



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Cassiano Mendes Franco

**Atuação dos médicos da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos**

Rio de Janeiro

2023

Cassiano Mendes Franco

**Atuação dos médicos da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Lígia Giovanella.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Work of Primary Health Care doctors in rural and remote territories.

F825a Franco, Cassiano Mendes.  
Atuação dos médicos da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos / Cassiano Mendes Franco. -- 2023.  
182 f. : il.color, mapas.

Orientadora: Lígia Giovanella.  
Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.  
Bibliografia: f. 158-167.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da População Rural. 3. Médicos. 4. Territorialização da Atenção Primária. 5. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. I. Título.

CDD 362.104257

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348  
Biblioteca de Saúde Pública

Cassiano Mendes Franco

**Atuação dos médicos da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 27 de fevereiro de 2023.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Inez Padula Anderson  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vanira Matos Pessoa  
Fundação Oswaldo Cruz - Ceará

Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Cristina Rodrigues Fausto  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Eduardo Alves Melo  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lígia Giovanella (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Às populações do campo, floresta e águas e aos profissionais da Atenção Primária à Saúde que as cuidam com integralidade.

## AGRADECIMENTOS

Esta tese não seria possível sem o incentivo, apoio, cuidado e dedicação da professora Lígia Giovanella, a quem, de todo o coração, devo dizer: obrigado – em sua raiz, obligatus: ligado. Lígia me orientou em um acompanhamento generoso e afetuoso ao longo de extensa jornada, já desde antes do doutorado, em que as belas memórias que guardo de nossos encontros significaram aprender mais que pesquisa científica na Saúde Coletiva. Representaram uma inspiração para uma postura acadêmica, ética, política e humana por uma Atenção Primária à Saúde forte e autenticamente inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando a Reforma Sanitária ainda em luta e construção, desde seu cotidiano da prática.

Expresso ainda minha gratidão à professora Márcia Fausto, que me acolheu no formidável grupo da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil”. Agradeço toda doçura e consideração na participação deste grandioso projeto, que aninhou a corrente tese. Na equipe de pesquisa, quero destacar meu apreço e estima a Lucas Cabral e também à coordenadora adjunta da pesquisa, Helena Seidl. Agradeço às queridas coautoras dos artigos da tese: Juliana Gagno Lima, uma amiga e “madrinha” no doutorado, grande parceira na revisão integrativa de literatura; Aylene Bousquat, brilhante pesquisadora, com quem tive valiosa oportunidade de conviver e aprender na pesquisa; Patty Fidelis de Almeida, uma estimada referência, decisiva influência para mim antes e durante o doutorado.

Deixo meu agradecimento a todos os participantes da pesquisa, especialmente aos médicos, cujas entrevistas são analisadas nesta tese. Também agradeço aos companheiros da turma do doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fiocruz, aos colegas do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e ao Grupo de Trabalho em Medicina de Família e Comunidade Rural, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Por fim, quero reconhecer toda a ternura que recebi de meu companheiro de vida, Carlos César, durante o doutorado, sustentando minhas agonias e alegrias, estando presente no cuidado desde pequenos detalhes à atenção ativa nos pensamentos, análises, frustrações, descobertas e produções que envolveram a tese e o doutorado.

“E estou contando não é uma vida de sertanejo, seja se for jagunço,  
mas a matéria vertente”.  
(ROSA, 2006, p. 100)

## RESUMO

Territórios rurais remotos são invisibilizados em suas especificidades, sofrendo com iniquidades no acesso a serviços sociais. No setor saúde, além do acesso, destacam-se dificuldades na organização dos serviços e na força de trabalho em saúde (FTS). As estratégias em territórios rurais são fortemente baseadas na Atenção Primária à Saúde (APS), mas carecem de modelos ajustados a realidades desses territórios e são atravessadas por baixa atração e fixação de profissionais de saúde, especialmente de médicos, ademais da inadequação de práticas. O objetivo desta tese de doutorado foi analisar a atuação dos médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) em territórios rurais remotos. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, orientada por revisão integrativa de literatura internacional e análise de conteúdo de 46 entrevistas a médicos da ESF em 27 municípios rurais remotos (MRR), a partir de pesquisa nacional mais ampla. A tese resultou em três artigos. O primeiro consistiu de revisão integrativa de literatura internacional em 69 artigos selecionados. Os artigos foram categorizados em acesso, organização da atenção e FTS. Distinguiu-se temas centrais nesses três desafios em áreas rurais e estratégias transversais, como a atuação comunitária, modelos de extensão/visitação, tecnologias de informação e comunicação, acesso à assistência e formação e desenvolvimento profissional. O segundo artigo verificou que os médicos centravam suas atividades nas unidades básicas de saúde, principalmente nas sedes dos MRR. O conhecimento sobre características do território e da população era frágil, com raras ações no território, em um modelo itinerante e/ou campanhista, marcado por descontinuidade. A demanda espontânea foi priorizada em detrimento de ações de acompanhamento e planejamento do cuidado. No último artigo, observou-se que a atuação dos médicos era restrita a uma trajetória curta, de médicos jovens e formados no exterior, caracterizada por uma assistência limitada em sua abrangência e centrada no adoecimento agudo, com abordagem individual e biomédica. Havia dificuldades na adaptação sociocultural e no posicionamento social em MRR. Ocorriam tanto limites organizacionais dos municípios quanto de competências, sobretudo em atitudes, para atuação em áreas rurais. Os resultados da tese indicam a necessidade de se reforçar a interação com o território na atuação dos médicos, maior desenvolvimento da prática integral no modelo da ESF e direcionamento público no financiamento, formação e carreira na APS para o Sistema Único de Saúde, com especial visão para MRR.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da população rural; médicos; territorialização da atenção primária; conhecimentos, atitudes e prática em saúde.



## ABSTRACT

Remote rural territories are made invisible in their specificities, suffering from inequities in access to social services. In the health sector, in addition to access, difficulties in the organization of services and in health workforce stand out. Strategies for rural territories are strongly based on Primary Health Care (PHC), but lack models adjusted to the realities of these territories and are crossed by failures in attracting and retaining health professionals, especially doctors, in addition the inadequacy of practices. The objective of this doctoral thesis was to analyze the work of doctors from the Family Health Strategy (FHS) in remote rural territories in Brazil. Qualitative research was carried out, guided by an integrative review of international literature and content analysis of 46 interviews with FHS physicians in 27 remote rural municipalities (RRM), based on a broader national study. The thesis resulted in three articles. The first one consisted of the integrative review of international literature on 69 selected articles. Articles were categorized into access, organization of care and health workforce. Central themes in these three challenges in rural areas and transversal strategies were distinguished, such as community approach, extension/visit models, information and communication technologies, access to assistance and training and professional development. The second article found that physicians centered their activities in basic health units, mainly in the headquarters of the RRM. Knowledge about characteristics of the territory and the population was fragile, with rare actions at the territory, in an itinerant and/or campaigning model, marked by discontinuity. Spontaneous demand was prioritized over care actions of follow-up and planning. In the last article, it was observed that the work of doctors was restricted to a short trajectory, of young doctors trained abroad, characterized by limited assistance in its scope and centered on acute illness, with individual and biomedical approach. There were difficulties in sociocultural adaptation and in social positioning in the RRM. Limits both from municipalities' organization and from doctors' competences occurred, especially in attitudes, for acting in rural areas. The results of the thesis indicate the need to reinforce the interaction with the territory in the work of the physicians, greater development of integral practice in the FHS model and public direction in financing, training and career in PHC for the Brazilian Unified Health System, with a special vision for RRM.

Keywords: primary health care; rural health; doctors; territorialization in primary health care; health knowledge, attitudes, practice.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Municípios rurais e remotos no Brasil, 2017.....	47
Quadro 1 -	Características sociodemográficas dos MRR da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil” .....	48
Quadro 2 -	Categorias iniciais de análise.....	53
Quadro 3 -	Categorias finais de análise no segundo artigo da tese: “Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?” .....	54
Quadro 4 -	Categorias finais de análise no terceiro artigo da tese: “Saber fazer e ser dos médicos no rural remoto: inserção e atuação médica na Atenção Primária à Saúde no interior do Brasil” .....	55
Quadro 5 -	Chave de busca e resultados em número de artigos nas bases bibliográficas selecionadas, 2000 a 2019.....	57
Figura 2 -	Fluxograma da seleção de artigos.....	58
Artigo 1 Figura 1 -	Fluxograma da seleção de artigos.....	64
Artigo 1 Quadro 1 -	Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura, segundo autor/ano, periódico, métodos, localização por três primeiros autores e por campo de pesquisa e categoria.....	64
Artigo 1 Quadro 2 -	Síntese das principais estratégias para superar obstáculos do acesso, organização da atenção e força de trabalho em áreas rurais.....	77
Artigo 2 Figura 1 -	Municípios rurais remotos agrupados nas áreas da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais Remotos no Brasil” e respectivas médias de habitantes, área geográfica, densidade populacional, cobertura da ESF e internações por condições sensíveis à APS (ICSAPS), Brasil, 2019.....	94
Artigo 2 Quadro 1 -	Síntese dos principais achados sobre arranjos da atuação dos médicos da ESF no território e organização das suas atividades na UBS em municípios rurais remotos, Brasil, 2019.....	103
Artigo 2 Quadro 2 -	Falas ilustrativas da dimensão dos arranjos da atuação dos médicos no território em municípios rurais remotos, segundo categorias emergentes, Brasil, 2019.....	104
Artigo 2 Quadro 3 -	Falas ilustrativas da dimensão da organização das atividades dos médicos na Unidade Básica de Saúde em municípios rurais remotos, segundo categorias emergentes, Brasil, 2019.....	105
Artigo 3 Quadro 1 -	Categorias de análise da inserção e atuação de médicos em municípios rurais remotos.....	118
Artigo 3 Quadro 2 -	Síntese dos achados da inserção e atuação dos médicos da APS em MRR, Brasil, 2019.....	134

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Perfil dos médicos entrevistados, conforme áreas do estudo, idade, sexo, local de graduação, tempo de atuação na equipe e tipo de vínculo com o município.....	50
Artigo 1	Caracterização dos artigos selecionados por período e países (conforme instituições dos autores e campo de pesquisa) .....	68
Tabela 1 -		
Artigo 1	Categorias e temas dos artigos selecionados, 2000 a 2019.....	69
Tabela 2 -		
Artigo 2	Informações sobre perfil e vínculo profissional de médicos da ESF em municípios rurais remotos selecionados, Brasil, 2019.....	96
Tabela 1 -		
Artigo 3	Perfil dos médicos da ESF, municípios rurais remotos selecionados, Brasil, 2019.....	119
Tabela 1 -		

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CRM	Conselho Regional de Medicina
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FTS	Força de Trabalho em Saúde
Funrural	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAPS	Internações por condições sensíveis à APS
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
Mesh	Medical Subject Headings
MRR	Município Rural Remoto
Nasf	Núcleo Ampliado da Saúde da Família
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
Pnab	Política Nacional de Atenção Básica
Provab	Programa de Valorização da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO</b> .....	20
2.1	RURALIDADE E TERRITÓRIO.....	20
2.2	DESAFIOS NA SAÚDE RURAL.....	25
2.3	FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NOS TERRITÓRIOS RURAIS REMOTOS.....	31
2.4	POLÍTICAS PARA SAÚDE RURAL NO BRASIL.....	37
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	46
3.1	PESQUISA “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL” .....	46
3.2	SUJEITOS DA PESQUISA E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	49
3.3	REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA.....	55
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	59
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	60
4.1	ARTIGO 1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ÁREAS RURAIS: ACESSO ORGANIZAÇÃO E FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE EM REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA.....	60
4.2	ARTIGO 2 – ATUAÇÃO DOS MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS: ONDE ESTÁ O TERRITÓRIO?.....	91
4.3	ARTIGO 3 – SABER FAZER E SER DOS MÉDICOS NO RURAL REMOTO: INSERÇÃO E ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO INTERIOR DO BRASIL.....	114
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	145
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	158
	<b>ANEXO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS AOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS</b> .....	168

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo, desigualdades econômicas e sociais propiciam a concentração dos diversos recursos e melhores condições de vida nos circuitos econômicos centrais e urbanos (Santos, 2008). Isso significa que diferenças geográficas no acesso a serviços sociais impactam diretamente as populações rurais, com restrição de direitos sociais e desigualdades no financiamento à saúde (ILO, 2015). A exploração predatória do ambiente e a pobreza em territórios rurais e remotos resultam em piores condições de saúde e impulsionam a migração para áreas urbanas degradadas. Strasser (2003) afirma que as políticas globais de cidades saudáveis parecem assumir que todos viverão em cidades, negligenciando-se as áreas rurais, onde vive cerca de metade da população mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021) ressalta que, apesar da tendência de urbanização, um terço das pessoas no mundo ainda residirá em áreas rurais até 2050.

Territórios rurais e remotos na maioria dos países apresentam dificuldades de transporte e comunicação, além de escassez e distribuição desigual de profissionais de saúde, com piores condições de trabalho (Strasser, 2003; WONCA, 2021; ILO, 2015). A rede de serviços de saúde em territórios rurais, pouco diversificada em âmbito local e muitas vezes frágil em âmbito regional, convive com carências de unidades de saúde, desabastecimento e defasagem de insumos e de equipamentos (Brieger et al., 2015; Savassi et al., 2018; Ambruoso et al., 2019).

O problema da falta de acesso à saúde é evidente para os territórios rurais e remotos, representando desafio no nível global e nacional, no Sistema Único de Saúde (SUS). Pesam barreiras físicas (rios, dunas, igarapés, etc.), sazonais, de distância e de transporte, mas também organizacionais e sociais. A disponibilidade de serviços em áreas remotas, em geral é dependente de iniciativas públicas. Travassos et al. (2006) demonstram a grande predominância do SUS em áreas rurais: enquanto 45,4% dos atendimentos nas áreas urbanas, em 2003, foram feitos pelo SUS, nas áreas rurais, foram 71,7%. No entanto, o acesso limitado a serviços especializados no SUS e as barreiras financeiras no acesso aos escassos consultórios privados resultam em agravamento do estado de saúde da população, maior demanda aos hospitais, cuidados inadequados na Atenção Primária à Saúde (APS) e postergação do cuidado por parte dos usuários ao perceber a inadequação dos serviços às suas necessidades (Travassos et al., 2006).

