são as estratégias de sua equipe AB para lidar com a falta de profissionais?
- O Sr. (a) tem contato com estudantes que realizam estágio em sua UBS? Desenvolvem alguma atividade conjunta? Quais?
- Na sua equipe há/houve médico do PMM? Desde quando (mês/ano)? Qual a nacionalidade?
- Houve mudanças no processo de trabalho da equipe com a presença do médico do PMM? Pode falar sobre essas mudanças?

- > Como você avalia a atuação do médico do PMM? Há diferenças em relação à atuação de médicos que não são do PMM?
- > Considera importante a continuidade do PMM? Por que?
- > A saída dos médicos cubanos teve algum impacto na sua UBS? Qual?

12. Prevenção do câncer de colo de útero

- > O Sr.(a) acompanha os usuários na linha de cuidado para prevenção do câncer de colo de útero?
- > O que o Sr(a) considera como maior contribuição do seu trabalho junto a equipe AB para a prevenção do câncer de colo de útero?
- > Quais ações realiza para prevenção do câncer de colo de útero?
- Convoca mulheres com preventivo atrasado () sim () não
- Convoca mulheres que nunca realizaram () sim () não
- Marca o preventivo () sim () não
- Avisa sobre a marcação do preventivo () sim () não
- Busca ativa no caso de falta ao preventivo () sim () não
- Realiza/participa em grupo educativo sobre CCU () sim () não
- Avisa sobre chegada de resultado do preventivo () sim () não
- Avisa sobre marcação consulta especializada/exame, realização de visitas a mulheres em tratamento de lesão precursora () sim () não
- > Como avalia a atuação de sua equipe AB no desenvolvimento das ações de CCU?

13. Hipertensão arterial

- > O Sr.(a) acompanha os usuários com hipertensão arterial?
- > O que o Sr(a) considera como maior contribuição do seu trabalho junto a equipe AB para a prevenção e o acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial?
- > Quais ações realiza para cuidado da Hipertensão?
- Visita domiciliar para informar a necessidade de fazer uma consulta para a pressão alta () sim () não
- Medida da pressão durante a visita domiciliar () sim () não
- Aviso sobre marcação de consulta na UBS () sim () não
- Aviso sobre marcação consulta especializada/exame () sim () não
- Busca ativa no caso de falta à consulta () sim () não
- Orienta sobre: como cuidar da pressão alta () sim () não
- Orienta sobre alimentação saudável () sim () não
- Orienta sobre exercícios físicos () sim () não
- Orienta para não fumar () sim () não
- Orienta para controle do peso () sim () não
- Durante a visita domiciliar o Sr.(a) verifica se os usuários estão tomando a medicação para pressão alta? () sim () não
- Durante a visita domiciliar o Sr. ajuda a compreender ou organizar as medicações nas doses e horários certos? () sim () não
- O Sr.(a) realiza algum outro tipo de procedimento junto aos usuários com HAS (glicemia, por exemplo)? () sim () não
- > Como avalia a atuação de sua equipe AB no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial?

14. Pré-natal, parto e puerpério

- > O Sr.(a) acompanha as usuárias na linha de cuidado para pré-natal, parto e puerpério?
- > O que o Sr(a) considera como maior contribuição do seu trabalho junto a equipe AB para o acompanhamento pré-natal, parto e puerpério?
- > Quais ações realiza para cuidado do pré-natal?
 - Visita durante a gravidez () sim () não
 - Busca ativa no caso de falta à consulta () sim () não
 - Visita na maternidade () sim () não
 - Visita logo após o parto () sim () não
 - Orienta sobre alimentação () sim () não
 - Orienta sobre cuidados bebê () sim () não
 - Orienta sobre sinais de trabalho de parto () sim () não
 - Organiza/participa em atividade educativa em grupo sobre PPP (amamentação, vacina, higiene, outros?) () sim () não
- > Como avalia a atuação de sua equipe AB no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal? E parto? E puerpério?