Apesar de histórica iniquidade, a saúde rural no Brasil teve avanços, com expressiva diminuição de doenças infecciosas e parasitárias antes comuns e de formas graves de

desnutrição infantil (Coimbra Jr, 2018). Campanhas sanitárias e de vacinação foram importantes, mas se destaca a expansão da Atenção Básica, a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), com capilaridade para praticamente todo o território nacional. Em áreas rurais e remotas, a APS muitas vezes é o único recurso à saúde e tem sido continuamente reforçada globalmente como decisiva para o acesso à atenção integral à saúde (OMS, 2021; WONCA, 2021; ILO, 2015). Uma APS fortalecida, com recursos materiais e humanos adequados e devidamente integrada à rede assistencial e a outros setores, por conta de seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação) e derivados (abordagem familiar e comunitária e competência cultural) (Starfield, 2002) é especialmente potente em territórios rurais e remotos.

A consolidação da APS no SUS ainda enfrenta desafios em todo o Brasil, mas áreas rurais são mais vulneráveis a aspectos estruturais, por exemplo, de falta de financiamento, de políticas sólidas para força de trabalho em saúde (FTS), de infraestrutura e de integração com a atenção secundária e terciária (Fausto et al., 2019). Municípios mais afastados dos polos nas regiões de saúde apresentam maior dependência da APS na prestação de serviços no SUS (Travassos et al., 2006; Almeida et al., 2021). Na interiorização da pandemia de Covid-19, se por um lado a APS foi a principal responsável pelos cuidados e lançou mão de formas criativas de prevenir e assistir a população rural, por outro lado descortinou fragilidades estruturais e consequências mais graves a populações do campo, floresta e águas (Floss et al., 2020; Wollmann et al., 2022).

As políticas de saúde e de APS no SUS, de modo geral, dão pouca visibilidade às especificidades da saúde rural, e, aquelas voltadas ao tema, como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas e as Equipes de Saúde da Família ribeirinhas e fluviais, apesar de avançadas, foram pouco implementadas, sendo insuficientes para dar respostas condizentes aos importantes desafios da realidade rural e da extensão dos territórios rurais no Brasil (Silveira e Pinheiro, 2013, Carneiro et al., 2017). Essas limitações estão relacionadas à imprecisão do conceito de ruralidade, ainda amplamente identificado como subproduto do urbano, sem reconhecimento de suas especificidades (Miranda e Silva, 2013). Em 2017, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) reviu sua classificação de urbano e rural e, com a nova tipologia, a maior parte dos municípios brasileiros (60,4%) foram classificados como predominantemente rurais, sendo 323 rurais remotos (IBGE, 2017). Ainda que a generalização dessa tipologia em escala municipal não alcance a diversidade dos espaços geográficos, essa nova classificação corrige visão anterior na qual apenas 15% do território brasileiro era considerado rural (Savassi et al., 2018).

Na indefinição desses territórios nas políticas públicas, a visão que prevalece é a face agrária, sem expressar completamente a realidade rural contemporânea (Silveira e Pinheiro, 2013). A ausência de concepção mais aprofundada sobre os contextos rurais não contempla integralmente a diversidade de espaços-populações marcados não apenas pela economia agropecuária, mas também pelo extrativismo, pesca ou povos ribeirinhos, quilombolas, assentados, pantaneiros e indígenas. Há, portanto, pluralidade e singularidade de modos de vida nos territórios rurais e remotos. São contextos territoriais com características geográficas, históricas, econômicas, políticas e culturais específicas que incidem sobre a vida das pessoas que os habitam.

Assumindo a diversidade do território nacional, são poucos os avanços sobre a definição de critérios que possam particularizar realidades distintas, como é o caso dos territórios rurais e remotos. Wanderley e Favareto (2013) indicam certas premissas. A primeira é que o rural possui raízes históricas, devendo ser contextualizado e relacionado. A segunda é que a diversidade do rural brasileiro precisa estar bem visível para ser contemplada adequadamente nas políticas públicas. A última diz respeito à marginalização do rural nos projetos de desenvolvimento brasileiro, que gerou um vazio institucional a ser superado (Wanderley e Favareto, 2013).

Na realidade rural contemporânea, compreende-se que espaços urbanos e rurais têm intensa interação e influência mútua, de modo que podem mesclar-se e constituírem um gradiente urbano-rural nos espaços geográficos. Ainda assim, são diferenciados e os territórios rurais remotos são aqueles que mais carregam os traços característicos da ruralidade, inclusive das iniquidades decorrentes do arquétipo de desenvolvimento urbano-centrado (Kieling e Silveira, 2015; Carneiro e Sandroni, 2019). Modelos organizacionais propostos para a APS seguem tal tendência de basearem-se em cenários urbanos, sendo pouco expressivos para captar singularidades do contexto de territórios rurais e, especialmente daqueles remotos. Há lacunas de informação sobre as exigências e especificidades da conformação da APS em territórios rurais remotos (Coimbra Jr, 2018; Pessoa et al., 2018; Fausto et al., 2019).

Não obstante, programas de fortalecimento da ESF, como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Mais Médicos (PMM), penetraram em realidades distintas do território nacional, revisitando a importância da saúde rural no Brasil. O PMM trouxe luz sobre as demandas de FTS, sobretudo médicos, na APS em territórios rurais e remotos, para garantia do acesso integral à saúde. Marcado pela presença dos médicos cubanos e com formação estrangeira, o PMM suscitou



questionamentos sobre mais que o acesso meramente, mas sobre o acesso a uma atenção integral à saúde (Franco et al., 2018), sendo os territórios rurais e remotos os mais afetados após saída dos médicos cubanos do programa (Pessoa et al., 2018; Floss et al., 2020).

A pesquisa que originou esta tese teve como ponto de partida ambos os programas: PMM e PMAQ-AB. Pessoalmente, participei do PMM como supervisor, tanto em municípios no interior do estado do Rio de Janeiro como, integrando Grupo Especial de Supervisão, voltado a áreas remotas e de difícil acesso, no interior do Pará. Chamava a atenção as importantes disparidades na forma de oferta de cuidados e seus desafios em territórios rurais e remotos.

O papel dos médicos nesses territórios variava conforme experiência prévia, mas também conforme os recursos da unidade básica de saúde (UBS), da rede de serviços do município, do apoio da gestão municipal e das relações com os demais membros da equipe de saúde. Percebia, entre médicos brasileiros em geral, independente da formação de origem, consideração reduzida de aspectos subjetivos e culturais, bem como pouca iniciativa para ações comunitárias, enquanto, por outro lado, a função clínico-assistencial direcionava pressões para maior oferta de exames, protocolos e organização dos serviços de Atenção Básica. Ademais, questões como isolamento, privacidade e necessidade de práticas ampliadas eram sensíveis, especialmente para os médicos que não possuíam diploma validado no Brasil. Em sua maioria formados em outros países, além dos médicos precisarem se adaptar ao modelo da ESF, era relativamente comum se sentirem pouco preparados para a realidade de pobreza, casos frequentes de doenças infecciosas, de acidentes, de problemas de saúde mental e reprodutiva, e de dificuldade de acesso à atenção secundária e terciária.

Quanto ao PMAQ-AB, a partir da parceria da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com o Ministério da Saúde para a avaliação externa no terceiro ciclo do PMAQ-AB, dando-se conta dos imensos desafios para acesso nos municípios rurais remotos (MRR) durante a avaliação, Fausto et al. (2019) coordenaram pesquisa nacional intitulada “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil”. Tive a oportunidade de participar do processo desta pesquisa desde o seu início, com discussão dos instrumentos e visitas aos campos do estudo. Com interesse de compreender melhor a atuação da FTS, em particular os médicos, nesses territórios, o estudo para a tese se integrou a esta pesquisa nacional. As percepções enquanto supervisor do PMM se somam a evidências do PMAQ-AB de condições de trabalho muito heterogêneas na Atenção Básica (Bousquat et al., 2017), com capacidade também muito variável entre municípios para atrair, fixar e gerenciar profissionais, em detrimento dos de menor porte, como é o caso dos MRR (Fausto et al.,

2019).

As dificuldades de atração e fixação da FTS rural, principalmente de médicos, e de acesso à atenção secundária e terciária exigem dos profissionais que atuam em territórios rurais e remotos maior escopo de competências profissionais (Allan et al., 2008; Martin et al., 2016; Chater et al., 2016), bem como maior integração das práticas com outros níveis da assistência, com outros setores e mesmo dentro da própria APS (Wakerman et al., 2008; Savassi et al., 2018). Há um complexo papel dos profissionais de saúde na atuação em cenários rurais, que envolvem relações com os lugares e povos e questões de privacidade, visibilidade e isolamento (Allan et al., 2008; Wollmann et al., 2022; Chater et al., 2016).

Adiciona-se, no SUS, a complexidade nos papéis que médicos e enfermeiros assumem em trabalho que se espera integrado na ESF (Brasil, 2011; Brasil, 2017), sobretudo em contexto de carência crônica de médicos nos territórios rurais e remotos e no protagonismo da enfermagem na ESF, principalmente no interior do país (David et al., 2018). Modelos de boas práticas profissionais em saúde são fortemente baseados em contextos urbanos e ainda com muito peso de formação em ambiente hospitalar e de tradição biomédica, mantendo práxis e imaginário de sucesso profissional deslocados das realidades rurais (Strasser et al., 2016; Pei et al., 2018). O pouco reconhecimento de uma atuação médica especializada na APS, como é o caso da Medicina de Família e Comunidade, marginaliza ainda mais uma prática em cenários que não aqueles típicos da atenção ambulatorial e hospitalar (Pessoa et al., 2018; Chater et al., 2016; WONCA, 2021).

Dada a relevância do tema da saúde rural na atualidade e o papel crítico da FTS para garantia de atenção integral à saúde em territórios rurais e remotos, este estudo busca, então, debruçar-se sobre a atuação dos profissionais da APS em territórios rurais e remotos – detidamente os médicos. Vale destacar que, até a qualificação do projeto para a tese de doutorado, almejava-se uma análise compreendendo também a atuação dos enfermeiros. A importância dos enfermeiros na compreensão da atuação profissional na APS, ainda mais em territórios rurais remotos (pode-se supor), é evidente, haja vista o papel protagonista que desempenham na ESF e as questões de integração multiprofissional anteriormente ressaltadas para a prática rural. A princípio, considerou-se conveniente analisar em conjunto os médicos e enfermeiros na pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil”, posto que foi utilizado um mesmo instrumento de pesquisa a ambos os profissionais. Contudo, após a fase de campo da pesquisa e examinando o volume muito extenso de material de análise, optou-se por recorte sobre a atuação dos médicos, dada a trajetória acadêmico-profissional do pesquisador como médico e agente de formação de

médicos na APS.

A elaboração da tese partiu de algumas questões de pesquisa. Foram elas: quais as experiências internacionais para enfrentar desafios centrais do acesso, organização e FTS na atenção à saúde em áreas rurais? Quais são os arranjos e dilemas do processo de trabalho na ESF em territórios rurais e remotos para a garantia do cuidado integral de populações rurais? Como se caracteriza a abrangência da atuação dos médicos na Atenção Básica em territórios rurais e remotos?

Na análise da atuação dos médicos da APS/ESF em territórios rurais remotos, um aspecto relevante foi sistematizar a literatura científica acerca do tema da saúde rural, especialmente os desafios centrais envolvidos com acesso, organização e FTS. São mais bem estabelecidas na literatura prerrogativas sobre as práticas de APS em áreas rurais a partir dos desafios colocados que o “estado da arte” dessas práticas. São escassas as publicações que tratam sobre o trabalho em saúde rural sob uma perspectiva empírica e em base nacional, sendo mais comuns abordagens isoladas e dispersas ou relacionadas a temas mais específicos da saúde rural, como experiências em comunidades indígenas ou ligadas a questões de agrotóxicos. Destacam-se aqui referências de Savassi et al. (2018), Pessoa et al. (2018) e Targa et al. (2013) que sinalizam amplamente as necessidades da atuação profissional nos cenários rurais.

Neste sentido, o corrente projeto de tese se reforça, ao buscar analisar dados primários obtidos com os médicos da ESF de múltiplos municípios na pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil”, realizada em 2019. Com pouca produção acadêmica na Saúde Coletiva de investigações em cenários rurais e remotos e carência de modelos de atenção na APS para esses cenários no Brasil, exigiu-se uma revisão de estudos internacionais que dessem um contorno da atuação em territórios rurais remotos. Acesso, organização e FTS foram tomados como questões centrais em saúde rural, sendo crucial a FTS, uma vez que não bastam os equipamentos e os modelos de organização em territórios rurais e remotos sem pessoal qualificado para operacionalizá-los. Um pressuposto foi que formas de cuidados primários nesses territórios devem considerar especificidades de contexto e modos de superar barreiras geográficas, organizacionais e sociais já conhecidas.

Outra consideração importante para a análise da atuação dos médicos em territórios rurais remotos no Brasil foi compreender o processo de trabalho na APS, a partir do modelo da ESF, com base em território adscrito, que, no entanto, em territórios rurais e remotos, enfrenta dilemas para a atuação plena nos atributos da APS, devido à dispersão populacional e fluxos diferenciados da lógica urbana (Fausto et al., 2018; Pessoa et al., 2018). Como se

íntegra (ou não se integra) uma atuação na UBS e no território nos MRR foi uma questão em aberto. Uma hipótese era que possíveis tensões a esse modelo poderiam advir da maneira como os profissionais assumem seu papel na ESF segundo os atributos da APS e dos direcionamentos das políticas de saúde, eventualmente pouco adequadas ou bem incorporadas em determinadas realidades rurais.

Considera-se que práticas abrangentes são fundamentais para o acesso íntegral à saúde em territórios rurais e remotos. No meio internacional, a integralidade das práticas na APS costuma ser traduzida como abrangência (*comprehensiveness*), adquirindo um sentido de uma ampla carteira de serviços a ser ofertada (Conill, 2004). Assim, abrangência das práticas comumente é investigada por um escopo de ações variadas que os profissionais sabem e fazem realizar. O Brasil, na tradição da Reforma Sanitária, incorporou um sentido de integralidade das práticas que incluiu também um modelo de abordagem biopsicossocial, considerado íntegral e contracorrente ao paradigma vigente e reduzido de práticas conhecido como biomédico (Rodrigues & Anderson, 2018; Franco et al., 2018).

A atuação profissional pode ser compreendida como uma figura de linguagem relacionada ao teatro, que inclui gestos, discursos, movimentos do ator dentro de um palco e enredo. Ellery et al. (2013) definem a atuação profissional como constructo de uma lógica da profissionalização – que regula posse de conhecimentos específicos e mercado de trabalho, além de disputar poder e prestígio – combinada a um contexto de realização das práticas. A atuação profissional, em especial na Saúde Coletiva, onde a APS se integra, possui um “núcleo”, que demarca a identidade de uma área de saber e prática, e um “campo”, um espaço de limites imprecisos onde as disciplinas e profissões (re)(inter)agem sobre as demandas de seu cotidiano (Campos, 2000). Isso significa que a análise da atuação dos médicos em sua abrangência requer perceber também sua inserção no cenário de práticas. Tal corolário é particularmente relevante em territórios rurais remotos, onde, além da importância de ofertar um leque ampliado de ações de saúde na APS (Savassi et al., 2018; Chater et al., 2016), aspectos sensíveis de territorialidade influenciam modos de atuação (Allan et al., 2008).

Portanto, o **objetivo geral** deste trabalho foi analisar a atuação dos médicos da Estratégia Saúde da Família em territórios rurais e remotos. Os **objetivos específicos** foram: identificar e analisar desafios e estratégias para acesso, organização da atenção à saúde e força de trabalho em saúde na Atenção Primária à Saúde em áreas rurais e remotas; compreender o perfil de atuação dos médicos da Estratégia Saúde da Família no território e na Unidade Básica de Saúde em municípios rurais remotos; analisar a inserção e atuação de

médicos em territórios rurais remotos a partir das práticas e seus desafios na Estratégia Saúde da Família em municípios rurais remotos.

A tese está estruturada em contextualização do tema do estudo, métodos, resultados e considerações finais. A contextualização do tema de estudo ilumina aspectos conceituais e conjunturais que embasam a construção da tese: ruralidade e território, desafios na saúde rural, FTS nos territórios rurais remotos, políticas para saúde rural no Brasil. Esses pontos, afora o último, que trata apenas do Brasil, abordam tanto uma perspectiva geral, do que ocorre em todo o mundo, quanto sobre a realidade brasileira. Os métodos mostram que foi realizado um estudo qualitativo, a partir de revisão integrativa de literatura e análise de conteúdo de entrevistas dos médicos da ESF em MRR, sendo parte dos dados primários obtidos pela pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil” (Fausto et al., 2019), apresentada com mais detalhes nesta seção, junto com os procedimentos metodológicos para a investigação do objeto da tese.

Os resultados da tese são apresentados no formato de três artigos científicos, respondendo aos objetivos da pesquisa. Os títulos dos artigos são: “Atenção Primária à Saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura”; “Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?”; “Saber fazer e ser dos médicos no rural remoto: inserção e atuação na Atenção Primária à Saúde no interior do Brasil”. Os dois primeiros artigos já foram submetidos e aprovados para publicação – o primeiro nos Cadernos de Saúde Pública, o segundo da Revista Ciência e Saúde Coletiva. O último artigo está formatado para submissão posterior à defesa da tese, após sugestões da banca de avaliação. Por fim, as considerações finais da tese sintetizam os achados e discussões dos resultados do trabalho.

A análise da atuação dos médicos da ESF em territórios rurais remotos do SUS tratada nesta tese contribui com o tema da saúde rural, sendo um desafio reconhecido no Brasil e no mundo. Ainda pouco abordado na literatura acadêmica e em análises empíricas, o recorte da pesquisa também é oportuno pela abrangência da pesquisa nacional realizada na APS de MRR brasileiros. Ao oferecer uma visão da atuação dos médicos na APS em uma perspectiva tão larga e ao mesmo tempo profunda no território brasileiro, este trabalho favorece uma noção de práticas que interessam a territórios rurais remotos e além. Ao invés de partir de modelos urbanos como lugar-comum, como a atuação dos médicos na APS se faz nos territórios rurais remotos leva a refletir sobre que atuação contextualizada se realiza em outros cenários.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

O objeto desta tese é a atuação dos médicos da ESF em territórios rurais remotos. Em vista de melhor delineamento do objeto e de uma perspectiva que aponte pontos de partida para o trabalho, aborda-se neste capítulo referenciais teóricos e uma breve situação do problema da pesquisa no âmbito mundial e nacional, bem como um arcabouço político acerca da saúde rural, que dão contexto ao tema de estudo. São tratados como assuntos de contextualização: ruralidade e território, desafios na saúde rural, força de trabalho em saúde nos territórios rurais remotos e políticas para saúde rural no Brasil.

Uma vez que a tese estuda a atuação dos médicos em territórios rurais, importa compreender melhor o que significa ruralidade e território. No mesmo sentido, vale ampliar a visão sobre os desafios da ruralidade na perspectiva do campo da saúde, tanto em cenário internacional quanto nacional. Enfocando a atuação dos médicos, um subitem sobre força de trabalho em saúde contorna a problemática da inserção dos profissionais de saúde nos territórios rurais remotos. Por fim, descreve-se políticas para saúde rural no Brasil, que, por princípio, conformam a atuação dos médicos dentro das estratégias do país traçadas para a questão da saúde rural.

### 2.1 RURALIDADE E TERRITÓRIO

A noção do que é rural hoje, no mundo e no Brasil, carrega elementos históricos, culturais e políticos intrincados. No campo das ciências sociais, a ruralidade tem sido problematizada a partir de questões de identidade (Carneiro e Sandroni, 2019; Wanderley e Favareto, 2013), de relações com a natureza (Carneiro et al., 2017; Moreira, 2019), de categorias de hegemonia e contra hegemonia (Moreira, 2019). Concepções de ruralidade historicamente associam um contexto geográfico à estruturação dos sistemas sociais (Wanderley e Favareto, 2013; Jollivet, 1997), partindo de determinado imaginário de desenvolvimento (Leite e Bruno, 2019). Para Carneiro e Sandroni (2019), os principais enunciados sobre os significados de ruralidade evidenciam um caráter político.

A distinção entre meios urbanos e rurais estabelecida no senso comum expressa uma construção da clivagem entre os dois espaços que não é meramente objetiva nem neutra. Esse processo se conformou principalmente a partir da ótica das cidades, predominando uma visão do rural vinculada à atividade agrícola e a uma imagem de atraso, de tradição e de resistência à modernidade (Miranda e Silva, 2013). Nesse horizonte, o rural tenderia a

desaparecer, com o crescimento e desenvolvimento da sociedade de matriz urbana, transpondo valores, características e práticas sociais tidas como ultrapassadas (Strasser, 2003).

A construção de um ideário que contrapõe o urbano ao rural se torna mais clara no Brasil com o advento da República e tem seu marco com o Decreto Lei 311, de 1938, válida ainda hoje para classificações oficiais, que delega aos municípios a delimitação dos perímetros urbanos, considerando fora destes os espaços rurais (Wanderley e Favareto, 2013). Daí que a definição de ruralidade passou a representar uma antítese do urbano, sendo identificado não por suas características próprias, mas por não ser cidade. O ideário republicano também propiciou que projetos de desenvolvimento no campo fossem executados segundo parâmetros, visões e modos de viver urbanos (Grisa e Delgado, 2019).

O avanço sobre o território nacional foi representado, principalmente após a industrialização, por um movimento de dominação do litoral sobre o sertão, no que se quer dizer: da cidade sobre o campo (Carneiro e Sandroni, 2019; Wanderley e Favareto, 2013). Desde a segunda metade do século XX, a “modernização” do campo, com a introdução da mecanização, de cultivos geneticamente modificados e da aplicação de insumos químicos tóxicos em larga escala, significou a entrada de relações de acumulação de capital até então pouco penetradas no meio rural. Além disso, reforçou uma visão restrita do rural à realidade agrária, desconsiderando ambientes e usos diversos dos múltiplos territórios rurais, avançando o que veio a se denominar como agronegócio como forma hegemônica de desenvolvimento rural (Carneiro e Sandroni, 2019).

Com o aumento da mais valia no emprego de tecnologia para produção rural e a instalação de cadeias agroindustriais de *commodities*, em que pequenos produtores não foram capazes de competir, agravaram-se condições de pobreza, acentuadas no Brasil pela concentração fundiária (Carneiro et al., 2017). Desencadeou-se um êxodo rural e submissão à degradação e marginalização nas cidades, apesar de constantes e diversas lutas de resistência, em conflitos de terra, ambientais e culturais que persistem até hoje em todo o país (Wanderley e Favareto, 2013). Ainda predominam projetos de desenvolvimento no Brasil calcados na hierarquia da cidade sobre o campo. Nessa visão, criou-se uma naturalização da precariedade na estrutura de serviços em cenários rurais, de modo que quando tais serviços são ofertados, são considerados como critério de urbanização (Carneiro e Sandroni, 2019; Carneiro et al., 2017).

Com a transformação do mundo globalizado pelo fluxo intenso de mercadorias, pessoas e informações, junto com a expansão (territorial e simbólica) das cidades, há maior

proximidade ou até mesmo mesclagem entre espaços urbanos e rurais, complicando suas distinções. Os movimentos de populações urbanas e rurais se influenciam mutuamente e criam áreas “rururbanas” de forma crescente (Kieling e Silveira, 2015). O espaço rural também passa a abrigar usos urbanos para o lazer, turismo ou de locais privilegiados de moradia em áreas adjacentes a metrópoles e cidades, capturando as áreas rurais para processos típicos do capitalismo urbano (Delgado et al., 2013a). Para Wanderley e Favareto (2013), essa ressignificação do rural tem sido emblemática nos países ocidentais desenvolvidos, sobretudo na Europa, originando o denominado “renascimento rural”. Entre seus principais efeitos estão a transformação dos agricultores em categoria minoritária e a supervalorização das funções residenciais em detrimento das funções produtivas, assistindo a uma ruptura do espaço rural como lugar de moradia e trabalho (Wanderley e Favareto, 2013).

Nos dias atuais, a oposição do rural ao urbano tem dado lugar a uma ruralidade em relação recíproca com a cidade, além de se reconhecer sua multiplicidade de ambientes, funções econômicas, povos e modos de vida (Kieling e Silveira, 2015; Miranda e Silva, 2013). Mesmo assim, de modo geral os espaços rurais demonstram, em contraste às cidades, diferenças ocupacionais (via de regra predominam atividades primárias) e ambientais (relação mais próxima com a natureza e exposição às condições climáticas) (Carneiro et al., 2017). Além disso, as densidades populacionais são baixas e reconhece-se que as comunidades tendem a ser mais homogêneas em suas características psicossociais, tais como linguagem, crenças, tradições, padrões de comportamento (Carneiro et al., 2017). Em comparação às cidades, a vida econômica é menos dinâmica, há menor divisão do trabalho, a população se mobiliza menos por deslocar-se menos de um lugar para o outro, de uma ocupação para outra, de uma posição social para outra e as interações sociais são menos variadas e intensas, porém mais profundas que no meio urbano (Carneiro et al., 2017).

Delgado et al. (2013b) chamam a atenção que essas concepções mais contemporâneas de ruralidade, presentes principalmente no debate acerca das classificações que produzem determinadas cartografias sobre o rural, restringem-se ao meio acadêmico ou a determinados setores da administração pública, mas são pouco assimiladas pela sociedade em geral. A definição do rural, muitas vezes ainda tomada a partir de características isoladas e descontextualizadas em tipos sem comunicação, de acordo com Carneiro e Sandroni (2019), devem antes se submeter a uma abordagem reflexiva na tipologia, de modo a ficarem explícitos os interesses e objetivos da classificação. Como corolário, o rural não pode ser visto de forma isolada, precisando ser enxergado em relação ao urbano e em projetos de



desenvolvimento integrados a projetos para a sociedade, ou seja, todos os cidadãos.

Destacam-se projetos de desenvolvimento e classificações de territórios rurais discutidos pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) desde os anos 1990 (Delgado et al., 2013b; OCDE, 2010). Essas discussões geraram classificações dos territórios rurais, que foram sucessivamente acrescentando mais elementos, para se aproximar da complexidade do debate sobre ruralidade (Delgado et al., 2013b).

Jollivet (1997) assinala o uso da categoria rural em três possibilidades de classificação: administrativa, para fins de gestão territorial; morfológica, sendo simultaneamente sociológico e geográfico e reconhecendo dois “rurais” – um rural “urbanizado” e um rural “profundo”; e, por fim, o uso a partir da representação coletiva historicamente construída entre população e território. Coerente a este último uso, Wanderley e Favareto (2013) sublinham três premissas centrais para uma tipologia rural contemporânea brasileira: i) o rural é historicamente enraizado e deve ser contextualizado e relacionado; ii) a diversidade do rural brasileiro precisa estar bem visível para ser contemplada adequadamente nas políticas públicas; e iii) a posição periférica histórica do rural nos projetos de desenvolvimento brasileiro gerou um vazio institucional a ser superado. Os autores ressaltam que para enxergar mais amplamente as populações rurais é preciso levar em conta territórios que abrangem também cidades e vilarejos como parte da realidade rural.