15. Em síntese:

- > O Sr.(a) identifica alguma ação da prefeitura ou de algum órgão público para fortalecer a atenção básica em seu município? Quais?
- > Quais os principais pontos positivos da atenção básica em seu município?
- > Quais os principais problemas e desafios em relação à atenção básica em seu município?
- > Gostaria de fazer mais algum comentário?

Muito obrigada(o)!!!

Síntese do Entrevistador

O território de atuação do ACS está definido? () sim () não
 N° de famílias na microárea do ACS: _____
 N° de pessoas cadastradas na microárea: _____
 O ACS identificou características da população residente na sua área de atuação?
 () Sim () Não. Se SIM, especifique: _____
 O ACS mencionou especificidades da área rural onde atua? () sim () não () Não se aplica
 Se SIM, especifique: _____
 O ACS mencionou a existência de alguma situação climática que provoca o isolamento da
 população na sua área de atuação? () sim () não. Se SIM, especifique: _____
 Abastecimento de água na área de atuação do ACS. Especifique: _____
 Tipo de esgotamento sanitário na área de atuação do ACS _____
 Primeiro serviço procurado pela população?
 O ACS reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população residente, na sua área de
 atuação, às unidades básicas de saúde? () sim () não
 () Barreiras geográficas. Especifique: _____
 () Barreiras organizacionais. Especifique: _____
 () Barreiras financeiras. Especifique: _____
 () Outras. Especifique: _____
 Forma habitual de deslocamento dos usuários da casa até a UBS: () a pé; () de ônibus; () de
 carro próprio; () outro meio. Especifique: _____
 Maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a UBS: _____
 Se necessário tomar uma condução, quanto um usuário gasta com condução para ir e voltar da
 UBS: _____ Reais

A UBS disponibiliza os instrumentos para o trabalho do ACS?
 () sim () não
 Balança () sim () não
 Folhetos educativos () sim () não
 Fichas e-SUS () sim () não
 Hipoclorito () sim () não
 Sais de reidratação oral () sim () não
 Uniforme () sim () não
 Identificação funcional () sim () não
 ACS utiliza algum transporte para realizar o seu trabalho? () sim () não. Se SIM
 especifique: _____

Composição da equipe:
 Médico () sim () não
 Enfermeiro () sim () não
 Técnico enfermagem () sim () não
 N° de ACS _____
 Outros integrantes: _____

Escopo das práticas
 Realiza visita domiciliar () sim () não
 Acompanhamento de caderneta vacinal () sim () não
 Acompanhamento do pré-natal () sim () não

Sabe quantas gestantes tem na sua área: () sim () não
 Acompanhamento de puericultura () sim () não
 Acompanhamento do hipertensão () sim () não
 Mede pressão nas visitas: () sim () não
 Sabe o número de hipertensos de sua área: () sim () não
 Sabe o número de diabéticos na sua área: () sim () não
 Sabe o número de menores de dois anos de sua área: () sim () não
 Acompanha pessoas com tuberculose () sim () não
 Acompanhamento de hanseníase () sim () não
 Sabe quantas pessoas acamadas tem na sua área: () sim () não
 Comunica usuários sobre a marcação de consultas: () sim () não
 Realiza atividades nas escolas: () sim () não
 Realiza atividades na UBS: () sim () não. Se SIM, especifique: _____
 Realiza acolhimento () sim () não
 Organiza ou participa de algum grupo com usuários? () sim () não. Se SIM, quais grupos?

Desenvolve ações integradas com o agente de combates a epidemias (ACE)? () sim () não.
 Se SIM, especifique: _____
 Há profissional responsável por realizar atividades de supervisão do ACS: () sim () não.
 Quem? _____
 Há profissional da equipe AB responsável por realizar atividades de formação do ACS:
 () sim () não
 Realizou algum curso de formação no último ano: () sim () não
 Desenvolve ações específicas junto às populações tradicionais? () sim () não. SE SIM,
 Quais? _____