Essas tendências de nova compreensão sobre a ruralidade refletiram no Brasil, cujo marco foi a revisão da tipologia de rural-urbano do IBGE em 2017, notadamente com várias influências da classificação da OCDE, mas também incorporando o debate acadêmico interno. A nova tipologia agrega um conjunto complexo de informações, mensurando densidade demográfica, acessibilidade a centros urbanos e acesso a bens e serviços mais elaborados. Embora limitado pela escala municipal – cujas realidades são geralmente bastante heterogêneas em seu interior – o método empregado vem responder a uma série de questionamentos sobre o critério antes adotado, do Decreto Lei 311 de 1938, mencionado anteriormente, onde as zonas rurais no país eram representadas pela presença de apenas 15% da população (Savassi et al., 2018).

Essa distorção foi melhor corrigida com a classificação dos municípios em predominantemente urbanos, intermediários e predominantemente rurais e, nestes últimos, entre rurais adjacentes e rurais remotos. Desse modo, foi possível enxergar a maior parte do território brasileiro sendo rural: 60,4% dos seus municípios predominantemente rurais, sendo 54,6% adjacentes e 5,8% remotos (IBGE, 2017). A nova classificação abre caminhos

para que pesquisas e políticas públicas possam captar as diferenças dos espaços urbanos e rurais. Um exemplo foi o novo financiamento da Atenção Básica (Brasil, 2019), que, não obstante seu caráter geral restritivo, apoiou-se na tipologia do IBGE para definir maior financiamento a municípios rurais adjacentes e remotos.

Essa subdivisão do rural entre adjacente e remoto, presente tanto na classificação do IBGE como na da OCDE, configura-se no que Jollivet (1997) considera como uso morfológico da categoria rural, que contempla aspectos geográficos e sociológicos, distinguindo um rural urbanizado de um rural profundo. Nos territórios rurais remotos, as marcas de distinção entre ruralidade e urbanidade são mais visíveis, tanto na paisagem quanto nos povos, embora não escapem dos processos de desenvolvimento e globalização, mas localizando-se em posição marginal (Kulig et al., 2008; McGrail e Humphreys, 2015).

Nessas classificações, são claros os direcionamentos de uma abordagem territorial para tratar da ruralidade. Definir espacialmente categorias de territórios tem tido como questão central arranjos políticos e institucionais multiescalares, com ampla participação dos atores sociais, capazes de expressar o rural em sua diversidade e isonomia (Delgado et al., 2013b). A categoria território ganha grande expressão nas definições de ruralidade.

Para Milton Santos a compreensão do território se faz através de seus usos: “É o uso do território, não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social” (Santos, 1994, p.15). Segundo Santos (1994), o processo de desenvolvimento socioespacial brasileiro possui inserção bastante desigual dos diversos lugares no circuito econômico nacional e global. A conformação de sistemas de proteção social, em que se inclui a saúde, em locais como territórios rurais remotos é distinta daquelas que ocorrem nos chamados espaços “luminosos”, nos quais ocorre concentração dos recursos econômicos, humanos e das diversas redes de informação e poder que configuram o capitalismo transnacional (Santos e Silveira, 2001). Santos (2008) afirma que os territórios no processo de globalização são atravessados por verticalidades e horizontalidades, sendo os espaços rurais típicos da horizontalidade. Aos espaços rurais se impõem racionalidades que não captam sua pluralidade e singularidade:

As verticalidades são vetores de uma racionalidade superior e de seu discurso pragmático, criando um cotidiano obediente. As horizontalidades são tanto o lugar da finalidade imposta de fora, de longe e de cima, quanto o da contrafinalidade, localmente gerada, o teatro de um cotidiano conforme, mas não obrigatoriamente conformista. (SANTOS, 2008, p.89)

Enxergar o território pelo seu uso permite extrapolar as divisões geográficas e

demonstrar que “se podemos entender o território como extensão apropriada e usada, territorialidade pode ser definida como o sentido de pertencer àquilo que nos pertence” (Silveira, 2013, p.39). Enquanto território traz a noção de um recorte espacial que abrange determinados recursos, usos e sujeitos (Monken e Barcellos, 2005), territorialidade é entendida não apenas como propriedade do território, mas também a partir de um sentimento de pertencimento, através de valores simbólicos, que vinculam os indivíduos ao meio (Kieling e Silveira, 2015). Ao sentirem-se pertencentes a determinados espaços, os indivíduos constroem e carregam determinadas identidades, independente de outros espaços onde possam se mover. Essa estreita ligação com o território é, com efeito, definidora da própria identidade das populações rurais (Fenner et al., 2018; Brasil, 2013). Para os movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, o território é considerado como “espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável” (Brasil, 2013, p.23).

Em suma, ruralidade e território são conceitos intimamente relacionados. O rural aqui é compreendido por suas características, mas também pelos usos dos territórios, no tempo atual e histórico. Interessa sobretudo a esta tese a tipologia definida por Wanderley e Favareto (2013) do rural como espaço de vida e de trabalho, acreditando-se ser a mais constitutiva dos territórios rurais remotos. A inclusão dos espaços rurais, em especial dos rurais remotos, na perspectiva de direitos universais de dignidade humana, no que se destaca aqui a saúde, deve ser concebida em respeito à singularidade desses territórios em relações outras que aquelas dos espaços urbanos.

## 2.2 DESAFIOS NA SAÚDE RURAL

Simultaneamente às ressignificações do rural, cujas discussões têm se tornado mais intensas desde os fins do século XX, reconfiguram-se suas definições e projetos, onde se situam os desafios de saúde rural. Neste sentido, as políticas sociais para esses territórios, entre as quais as de saúde, ganham mais notoriedade. Problemas da saúde rural, em geral, estão associados às iniquidades que marcam os territórios rurais, sobretudo os remotos, historicamente à margem do processo de desenvolvimento das sociedades, relacionando-se à falta de acesso a serviços e recursos de saúde (ILO, 2015; WONCA, 2021; OMS, 2021).

As dificuldades de acesso a serviços são amplamente identificadas para saúde rural, em virtude de aspectos geográficos, climáticos, de distância a centros urbanos, mas também

de barreiras financeiras, culturais e sociais (Wong e Regan, 2009; Zubieta e Bequet, 2010). Além da variedade de tradições e modos de vida rurais muitas vezes desconsiderado nas políticas e práticas de saúde, o estigma e o preconceito em relação a populações rurais, as relações de poder presentes interna e externamente nas comunidades rurais e as distintas peculiaridades de comportamento afetam o acesso à saúde (Brieger et al., 2015; Ambruoso et al., 2019).

A questão do acesso à saúde em áreas rurais remonta ao direito universal à saúde, reiterado na Conferência da OMS em Alma-Ata, em 1978, com o lema “Saúde para Todos nos anos 2000”. A APS, em concepção integral e fundamentada na determinação social do processo saúde-adoecimento, foi apontada como relevante componente na estratégia de abranger esse acesso como direito de todos (OMS, 1978). Neste sentido, Strasser (2003) chama a atenção que o alcance de populações rurais se torna um desafio particularmente maior, em especial em áreas remotas.

As dificuldades de acesso à saúde em áreas rurais estão associadas a problemas de organização da atenção à saúde, conforme determinados modelos técnico-assistenciais e sua adoção na sociedade em diferentes segmentos e territórios (Paim, 2012). Como fazer para atender as necessidades de saúde em espaços rurais é uma questão ainda não bem equacionada. Países ricos, notadamente Estados Unidos, Canadá e Austrália, têm liderado pesquisas sobre saúde rural, revendo estratégias organizacionais do sistema de saúde para captar dificuldades de territórios rurais e remotos (Franco et al., 2021). Os australianos têm adotado a compreensão de que é preciso considerar elementos de contextos internos e externos aos territórios rurais (Pessoa et al., 2018; Humpheys, 1999). As análises sobre a questão do isolamento geográfico, por exemplo, devem estar relacionadas com fatores, como relações sociais, as respostas locais de saúde, sistemas de saúde mais amplos e as estruturas sociais e de poder (Wakerman e Humpheys, 2011; OCDE, 2010).

Formas participativas de planejamento, informação e avaliação das ações, incluindo participação da comunidade e integração do nível local de atenção ao sistema de saúde, são apontadas como melhores abordagens para organizar os serviços de saúde em meios rurais (Strasser et al, 2016; Wakerman et al, 2008; Wakerman e Humphreys, 2011). Adotar estratégias contextualizadas e dirigidas pela comunidade, por meio do seu empoderamento, autodeterminação e engajamento, são medidas tidas como essenciais neste sentido (Brieger et al, 2015; Russell e Humphreys, 2016).

Destaca-se a relevância do setor público de saúde para APS em áreas rurais. São fundamentais a premissa de acesso universal e ambiente político favorável para inovações

na saúde rural, conforme Brieger et al. (2015) e Strasser et al (2016). Os recursos governamentais se mostram cruciais para prover financiamento, infraestrutura, tecnologia e FTS (Ambruso et al, 2019; Wakerman e Humphreys, 2011). Considerada a impossibilidade de alcance de economia de escala e escassez de profissionais, a literatura aponta preocupação recorrente sobre custos elevados para garantia de atenção à saúde à população rural. Gastos maiores foram evidenciados principalmente para FTS (Thomas et al., 2017).

Dos desafios à saúde rural, verifica-se importante debate em torno do acesso e da eficiência dos investimentos (Rashidian et al., 2013; Probst et al., 2009), que podem remeter a discussões em torno de acesso e cobertura universal de saúde (Noronha, 2013). Nota-se que os desafios para saúde rural se inserem na conjuntura de iniquidades sociais que atingem as populações rurais em escala global. O difícil acesso a recursos e serviços de saúde é o aspecto que mais chama a atenção, mas problemas de FTS e de modelos de organização para atenção à saúde dessas populações estão diretamente relacionados. Há que se atentar, neste sentido, dos riscos de transposição de modelos com lógica urbana na discussão de saúde rural.

A discrepância entre países ricos e pobres se faz notar nessa discussão, prevalecendo nos últimos a persistência de modelos genéricos ou campanhista de atenção à saúde em áreas rurais (Brieger et al., 2015; Strasser et al., 2016), além de programas verticais ou implantação mais tardia de APS (WONCA, 2021). O acesso a recursos de saúde, onde as populações rurais são mais desfavorecidas, é mais difícil em países de média e baixa renda, que possuem pior oferta de saneamento básico, de instalações de saúde, de insumos e de recursos humanos (Brieger et al., 2015; Strasser et al., 2016). Ademais, pesam também desafios adicionais de integração da APS na rede regionalizada de atenção à saúde, marcadamente em territórios rurais e remotos (Targa et al., 2013; Ambruso et al., 2019).

No Brasil, questões de acesso, organização dos serviços de saúde e FTS são agravadas nos territórios rurais e remotos por condições socioeconômicas, aspectos demográficos, situação de saúde e considerações sobre o território que se colocam como desafios estruturais para a APS na saúde rural. Um limite a se destacar é a falta de informações específicas sobre a saúde das populações do campo, da floresta e das águas nos sistemas de informação. Tal insuficiência dos sistemas de informação em saúde prejudica a tomada de decisão e o cuidado em saúde para os territórios rurais e remotos e está ligada ao modo subdimensionado e dicotômico (campo-cidade) em que o rural é percebido institucionalmente (Brasil, 2013; Carneiro et al., 2017; Fenner et al., 2018).

Os desafios à saúde rural se inserem em um contexto econômico de reestruturação

produtiva no Brasil, com reprimarização da economia e incentivo governamental para a produção de *commodities* para exportação. Este modelo tem sido atravessado por conflitos pela terra e água entre as populações rurais, o Estado e o capital (Pessoa et al., 2018). O meio rural brasileiro se caracteriza por forte concentração fundiária, força de trabalho com pouca qualificação, historicamente alijada de direitos sociais, além de exploração predatória dos recursos naturais (Brasil, 2013). A infraestrutura, as redes de proteção social e os serviços em geral são pouco desenvolvidos (Fenner et al., 2018; Leite e Bruno, 2019). No setor saúde, a gestão pública possui baixa capacidade técnica e dispositivos pouco acessíveis às populações (Carneiro et al., 2017; Fenner et al., 2018). Prevalece a imagem de atraso, de uma dicotomia com as cidades, da ruralidade circunscrita ao universo agrário e carregada pelo símbolo do “Jeca-Tatu” ou de populações indígenas, em todos os casos naturalizando a escassez sanitária (Coimbra Jr, 2018; Targa et al., 2013).

Sabe-se que as populações rurais brasileiras enfrentam altos índices de pobreza e analfabetismo, por conta das iniquidades na distribuição da riqueza (Miranda e Silva, 2013). A exclusão no acesso às políticas econômicas e sociais contribui para o êxodo rural. O êxodo é relativamente seletivo de jovens e, em especial, de mulheres, o que torna a proporção de idosos na população rural mais intensa que na população urbana, além de masculinização da população do campo, com diferentes necessidades de saúde (Carneiro et al., 2017; Pessoa et al., 2018). A violência no meio rural também tem se intensificado (CPT, 2017), relacionada a conflitos pela posse/propriedade da terra, precariedade de relações ambientais sustentáveis, estrutura deficiente dos serviços e cultura de dominação machista disseminada entre as populações rurais (Brasil, 2013). Apesar disso, são reconhecidos avanços em políticas sociais principalmente nos anos 2000, com os governos Lula e Dilma, a partir de diversos programas (p. ex.: Bolsa Família, Um Milhão de Cisternas, Aposentadoria Rural, Agricultura Familiar), com impactos positivos nos indicadores de saúde e nas condições de vida das populações rurais (Carneiro et al., 2017; Leite e Bruno, 2019).

No entanto, permanece uma situação de saúde mais precária da população rural se comparada com a da população urbana (Brasil, 2013; Carneiro et al., 2017; Savassi et al., 2018). A falta de saneamento básico ainda é bastante comum na realidade social brasileira, e particularmente crítica para a população rural, com precário acesso à água potável e índices mais baixos de coleta de esgoto e lixo (Carneiro et al., 2017; Pessoa et al., 2018; Savassi et al., 2018). A negligência com o saneamento básico aumenta doenças infecciosas, como as parasitoses intestinais, diarreias e as doenças de pele, bem como aquelas espalhadas por vetores de insetos. Esse cenário é um dos principais responsáveis pela elevada taxa de

mortalidade infantil rural (Brasil, 2013; Carneiro et al., 2017).

Em função do saneamento básico deficitário e de problemas nos serviços de saúde, doenças endêmicas ainda estão intimamente ligadas à condição de ruralidade, como malária, febre amarela, esquistossomose, leishmaniose tegumentar americana e doença de chagas. Outras doenças infecciosas mais comuns no meio rural são a leptospirose, a hanseníase e o tétano acidental (Brasil, 2013; Carneiro et al., 2017). Embora existam programas de vigilância e assistência antigos e bem definidos para muitos desses agravos, como a malária e a hanseníase, suas incidências mais elevadas indicam fragilidades no cuidado longitudinal e abrangente dessas populações.

O mesmo se pode dizer em relação à maior quantidade de mulheres grávidas adolescentes, mulheres sem rastreamento para câncer de mama e pessoas que nunca foram ao dentista (Savassi et al., 2018). As internações por condições sensíveis à APS, como insuficiência cardíaca e doenças pulmonares, mais elevadas em municípios com até 20 mil habitantes (Pessoa et al., 2018), também pode significar o diagnóstico tardio e a dificuldade na condução das doenças crônicas nos respectivos territórios.

Paradoxalmente, populações rurais, que produzem alimentos para as cidades, são as que mais sofrem com insegurança alimentar. O consumo de legumes, verduras, frutas e carnes em áreas rurais é consideravelmente reduzido em relação a áreas urbanas (Savassi et al., 2018). Populações que vivem da produção de alimentos para seu autoconsumo têm assistido redução das variedades alimentícias que usavam costumeiramente, com grande erosão cultural na alimentação. Conseqüentemente, o perfil epidemiológico das populações rurais também é bastante desfavorável para doenças crônicas degenerativas (Carneiro et al., 2017; Savassi et al., 2018). Além disso, o avanço avassalador da agropecuária de exportação e da devastação ambiental abre espaços para emergência de novas doenças, com potencial pandêmico (Wallace, 2016).

Indivíduos de territórios rurais acumulam mais problemas de saúde associados a uma sobrecarga do trabalho braçal. Soma-se ao risco ergonômico, a exposição a raios ultravioletas e as doenças profissionais clássicas, como a silicose e as intoxicações por metais pesados (destacando-se o mercúrio) e por agrotóxicos (Brasil, 2013; Pessoa et al., 2018). Quanto à utilização de agrotóxicos, a falta de orientação técnica é expressiva, particularmente quando relacionado ao nível de instrução (Brasil, 2013). Apesar disso, as categorias trabalho e ambiente, segundo Pessoa et al. (2018), continuam pouco abordadas nas práticas de saúde da ESF.

Desafios de prestação da ESF também são reconhecidos na atenção à saúde em áreas

rurais e remotas. Uma delas é a concepção de abordagem no território, que se direciona para um arranjo mais apropriado para populações contíguas, que acessam e são acessadas por uma UBS próxima. Ainda que modelos mais itinerantes tenham sido implantados, a exemplo da ESF ribeirinha e fluvial, ainda existem entraves para alcançar a dimensão necessária de atenção que requerem as populações do campo, da floresta e das águas. O processo de territorialização necessita se adequar a fluxos próprios da população, necessidades de saúde amplas, recursos disponíveis e também exige habilidades de fortalecimento da participação popular (Pessoa et al., 2018).

Um desafio central é a superação das distâncias para garantir atenção à saúde, o que ressalta o papel da atenção domiciliar e comunitária na ESF em territórios rurais e remotos (Pessoa et al., 2018). Essa inserção mais presente no território requer planejamento, recursos logísticos e outros profissionais, como condutores de veículos de diferentes tipos, que não são previstos tampouco financiados, nem para aquisição, nem para manutenção (Savassi et al., 2018; Pessoa et al., 2018). As chamadas “unidades de apoio” ou “postos avançados” para o atendimento em saúde dos usuários nas comunidades ocorrem com frequência em locais improvisados, que não constam no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o que promove a invisibilização da demanda das populações rurais e leva as equipes a prestarem uma atenção de baixa qualidade (Savassi et al., 2018; Pessoa et al., 2018).

A telessaúde é um recurso potencial em áreas rurais e remotas para promover mais acesso a serviços e fortalecer as ações dos profissionais da APS (Chater et al., 2016). Contudo, há dificuldades de funcionamento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) nessas áreas, tais como descargas elétricas, falta de energia elétrica ou de conectividade. Tais dificuldades podem acentuar o isolamento geográfico e profissional, em contexto que demanda uma rede eficiente de comunicação no interior do próprio município e entre níveis de atenção (Savassi et al., 2018; Pessoa et al., 2018).

Esses desafios demonstram a importância de considerar a dimensão territorial no processo saúde-doença, compreendendo a determinação multidimensional envolvida, especialmente os aspectos sociais. Ao contrário da visão ainda predominante de territorialização associada a um ordenamento rígido (Monken e Barcellos, 2005), a territorialização necessária requer uma base de epidemiologia crítica, organizando suas ações a partir de um diagnóstico de problemas de saúde que atinja também causas mais estruturais do estado de saúde da população, tais como seus modos de vida, de produção, trabalho e relação com o ambiente (Costa et al., 2019). Dois aspectos que sobressaem nas condições de práticas em territórios remotos, diante do quadro exposto, são a



intersetorialidade e a participação popular.

Savassi et al., (2018) chamam a atenção que não se trata de criar modelos exclusivos e apartados para a saúde rural, mas estimular que uma APS suficientemente abrangente seja capaz de enxergar as especificidades de áreas rurais e remotas. Tal olhar favorece a criação e fortalecimento de políticas e práticas em saúde com vistas à equidade.

### 2.3 FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NOS TERRITÓRIOS RURAIS REMOTOS

Entre os principais desafios da saúde rural que vale destacar na contextualização desta tese está a falta de profissionais de saúde para atuar em áreas rurais e remotas. De acordo com a OMS (2021), enquanto cerca de metade da população mundial vive em áreas rurais, menos de 25% dos médicos atua nessas áreas. A atração da FTS costuma ocorrer para as áreas mais luminosas do circuito econômico, sobretudo quanto maior o grau de modelo de desenvolvimento calcado na urbanização, provocando esvaziamento de áreas rurais, remotas e periféricas para as cidades e áreas centrais, bem como migração de trabalhadores qualificados de países mais pobres para países mais ricos (Grobler et al., 2015; Araújo e Maeda, 2013).

Além da escassez, portanto, há iniquidades na distribuição de trabalhadores de saúde. Esse problema é destacado para a categoria médica, enquanto outras categorias, a exemplo de profissionais sem nível superior (como agentes comunitários de saúde) ganham grande importância para o acesso de populações rurais a ações e serviços de saúde. Pessoa et al. (2018) consideram que a difícil disponibilização de profissionais de saúde para atuar em cenários rurais advém da especialização cada vez maior das profissões da saúde, em especial da formação médica, centrada em sistemas de órgãos e/ou estados patológicos, que promoveu ao longo do século economias de escala e centralização dos serviços de saúde. Com isso, serviços especializados e hospitalares tendem a se concentrar em polos urbanos, prejudicando ainda mais a atração e fixação de profissionais qualificados em territórios rurais e remotos e o acesso à saúde integral (Fausto et al., 2019; Gruen, 2003).

Alguns fatores são reconhecidos para atração e fixação da FTS, como medidas de regulação (p. ex.: serviços temporários, pagamentos diferenciados, benefícios fiscais, importação de profissionais), origem rural dos profissionais, estruturação de carreiras profissionais no ambiente rural, cursos de graduação e pós-graduação para FTS local, investimentos em infraestrutura dos serviços, apoio pessoal e familiar dos profissionais e reorientação das práticas para valorização do vínculo com as comunidades rurais (OMS,

2021). A regulação do mercado de trabalho em saúde é uma ferramenta relevante, que se expressa em graus variados nas políticas de provimento e de aspectos da formação e do trabalho em saúde (Grobler et al., 2015; Araújo e Maeda, 2013). Estímulos financeiros apenas não costumam ser suficientes, correspondendo a uma abordagem aos problemas da saúde rural simplificada e fragmentada; por exemplo, dirigida somente à FTS (Wakerman e Humpreys, 2011). Estratégias que enfocam o provimento temporário, mas não fixam o profissional nas áreas rurais, são pouco sustentáveis, pois, indiretamente, desestimulam as melhorias estruturais dos sistemas de saúde locais e a busca de um perfil profissional adequado (Pessoa et al., 2018).

No Brasil, problemas de FTS antecedem a instituição do SUS, sentida desde, pelo menos, a década de 1960, especialmente nas áreas rurais e remotas (Carvalho et al., 2013). No processo de implementação do SUS, acumularam-se falhas na FTS relacionadas à distribuição geográfica, rotatividade, precariedade de vínculos, escassez em áreas rurais e periféricas de grandes centros urbanos, além de perfil inadequado de profissionais às necessidades do sistema público, principalmente em relação aos médicos (Franco et al., 2018).

Nas últimas décadas, as iniciativas para enfrentar deficiências no provimento de profissionais de saúde se desenrolaram por meio de sucessivos programas, que incluíram políticas de formação profissional e tiveram sempre foco na captação de profissionais, sobretudo médicos, para os municípios rurais. Exemplos importantes são o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde e o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab) (Carvalho et al., 2013; Savassi et al., 2018). Contudo, tais estratégias não se sustentaram em longo prazo, por serem medidas sem integração entre si, pontuais e de alcance modesto (Carvalho et al., 2013; Oliveira et al., 2015).

O Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, no bojo de reivindicações por avanços na qualidade da assistência à saúde, diferenciou-se pela abrangência das propostas, amplitude de investimentos e grande penetração na sociedade (Franco et al., 2018; Netto et al., 2018). O PMM se estruturou em três eixos: ampliação e melhoria da infraestrutura, formação para o SUS e provimento emergencial. Houve movimentação de recursos significativos para infraestrutura por meio do Programa Requalifica UBS, mas relatos de condições frágeis de trabalho persistem sem mudanças em todo o país (Netto et al., 2018). A formação para o SUS foi tida como o principal eixo do PMM, no intuito de alcançar resultados mais sustentáveis. Provocou grande aumento da oferta de vagas na graduação e residência médica e reorientação da formação com novas Diretrizes Curriculares Nacionais

para cursos de medicina (Scheffer, 2020). No entanto, não logrou a mudança no eixo dos locais de formação, como era um de seus objetivos, mantendo a concentração de escolas médicas no Sudeste-Sul, no litoral do Nordeste e afastada de territórios rurais remotos, agravada pela privatização do ensino médico na ampliação de vagas de formação (Netto et al., 2018; Scheffer, 2020; Medina e Almeida, 2017).

O provimento emergencial foi organizado nos moldes de programa de provimento anterior (Provab), com a novidade de contar com chamadas internacionais e de cooperação internacional com Cuba, o que atraiu atenção devido a polêmicas sobre revalidação de diplomas e sobre desconfianças em relação aos médicos cubanos (Franco et al., 2018; Couto, 2015). Em apenas um ano, o PMM recrutou mais de 18 mil médicos, 80% destes cubanos, com presença em 73% dos municípios brasileiros, beneficiando amplamente populações rurais remotas antes desassistidas (Oliveira et al., 2015; Girardi et al., 2016). Até 2015, 70 das 100 equipes de ESF ribeirinha e fluvial implantadas e todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas tinham profissionais do PMM (Carneiro et al., 2017). A distribuição dos médicos contribuiu para reduzir a escassez de médicos em APS no Brasil, mas não eliminou as dificuldades de fixação destes profissionais (Girardi et al., 2016; Medina e Almeida, 2017; Netto et al., 2018).

Couto (2015) demonstrou ter havido uma janela de oportunidades para ultrapassar embates com a corporação médica na regulação do mercado de trabalho em saúde na implementação do PMM. Não obstante, a corporação médica, por meio de diversas entidades, manteve embate recorrente com o Programa. A crítica ao PMM e sua associação aos médicos cubanos ganhou mais força após a derrubada do governo Dilma e posterior eleição de Bolsonaro, quando discurso de “núcleos de guerrilha” voltaram à tona, apesar dos impactos do PMM terem gerado sua ampla aceitação na sociedade (Netto et al., 2018). De fato, os médicos cubanos se destacaram não somente por terem garantido atenção à saúde em áreas desassistidas, mas também pela orientação de práticas mais integrais na APS (Franco et al., 2018).

As hostilidades com Cuba levaram ao rompimento da cooperação internacional e retirada de 8.500 médicos cubanos do país em novembro de 2018 (Brasil, 2020). Territórios indígenas foram sensivelmente afetados (Floss et al., 2020). Ressalta-se que municípios rurais remotos dependem fortemente do PMM, especialmente contando com médicos cubanos e, depois, daqueles com formação estrangeira, que têm atuação restrita ao Programa. Os cubanos, que continuaram representando a maioria dos médicos no PMM até 2018 (Netto et al., 2018), tiveram suas vagas parcialmente preenchidas em chamadas que transcorreram

de novembro de 2018 até abril de 2019 (Brasil, 2020).

Em 2019, foi anunciado o fim do PMM, a ser substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil, que contou com apoio de entidades médicas. Como parte de uma série de medidas duramente criticadas pelo caráter privatista e biomédico na APS, o referido Programa abandonou os eixos de infraestrutura e formação previstos no PMM e incorporou somente médicos com registro em Conselhos Regionais de Medicina, cuja contratação deveria ser realizada pela Agência de Desenvolvimento da APS – um serviço social autônomo com amplas possibilidades de privatização da Atenção Básica (Giovannella et al., 2019). No entanto, com mudanças ministeriais em plena pandemia de Covid-19 em 2020, até meados de 2022, o Programa Médicos pelo Brasil, não havia sido de fato implementado e médicos do PMM continuavam atuando.