Fluxo para atenção especializada
 Acesso do usuário a atenção especializada no SUS: () No município () Na região de saúde
 () Na capital
 Marcação da consulta especializada/exame pela UBS: () sim () não
 Marcação pelo usuário no setor de marcação: () sim () não
 Acompanhamento da marcação de consulta especializada pela UBS () sim () não
 ACS avisa o usuário sobre a marcação da consulta com especialista ou exame () sim () não
 Principal dificuldade de acesso à atenção especializada _____
 Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a atenção especializada ou hospital?
 Disponibilidade de transporte sanitário para os pacientes de áreas mais distantes do município?
 () sim () não
 SMS organiza transporte sanitário para atendimento fora do município? () sim () não
 Meios de transporte coletivo disponíveis para população das áreas de mais difícil acesso?
 () sim () não. Se SIM, especifique: _____
 Disponibilidade de transporte para profissionais acessarem UBS mais distantes? () sim ()
 não. Se SIM, especifique: _____
 Formas de participação da comunidade na AB () sim () não. Se SIM, especifique:

ACS participa do conselho municipal de saúde () sim () não
 ACS acompanha condicionalidades do Bolsa Família: () sim () não
 Há falta de profissionais na sua equipe? () sim () não. Se SIM,
 Especifique: _____
 Estratégias da equipe para lidar com a falta/rotatividade de profissionais? () sim () não
 Especifique: _____

Há/houve médico do PMM na equipe do ACS entrevistado? () sim () não
 O ACS identificou algum impacto com a saída dos médicos cubanos na UBS de sua atuação?
 () sim () não () Não se aplica. Se Sim especifique: _____

Prevenção de CCU

ACS acompanha os usuários na linha de cuidado para prevenção do câncer de colo de útero:
 () sim () não
 Convoca mulheres com preventivo atrasado () sim () não
 Convoca mulheres que nunca realizaram () sim () não
 Marca o preventivo () sim () não
 Avisa sobre a marcação do preventivo () sim () não
 Busca ativa no caso de falta ao preventivo () sim () não
 Realiza/participa em grupo educativo sobre CCU () sim () não
 Avisa sobre chegada de resultado do preventivo () sim () não
 Avisa sobre marcação consulta especializada/exame () sim () não
 ACS realiza visitas a mulheres em tratamento de lesão precursora () sim () não

Acompanhamento HAS

ACS acompanha os usuários com hipertensão arterial: () sim () não

Ações realizadas pelo ACS para cuidado de usuários portadores de HAS:

Visita domiciliar para informar a necessidade de fazer uma consulta para a pressão alta
 () sim () não
 Medida da pressão durante a visita domiciliar () sim () não
 Aviso sobre marcação de consulta na UBS () sim () não
 Aviso sobre marcação consulta especializada/exame () sim () não
 Busca ativa no caso de falta à consulta () sim () não
 Orienta sobre: como cuidar da pressão alta () sim () não
 Orienta sobre alimentação saudável () sim () não
 Orienta sobre reduzir o sal na alimentação () sim () não
 Orienta sobre exercícios físicos () sim () não
 Orienta para não fumar () sim () não
 Orienta para controle do peso () sim () não
 Durante a visita domiciliar o ACS verifica se os usuários estão tomando a medicação para
 pressão alta? () sim () não
 Durante a visita domiciliar o ACS ajuda a compreender ou organizar as medicações nas doses
 e horários certos? () sim () não

Acompanhamento do Pré-natal, parto e puerpério pelo ACS

ACS acompanha as usuárias na linha de cuidado para pré-natal, parto e puerpério () sim ()
 não

Ações realizadas pelo ACS para cuidado do PPP:

Visita durante a gravidez () sim () não
 Busca ativa no caso de falta à consulta de pré-natal () sim () não
 Visita na maternidade () sim () não
 Visita logo após o parto () sim () não
 Orienta sobre alimentação () sim () não
 Orienta sobre cuidados bebê () sim () não
 Orienta sobre sinais de trabalho de parto () sim () não

Organiza/participa em atividade educativa de grupo sobre PPP () sim () não

Observações do entrevistador - questões-chave:

Observações do entrevistador - eventos imprevistos, impressões sobre a entrevista, etc:

Data da entrevista:

Hora de Início: _____ Final: _____

Duração: _____

Entrevistador 1: _____

Entrevistador 2: _____

Entrevistador 3: _____

ANEXO 2 – 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**.