O PMM, apesar de tudo, ainda foi um dos principais instrumentos do governo federal para manter a assistência na pandemia de coronavírus, principalmente no interior do país, com editais de chamada em 2020 e 2021, inclusive reinserindo mais de mil médicos cubanos que permaneceram no Brasil, mesmo após saída de Cuba do PMM (Brasil, 2020). Dos 18 mil médicos e 4200 municípios beneficiados até 2015 (Girardi et al., 2016), em junho de 2020, o PMM matinha 16 mil médicos em 3800 municípios (Brasil, 2020), sofrendo deliberado desmonte, mas ainda revelando-se como uma importante intervenção na gestão da FTS no Brasil, com significativo peso para a atenção à saúde de áreas rurais e remotas. Em 2022, existiam 12.423 médicos do PMM, embora estivessem ainda em aberto 6.022 vagas no Programa, enquanto o Programa Médicos pelo Brasil, por sua vez, abriu edital pela primeira vez em abril do mesmo ano, com somente 4.649 vagas (CCE, 2022).

Os avanços realizados não foram capazes de responder aos problemas de atração e fixação de profissionais em áreas remotas. Em 2020, o Brasil passou a contar com meio milhão de médicos, numa escalada acentuada a partir de 2013 pela Lei do Mais Médicos. Porém, 60% dos médicos atuam em apenas 48 cidades, estas com mais de 500 mil habitantes que reúnem 30% da população brasileira, enquanto 3800 municípios com até 20 mil habitantes (15,2% da população), grande parte composta por territórios rurais e remotos, possuem menos de 14 mil médicos, apenas 2,7% do total de médicos em atividade, de acordo com o Conselho Federal de Medicina (Scheffer, 2020).

A alta rotatividade ou vacância de profissionais da saúde em territórios rurais remotos, sobretudo do médico, junto à falta de condições de trabalho, compõem os fatores envolvidos na interrupção frequente do cuidado longitudinal das populações desses territórios (Pessoa et al., 2018; Savassi et al., 2018). Estratégias abrangentes, que envolvem

os serviços, o aparelho de gestão e também a universidade, junto com ações afirmativas para inclusão das populações do campo, da floresta e das águas na força de trabalho em saúde, são possibilidades de enfrentamento das desigualdades existentes na FTS entre os meios rural e urbano numa perspectiva sustentável (Silveira e Pinheiro, 2013; Strasser et al., 2016).

A literatura relata importante atenção à formação profissional nas recomendações sobre FTS rural, estendida à criação de postos de trabalhos que estimulem a absorção dos trabalhadores, propiciando um ambiente de trabalho bom e seguro e incluindo equipamentos e suprimentos adequados (OMS, 2021; Savassi et al., 2018). Diferentes incentivos, financeiros e não financeiros, devem ser oferecidos, por exemplo, na flexibilidade da jornada de trabalho e em investimentos na infraestrutura da UBS e no acesso a opções de lazer a partir do município (Targa et al., 2013). Questões de âmbito pessoal e familiar como oportunidade de trabalho para o cônjuge e de estudo de qualidade para os filhos são fatores relevantes e ampliam o escopo das estratégias de recrutamento e retenção de egressos da graduação ou residência (Silveira e Pinheiro, 2013). Ações para recrutamento e fixação de profissionais para o interior não podem acontecer descoladas de movimentos de melhoria da qualidade de vida local, numa perspectiva sustentável e de longo prazo.

O apoio ao desenvolvimento de redes profissionais, como associações profissionais de saúde rural, periódicos de saúde rural e estágios e cursos de graduação e pós-graduação em cenários rurais e remotos, tem o potencial de melhorar o reconhecimento dos profissionais de saúde dessas áreas e diminuir sentimentos de isolamento e estagnação profissional (Targa, 2023; Chater et al., 2016; Silveira e Pinheiro, 2013). Realça-se, desse modo, uma orientação positiva de investimentos públicos sobre a prática rural, abrangendo estudo, carreira e vida e superando um estereótipo de atuação em territórios rurais e remotos como irrelevante e frustrante, como se fossem bem-sucedidos apenas os profissionais de saúde de centros urbanos.

Nesse aspecto, discussões sobre trabalho médico de modo geral foram abordados em estudos brasileiros, que permanecem atuais e se aplicam também a realidades rurais remotas. Arouca (1975) e Donnangelo (1976) foram paradigmáticos ao realçarem a dualidade técnica e social do trabalho médico e sua inserção na estrutura de classes, inclusive legitimando e preservando tal estrutura. Outros autores foram importantes críticos ao papel dos médicos na sociedade capitalista, como Ricardo Bruno, em suas análises da organização tecnológica do trabalho médico e das necessidades em saúde (Mendes-Gonçalves, 1992), e Lilia Schraiber, que dedicou especial atenção à autonomia profissional na prática médica como exercício de poder (Schraiber, 1995). Esses pesquisadores se tornaram referências não

apenas ao problematizar modos de atuação dos médicos, mas contribuindo com a formulação de um novo sistema de saúde no Brasil, na ativa participação na Reforma Sanitária.

A partir do SUS, sucede-se uma geração de estudiosos que busca consolidar os princípios deste novo sistema, voltando-se para as práticas em saúde. Entre tantos exemplos, pode-se destacar os trabalhos de Pinheiro e Mattos sobre integralidade (Pinheiro & Mattos, 2001), de Gastão Wagner Campos sobre clínica ampliada (Campos, 2011), de Emmerson Merhy, em sua cartografia do trabalho vivo (Merhy, 2002), de Luiz Cecílio, na perspectiva do trabalhador instituído e instituinte (Cecílio, 2007) e de José Ricardo Ayres, na hermenêutica do cuidado (Ayres, 2004).

Esse conjunto de autores oferece um norte a práticas médicas alinhadas aos preceitos do SUS, especialmente na Atenção Básica, que desafiam um paradigma biomédico ainda vigente no trabalho em saúde no Brasil, proeminentemente entre os médicos. Em especial no campo da APS, com o enfoque da Medicina de Família e Comunidade, Anderson e Rodrigues (2016) juntam-se à contraposição deste modelo a partir da defesa de um paradigma da complexidade biopsicossocial. Embora a Medicina de Família e Comunidade tenha crescido e ganhado uma expressão um pouco maior em anos recentes, esta especialidade ainda é esparsamente reconhecida no país. Em seu processo de legitimação na sociedade, enfrenta disputas internas que refletem as tensões do modelo biomédico e biopsicossocial, espelhadas na oposição entre uma concepção abrangente de APS, orientado pela ESF, e uma concepção (neo)seletiva de APS, induzida por forças do neoliberalismo e referendada por experiências médico-centradas do mundo ocidental (Giovanella, 2018; Giovanella et al., 2020).

Na ESF, práticas da APS são baseadas nos atributos sistematizados por Starfield (2002): essenciais – acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação – e derivados: orientação familiar, comunitária e competência cultural. Os chamados atributos derivados podem ser ditos estruturantes, uma vez que os essenciais refletem o que deve ser/fazer uma APS de qualidade, enquanto os estruturantes/derivados demonstram como a mesma deve ser/fazer. A ESF se calca ainda no vínculo, responsabilidade sanitária, interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, na ação individual e coletiva, na abordagem integral do cuidado (incluindo cura, reabilitação, prevenção, promoção da saúde e acompanhamento de doenças crônicas) e na territorialização das ações (Brasil, 2012; Brasil, 2017). No que toca à prática médica neste campo, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade elenca um rol de competências essenciais, desejáveis e avançadas para atuação específica na APS (Lermen Jr., 2015).

Desse modo, quando se quer discutir FTS em territórios rurais remotos no Brasil, particularmente em relação à atuação dos médicos na APS, é importante ter claro como ponto de partida uma atuação coerente à problematização do trabalho médico construída no curso da Reforma Sanitária e a seus valores, bem como ao modelo da ESF. No aspecto da saúde rural, vale destacar esforços da Medicina de Família e Comunidade em definir parâmetros de prática, especialmente em seus grupos de trabalho de medicina rural em suas sociedades científicas, que têm formulado competências próprias a territórios rurais remotos (Chater et al., 2016; Lermen Jr., 2015).

Nos contextos rurais, a frágil rede de serviços provoca isolamento dos profissionais de saúde rural e exige deles uma ampla gama de habilidades para resolver as necessidades de saúde, via de regra estabelecidas para profissionais mais especializados, bem como para abordar problemas de saúde endêmicos ou específicos da realidade sociocultural das áreas rurais (McFarlane et al., 2018; Gorsche e Woloschuk, 2012). A literatura também aponta para esforços necessários ao desenvolvimento de práticas coerentes aos atributos essenciais e estruturantes da APS, com destaque ao acesso, longitudinalidade e competência cultural (Chater et al., 2016; Lermen Jr., 2015; Savassi et al., 2018), na lógica de cuidados integrais em territórios caracterizados pela dispersão populacional, com desfavorecimento social e intensa relação com ambiente (Floss et al., 2020; Pessoa et al., 2018; Strasser et al., 2016).

## 2.4 POLÍTICAS PARA SAÚDE RURAL NO BRASIL

A saúde rural no Brasil recebe pouca atenção e ainda é fortemente influenciada pela visão reduzida da ruralidade (Coimbra Jr, 2018; Chater et al., 2016). Apenas nos anos recentes, desde final dos anos 2000, que políticas voltadas às realidades rurais compreendidas de forma ampla e plural no território brasileiro tiveram alguma expressão, embora a ruralidade nas políticas gerais de saúde ainda não seja um conceito plenamente integrado (Fenner et al., 2018). Sem desconsiderar as ações pontuais de saúde pública e campanhistas ao longo da história da saúde no Brasil, as políticas de saúde denotam invisibilidade histórica ou desassistência da população rural em seu conjunto de necessidades, em que o Estado se fez muito mais presente para as áreas de concentração populacional, que detêm poder econômico, político e social (Ruiz e Gerhardt, 2012).

Fenner et al. (2018) fornecem quadro apurado da história das políticas de saúde rural no documento “Saúde dos Povos e Populações do Campo, da Floresta e das Águas”. Conforme os autores, o marco das políticas de saúde para essas populações foi a Liga Pró-

Saneamento, em 1918, através de um modelo de campanhas pelo saneamento rural. Na década de 1940 e 1950, foram criados os Serviços Nacionais de Combate às Endemias, a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública e o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que focavam a interiorização das atividades de saúde pública voltadas às áreas rurais, principalmente pelo combate à malária e à febre amarela – doenças que mais matavam a mão de obra nos seringais de borracha, na região amazônica brasileira (Fenner et al., 2018).

As ações e as campanhas de combate às endemias rurais são mais evidenciadas justamente na década de 1950 e início de 1960, quando o Brasil iniciou processo de acelerada urbanização. Estiveram atreladas aos projetos e às ideologias do desenvolvimento, cujos argumentos giravam em torno da recuperação da força de trabalho no campo, da modernização rural, da ocupação territorial e da incorporação de espaços saneados à lógica da produção capitalista (Savassi et al., 2018; Carneiro et al., 2017).

Na década de 1970, a primeira iniciativa a se sobressair para a saúde rural foi o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural). A história do Funrural remete ao movimento das Ligas Camponesas e sua reivindicação central sobre a reforma agrária, levando à instituição do Estatuto do Trabalhador Rural em 1963, no governo João Goulart, e, junto, o Programa Nacional de Assistência ao Trabalhador Rural. Para sua implementação, foi criado em 1967, já no regime militar, o Funrural, somente implantado de fato em 1971. O Funrural instituiu a previdência para trabalhadores rurais por idade aos 65 anos no valor de apenas meio salário mínimo e garantiu alguma assistência médica aos trabalhadores rurais. Os benefícios concedidos aos trabalhadores rurais, no entanto eram inferiores àqueles dos trabalhadores urbanos. A atenção à saúde, com enfoque de caráter urbano, assim como na assistência médica previdenciária, centrava-se no cuidado individual curativo, com prestação de serviços pela rede privada, principalmente a filantrópica, ademais de ter sofrido com redução progressiva de recursos e restrições de acesso a medicamentos, a exames complementares e à hospitalização (Fenner et al., 2018; Carneiro et al., 2017). O Funrural integrava uma política previdenciária de saúde com segmentação de coberturas e fragmentação da assistência, com exclusão importante da população rural (Pinto e Giovanella, 2018).

Em 1976, já no início da fase de abertura do regime militar, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), com projetos de extensão de cobertura, enfocando as áreas rurais e os programas tradicionais de saúde pública. Apesar de tecnocrático, incorporou propostas que o movimento de Reforma Sanitária buscou encampar, como experiências embrionárias de descentralização dos



serviços de saúde (Fenner et al., 2018; Carneiro et al., 2017). Giovanella e Mendonça (2012) destacam que o Piass foi um dos mecanismos pelas quais proposições de APS entraram na pauta da agenda brasileira na década de 1970, destinando recursos tanto à construção de unidades básicas de saúde pelo interior do país quanto a convênios entre Ministério da Saúde, da Previdência Social e secretarias municipais de saúde, para implantar serviços de APS em cidades de pequeno porte, com lógicas similares às experimentadas por cidades maiores do Sudeste e Nordeste com vistas à expansão de cobertura assistencial.

As políticas de previdência e saúde instituídas na década de 1970 conferiram proteção social tardiamente para a população rural, ainda assim com forte segmentação e importantes iniquidades, mantendo a população rural à margem do desenvolvimento nacional e dos direitos de cidadania. Com a instituição do SUS na Constituição de 1988, o direito à saúde, como valor de cidadania universal, foi estendido a toda população. Ademais, o direito à saúde foi ampliado com a concepção da determinação social do processo saúde-doença, que incluiu novas práticas, além da assistencial, ao cuidado com a saúde. A previsão era a de que, nessas novas bases conceituais, o sistema de saúde fosse organizado na área rural conforme particularidades e especificidades de suas populações. Isso pois a ampliação do conceito de saúde reduziu o enfoque sobre doenças e agravos e reabriu o debate da relação intrínseca que a área da saúde mantém com os modelos de proteção social e de desenvolvimento econômico e territorial rural (Giovanella e Mendonça, 2012; Fenner et al., 2018).

A democracia também permitiu que a atuação dos movimentos sociais fosse alterada e ampliada, segundo Fenner et al. (2018) e Carneiro et al. (2017). Estes passaram a trabalhar com ações proativas e propositivas, a exemplo do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra, que incorporaram, além da Reforma Agrária, a defesa da produção agrícola de base familiar (Fenner et al., 2018). Ao mesmo tempo, os movimentos socioambientais se fortaleceram no Brasil e no mundo, elevando a consciência de que a degradação ambiental está associada à degradação das condições de vida da população, atingindo mais fortemente os mais pobres e marginalizados. Isso deu visibilidade ao conceito de justiça ambiental, contribuindo para que ganhassem mais expressão as lutas por cidadania e seguridade social das populações rurais (Grisa e Delgado, 2019).

Embora sem maior especificidade para saúde rural, reconhece-se que as políticas para Atenção Básica implantadas desde o SUS foram das mais relevantes na oferta de atenção à saúde em áreas rurais. A Atenção Básica, já antes do SUS, nas Conferências Nacionais de Saúde, era proposta como forma de atuação nos territórios rurais e remotos (Carneiro et al.,

2017). Com efeito, a APS é central para a saúde rural e foi um importante instrumento que possibilitou superar o modelo campanhista e o padrão de adoecimento das populações rurais, conforme argumenta Coimbra Jr (2018).

Sua implantação, no entanto, caracteriza-se por um início relativamente tardio e de caráter seletivo, representada inicialmente pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Este Programa guarda marcas importantes até os dias atuais em comunidades rurais, por ser um programa primeiramente implantado em áreas rurais e periurbanas das regiões Norte e Nordeste. Oferecia assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica, atendendo demandas de combate e controle da epidemia do cólera e outras formas de diarreia, com rápidos impactos positivos em indicadores de saúde e com a assunção gradual de outras atribuições de caráter comunitário para os agentes do Programa (Giovanella e Mendonça, 2012).

Foi seguido pelo Programa Saúde da Família (1993) e a APS foi consolidada como modelo assistencial no SUS a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Giovanella e Mendonça, 2012). De 2006 em diante, ganhou política federal própria como Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), reeditada e revisada em 2011 e 2017<sup>1</sup> (Brasil, 2006; Brasil, 2011; Brasil, 2017). Nesse desenvolvimento da APS no Brasil, observaram-se importantes avanços na perspectiva de uma APS abrangente e impactos que alcançam sensivelmente as populações rurais, com aumento da cobertura nas últimas décadas (Malta et al, 2016), redução da taxa de mortalidade infantil (Macinko et al, 2006) e das taxas de hospitalização (Macinko et al, 2010). Tem se apresentado como uma proposta contra hegemônica ao modelo médico assistencial privatista hegemônico no Brasil, na medida em que a ESF foi formulada como dispositivo de reorientação do modelo de atenção à saúde, com equipe multiprofissional e foco nos princípios do SUS (Paim, 2012).

Outro aspecto importante foi a mudança de financiamento, em 1998, que criou o Piso de Atenção Básica. No antigo modelo alocativo de repasses federais, era financiada apenas a produção de ações médico-assistenciais (ambulatoriais e hospitalares), desconsiderando a importância de ações de alcance coletivo e concentrando recursos em áreas com capacidade instalada e sabidamente com melhores condições socioeconômicas e sanitárias (Castro et al., 2018). A partir do Piso de Atenção Básica, municípios pequenos passaram a receber recursos

---

<sup>1</sup>Em 2017, no governo Temer, a reformulação da Pnab introduz viés neoliberal e retrocessos a esta política, alinhando-se a uma concepção de cobertura universal de saúde, com segmentação do acesso e fragilização da coordenação nacional. As equipes e o processo de trabalho na ESF foram redesenhados, enfraquecendo o caráter comunitário da Atenção Básica (Morosini et al., 2018).

para Atenção Básica com base populacional, não restrita à lógica de prestação de procedimentos, além de incentivos específicos para a implantação de equipes de Saúde da Família. Desse modo, a ESF pôde alcançar maiores coberturas inicialmente em pequenos municípios, ampliando acesso para população antes desassistidas, embora não isenta de limites e contradições (Malta et al., 2016; Fausto et al., 2018).

A PNAB em 2006 reconheceu a necessidade de arranjos organizacionais e de financiamento diferenciados para grupos populacionais rurais, como os incentivos financeiros para as equipes que atendem indígenas, quilombolas e assentados (Brasil, 2006). Posteriormente, estabeleceu as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais para atenção diferenciada a populações ribeirinhas da Amazônia Legal e Pantanal, que foram incorporadas em 2013 (Savassi et al., 2018).

Enquanto as equipes de ESF ribeirinha atuam com base em UBS local, embora de acesso exclusivo pelos rios, as equipes de ESF fluvial desenvolvem suas funções em UBS fluvial. Ambas contam com financiamento maior, quantidade mais elevada de profissionais em cada categoria (exceto médico), acrescenta o profissional microscopista à equipe, incentiva a integração de assistentes sociais e outras profissões e prevê custeio de estruturas adicionais de logística (unidades de apoio/satélites e embarcações menores de deslocamento) (Brasil, 2018). Conforme idealizado pela política, a equipe da ESF ribeirinha fica baseada em uma UBS principal e percorre, por meio de embarcações menores, como lanchas, em intervalos regulares, outras comunidades de sua abrangência com unidades satélites, onde permanecem técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Já a ESF fluvial realiza ações itinerantes com a equipe embarcada em uma UBS fluvial, caracterizada por uma embarcação de maior porte, com acomodações para os profissionais, salas de atendimento e procedimentos técnicos, tendo diretriz de 60 dias de retorno às comunidades atendidas. Nos dois arranjos os profissionais devem se dedicar às ações por 10 dias consecutivos, alternados por 20 dias de repouso e educação permanente (Brasil, 2018).

Apesar de importante avanço, oferecendo um desenho inicial de serviços mais orientados a determinadas populações rurais, as iniciativas ainda são fragmentadas, pois as ações são esparsas, pouco incisivas nas barreiras de acesso e mal integrados na realidade de oferta dos serviços (Pessoa et al., 2018). Além disso, apresenta números modestos e insuficientes para atender as populações a que se destina (Carneiro et al., 2017). Outra crítica é a necessidade avançar mais para estratégias que compreendam a diversidade de populações rurais, por exemplo, de grupos extrativistas e residentes em territórios rurais remotos (Pessoa et al., 2018; Carneiro et al., 2017).

De modo geral, a APS mantém relevantes desafios nacionais, como: situação inadequada da infraestrutura das UBS; necessidades de melhoria na gestão do trabalho, que envolvem formação, fixação de profissionais nas equipes e condições de trabalho; insuficiente organização do processo de trabalho das equipes e na qualidade da atenção prestada; financiamento inadequado e insuficiente; e integração incipiente da APS na rede de atenção à saúde (Giovanella e Mendonça, 2012; Fausto et al., 2019; Savassi et al., 2018). Em medidas mais específicas à atenção à saúde rural, o Ministério da Saúde incentivou financeiramente as equipes que atendiam os territórios priorizados – assentados, quilombolas e populações ribeirinhas (Savassi et al., 2018). No entanto, não houve atualização das portarias que definiam essas prioridades, deixando muitos territórios sem incentivos de cobertura (Castro et al., 2018). No contexto rural, não obstante ser o principal e muitas vezes único recurso à saúde, os desafios da Atenção Básica são particularmente agravados e verificam-se pior desempenho em áreas rurais, territorialização ausente para priorização de ações e fragilidades na participação social (Savassi et al., 2018; Pessoa et al., 2018).

A partir de 2017, com a reformulação da Pnab observaram-se retrocessos, como a dispensa dos ACS como membro da equipe da ESF, o arranjo de carga horária por categoria profissional, a relativização da população adscrita a ser coberta pela ESF, o cuidado segmentado em padrões essenciais e ampliados, a retomada da APS tradicional em detrimento da priorização à ESF, com prejuízos à distribuição solidária no arcabouço federativo brasileiro (Morosini et al., 2018). Essas mudanças podem afetar a saúde rural, uma vez que o próprio caráter comunitário e assistencial abrangente da ESF, baseado no vínculo e em ações no território, garantiu melhor atenção à saúde em áreas rurais (Savassi et al., 2018).

Em relação ao financiamento, sua reformulação com o Programa Previne Brasil (Brasil, 2019) incorpora na capitação ponderada a nova tipologia de rural e urbano do IBGE. Embora defina uma ponderação maior a uma equipe de ESF em MRR, o valor do financiamento é o mesmo de uma equipe urbana, devido ao parâmetro proporcional reduzido de cadastros válidos (Melo, 2022), apesar dos custos de atenção à saúde em MRR serem maiores. O repasse de recursos se afasta da necessária concepção de território na abordagem de populações rurais remotas ao inverter a base do financiamento de um nível populacional para o nível individual (Giovanella et al., 2019), ao favorecer formatos de equipes de Atenção Primária (compostas somente por médicos e enfermeiros) (Melo, 2022) e permanece pouco sensível para a complexidade envolvida com as questões de saúde rural

(Pessoa et al., 2018).

O instrumento político mais diretamente direcionado à questão da saúde rural no Brasil é a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do campo, da floresta e das águas, publicada em 2013. O conceito “povos e populações do campo, da floresta e das águas” entrou na agenda do Ministério da Saúde por intermédio das discussões no Grupo da Terra, instituído em 2004 e integrou a luta contra a invisibilidade destas populações dentro do setor saúde (Brasil, 2013). Esta terminologia destaca que as práticas culturais, o modo de vida e de cuidar popular e do SUS precisam ser compreendidos e são diferenciados. Neste sentido, as populações do campo, da floresta e das águas são povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados com a terra, incluindo agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, que vivem no campo e na cidade, quilombolas, ribeirinhos, extrativistas e populações atingidas por barragens (Brasil, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, floresta e águas faz parte de um conjunto de políticas de promoção de equidade, dirigidas a grupos específicos, no âmbito do Ministério da Saúde no período dos governos Lula e Dilma, valendo mencionar aquelas redigidas para a saúde dos povos ciganos e da população negra, que contemplam especificidades de grupos estabelecidos em meios rurais e de comunidades tradicionais (Savassi et al., 2018).

Houve forte relação da Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, floresta e águas com a Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais e com conceitos elencados no Dicionário da Educação do Campo, segundo Fenner et al. (2018). Direcionou-se a melhorar o nível de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, objetivando o acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida. Teve ênfase na determinação social do processo saúde-adoecimento em sua formulação e suas estratégias apontam para a intersetorialidade, em especial em articulação com políticas que promovam desenvolvimento rural, sublinhando a educação, o trabalho, o saneamento e o ambiente, bem como as dirigidas para a questão agrária e o financiamento da assistência técnica, em particular a agricultura familiar (Brasil, 2013).

Previu atuação integrada das três esferas de gestão do SUS, e orientada pelo respeito à diversidade social, cultural e biológica, reforçando a participação e controle social. Aponta para a educação permanente dos trabalhadores de saúde e das populações, de modo a

aumentar a compreensão de ambos sobre as especificidades da relação entre o processo de trabalho das populações do campo, da floresta e das águas, a saúde e a interculturalidade. Outro conceito valorizado na Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, floresta e águas é o de territorialização, indicando a definição de Mapas da Saúde, que devem descrever geograficamente a distribuição de recursos humanos, de ações e de serviços de saúde oferecidos, em uma perspectiva de abordagem territorial na política (Brasil, 2013).

Enfatiza quatro eixos operacionais: eixo 1: acesso das populações do campo e da floresta na atenção à saúde; eixo 2: ações de promoção e vigilância em saúde; eixo 3: educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo, da floresta e das águas; eixo 4: monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde (Brasil, 2013). Essa política significou avanços no sentido de visibilizar quem são as populações do campo, floresta e águas.

Para as populações rurais, um dos resultados mais palpáveis da construção da Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, floresta e águas foram programas de vigilância em saúde do trabalhador rural, organizados a partir de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, com foco especial na exposição ocupacional relacionada aos agrotóxicos (Fenner et al., 2018). No entanto, não alcançou integração efetiva com outras políticas de desenvolvimento de territórios rurais e apresentou baixa incorporação nas políticas setoriais a partir da transversalidade pretendida (Fenner et al., 2018).

Outras políticas voltadas para saúde rural que se ressaltam são aquelas com enfoque sobre o provimento de profissionais de saúde. Como tratado anteriormente, a deficiência de pessoal para executar as ações de saúde é sentida em áreas rurais já previamente ao SUS e teve resposta parcial com seguidos programas de provisão de FTS na APS, sendo o PMM o mais consistente e com mais impactos sobre municípios rurais e remotos, não obstante tentativa de substituição pelo Programa Médicos pelo Brasil. Critica-se ainda nessas políticas a falta de especificidade sobre a saúde rural na inserção dos profissionais (Carneiro et al., 2017).

Mais um importante tema no que toca às políticas públicas de saúde para realidades rurais é a saúde indígena. A complexidade e especificidade do tema não é possível de ser aprofundada dentro do recorte desta tese. Para efeito de contextualização, aponta-se a existência de políticas próprias de saúde para os indígenas, fruto de sua luta e cujo principal marco normativo é a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, instituída em 2002 (Brasil, 2002).

Outra normativa que se associa à questão da saúde rural implementada no SUS foi a

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Brasil, 2015). Essa política, junto ao intuito de estimular as abordagens naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com base no acolhimento, vínculo e integração sociedade-meio ambiente, enfatiza as práticas da medicina tradicional chinesa, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica, além de técnicas relacionadas a esses grandes tipos (Brasil, 2015). Critica-se que sua relação com as práticas tradicionais brasileiras se limita às plantas medicinais e não abarca uma série de cuidadores tradicionais, como curandeiros, pajés, benzedeiros, puxadores, parteiras, etc. (Vaz Filho, 2016).

Em síntese, a partir das iniciativas governamentais, percebe-se um avanço inicial nas políticas de saúde voltadas às populações rurais, contudo, são insuficientes para o conjunto de desafios colocados para o contexto rural brasileiro. Percebe-se tanto dificuldades de implementação e financiamento específicos, como uma frágil formulação e sustentação de políticas públicas que não sejam voltadas às metrópoles e ao contexto urbano. Assim, replicou-se nesses espaços rurais, sem a devida adequação, a mesma composição de equipe, muitas vezes fragilizada e centrada em atendimento ambulatorial, do modelo urbano, conforme Fenner et al. (2018). Carneiro et al. (2017) argumentam que os maiores avanços das políticas oficiais de saúde rural se deram quando os movimentos sociais do campo estavam mais organizados: na década de 1960, na conquista do Funrural; na década de 1980, o Pias; e, no ano de 2004, com o Grupo da Terra e a subsequente Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, floresta e águas de 2013.

De modo geral, apesar de algumas estratégias incipientes, arranjos organizacionais de atenção à saúde para territórios rurais podem ser considerados ainda como limitados, fragmentados ou descontinuados. A provisão e fixação de profissionais em áreas rurais e remotas permanece como questão crítica e mal resolvida, especialmente com os desinvestimentos no PMM e direcionamentos para políticas de Atenção Básica chamadas de neoseletivas (Giovanella et al., 2020), que impactam mais severamente as populações vulneráveis dessas regiões e usuárias praticamente exclusivas do SUS. Compreender a centralidade do território na Atenção Básica e a necessidade de adaptações de acordo com o contexto em que está inserida é ponto fundamental para um maior acesso e qualidade do cuidado em saúde. Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, floresta e águas estabelecida tardiamente, apenas em 2013, avançou em conceitos importantes mostrando complexidade da ruralidade. Porém, seu baixo alcance somou-se a políticas dispersas em aspectos específicos, que não conseguem compor um corpo institucional mais robusto para a saúde rural.

### 3 MÉTODOS

A pesquisa para a tese se orientou por métodos de abordagem qualitativa, constituída em duas etapas. Na primeira etapa da pesquisa foi realizada uma revisão integrativa de literatura internacional sobre os desafios da saúde rural. Essa revisão foi importante para sistematizar informações e conhecimentos em tema de pouca produção no meio científico, guiando a análise posterior. A segunda etapa consistiu da análise de conteúdo das entrevistas dos médicos na pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil”, de abrangência nacional, conduzida pela Fiocruz e na qual este trabalho se integra. Neste capítulo, inicialmente apresenta-se a pesquisa nacional que serviu de base à tese. Em seguida, os sujeitos da pesquisa da tese – os médicos da ESF em MRR – bem como a análise de suas informações são descritos. Após, aponta-se como foi feita a revisão integrativa de literatura. As considerações éticas constituem a parte final do capítulo.

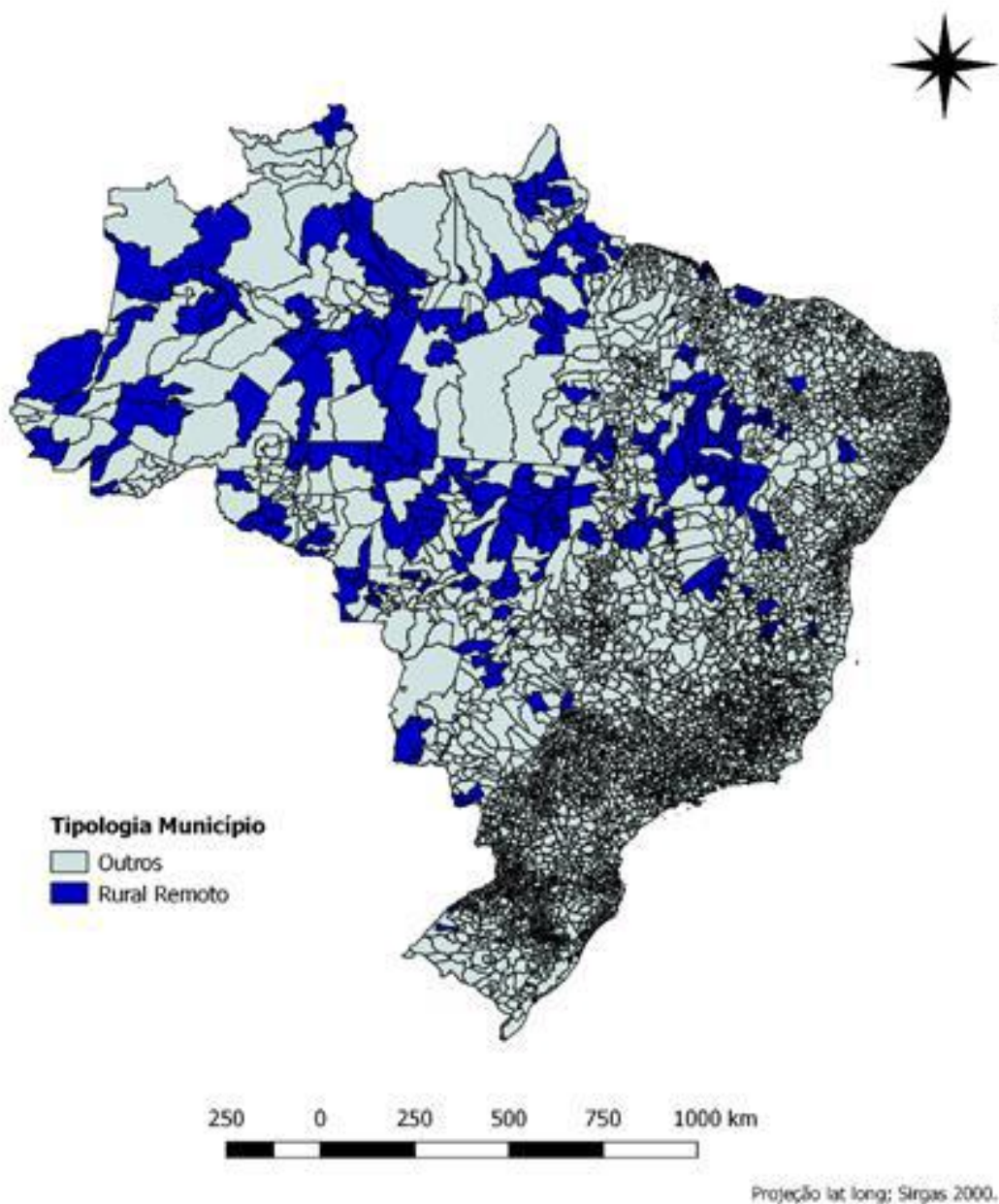
#### 3.1 PESQUISA “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL”

O estudo para esta tese integrou a pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil”, conduzida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em colaboração com diversas instituições de pesquisa no Brasil e com minha participação desde seu início como membro da equipe. Tal pesquisa originou-se da experiência de campo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) na parceria para avaliação externa, contanto com financiamento pelo Ministério da Saúde e pela Fiocruz. Trata-se de estudo de casos múltiplos, com unidade de análise em municípios rurais e remotos (Fausto et al., 2019).

A caracterização dos territórios rurais remotos na pesquisa se baseou na classificação de municípios urbanos e rurais do IBGE (2017). O foco foi nos 323 municípios classificados pelo IBGE como rurais remotos, onde vivem 3.856.692 cidadãos brasileiros. Como se pode ver na Figura 1, há concentração desses municípios nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.



Figura 1 - Municípios rurais e remotos no Brasil, 2017



Fonte: Extraído de IBGE, 2017

A classificação dos territórios do estudo e sua discussão foram apresentadas em artigo de Bousquat et al. (2022). Considerando como categoria de análise o “uso do território”, a partir de referências de Milton Santos (Santos, 1994; Santos e Silveira, 2001; Santos, 2008), a pesquisa tipificou seis áreas homogêneas, com lógicas espaciais distintas, que envolveram 97,2% (307) dos municípios rurais remotos: Norte-águas; Norte-estradas;

Vetor Centro-Oeste; Matopiba; Semiárido; e Norte de Minas<sup>2</sup>. Os nove municípios não classificados nas áreas da pesquisa correspondem a municípios bastante dispersos, que não caracterizavam uma dinâmica própria agregada.

A amostra para o campo da pesquisa foi do tipo intencional, levando em conta, para cada um dos seis tipos de território, municípios com características médias e com características incomuns, a partir de aspectos demográficos, socioeconômicos e de saúde em indicadores selecionados (Bousquat et al., 2022). Buscou-se contemplar diferentes realidades dos MRR, proporcionando reconhecer constrangimentos para a atenção integral à saúde desde a APS, bem como estratégias para superá-los.

Dessa forma, 27 municípios compuseram a amostra para o desenvolvimento da pesquisa, conforme exibido no Quadro 1 segundo distribuição entre os territórios do estudo e média de características sociodemográficas. Percebe-se que são territórios vulneráveis, com índice de desenvolvimento humano baixo e grande porcentagem de população cadastrada no Programa Bolsa Família, com exceção do Vetor Centro-Oeste. Este território, junto com Matopiba, em razão da expansão do agronegócio, apresenta dinamismo econômico mais elevado entre os territórios rurais remotos. A média de população dos municípios por territórios da pesquisa varia de cerca de oito a trinta mil habitantes, com densidade demográfica baixa, na média da amostra entre 1,18 a 6,95 habitantes/km<sup>2</sup>.

Quadro 1 - Características sociodemográficas dos MRR da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil”

Área	UF	Municípios selecionados	População*	PIB per capita*	Faixa IDH-M*	Densidade demográfica (hab/km <sup>2</sup> )*	% Bolsa Família*	Cobertura potencial da ESF*
<b>Matopiba</b>	MA, PI, TO	7	10.324	21193	baixo	4,33	57,23	99,4%
<b>Semiárido</b>	BA, PI	4	15.210	4920	baixo	6,95	63,25	87,0%
<b>Centro-Oeste</b>	MT	3	10.271	25980	médio	1,18	21,16	100%
<b>Norte de Minas</b>	MG	3	8.430	5891	baixo	5,54	47,81	100%
<b>Norte-águas</b>	AM, AP, PA	7	25.255	6762	baixo	4,33	55,33	94,4%
<b>Norte-</b>	AC,	3	31.563	8200	baixo	2,92	37,75	53,0%

<sup>2</sup> As áreas do Norte-águas e Norte-estradas correspondem a MRR da região Norte, diferenciando-se por terem se estabelecido a partir de tradicionais vias fluviais na Amazônia ou a partir da implantação de estradas na região, desde o período de políticas desenvolvimentistas no Brasil. MRR do Vetor Centro-Oeste são aqueles formados com a ocupação das fronteiras e expansão do agronegócio no Centro-Oeste, estendendo-se até Rondônia. Matopiba é uma região de abertura recente de fronteira agrícola, com MRR próximos dos limites dos estados do Maranhão, Piauí, Tocantins e Bahia. Semiárido equivale à área de clima semiárido no Nordeste e Norte de Minas à parte setentrional de Minas Gerais, ambas as áreas historicamente apartadas dos eixos de desenvolvimento nacional. A tipificação das áreas da pesquisa é detalhada no artigo de Bousquat et al. (2022).

Área	UF	Municípios selecionados	População*	PIB per capita*	Faixa IDH-M*	Densidade demográfica (hab/km²)*	% Bolsa Família*	Cobertura potencial da ESF*
estradas	PA							

Fonte: Bousquat et al., 2022

\*Média dos municípios selecionados de cada área do estudo

A etapa de pesquisa de campo foi realizada entre maio e novembro de 2019, gerando vasto material de relatórios e de entrevistas com 79 gestores, 163 profissionais de saúde e 159 usuários. Em cada município foram selecionadas para pesquisa de campo duas UBS: uma localizada na sede municipal e uma na área rural do município. Entrevistas semiestruturadas ocorreram com gestores (secretário de saúde e coordenador da Atenção Básica), profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários. Para analisar a especificidade de acesso e práticas profissionais foram definidos três eventos traçadores (hipertensão arterial, acompanhamento de pré-natal, parto e puerpério, e, diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) para os quais foram investigadas práticas de médicos, enfermeiros e ACS e pesquisadas trajetórias assistenciais a partir das experiências de usuários.

Nas entrevistas, foram ainda preenchidos formulários estruturados, com perfil do entrevistado e observações do entrevistador, e uma seção de síntese. Cada equipe de pesquisa de campo também produziu um relatório de campo, com síntese das informações coletadas no município, incluindo, além das entrevistas, dados secundários e registros de observação. As entrevistas foram gravadas e transcritas e todo o material acumulado em banco de dados único, organizado por territórios da pesquisa e municípios.

### 3.2 SUJEITOS DA PESQUISA E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O extenso acervo da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil” constituiu em fonte de informação para o presente estudo sobre a atuação de médicos da APS em territórios rurais e remotos no Brasil, debruçando-se primordialmente sobre as entrevistas dos médicos. Os sujeitos da pesquisa foram 46 médicos, com entrevistas integralmente transcritas, nos 27 municípios rurais e remotos selecionados. Embora fosse esperado obter duas entrevistas de médicos por município-caso, ocorreram algumas perdas por indisponibilidade de profissional, recusa de participação na pesquisa, áudios inaudíveis para transcrição e extravio de material.

Os profissionais foram abordados por meio de roteiro para entrevista semiestruturada

(Anexo A), que se organizou nas seguintes seções: perfil do entrevistado, características do território e população, estrutura da UBS, oferta de ações e atividades/serviços na UBS, TIC, fluxo para atenção ambulatorial/hospitalar, prevenção do câncer de colo do útero, hipertensão arterial e pré-natal, parto e puerpério. As entrevistas, gravadas e transcritas, tiveram a identificação dos participantes da pesquisa substituídos por códigos, correspondendo os médicos ao seguinte esquema:

- Número 1 a 6 associado à área da pesquisa: Vetor Centro-Oeste (1), Norte de Minas Gerais (2), Matopiba (3), Norte-Águas (4), Norte-Estradas (5), Semiárido (6).
- Sigla do estado.
- Número 1 a 27 associado ao município, conforme ordem de realização da pesquisa de campo.
- MED1 para médico lotado em UBS na sede do MRR, MED2 para médico lotado em UBS no interior do MRR.

Um perfil dos médicos extraído do banco da pesquisa é apresentado na Tabela 1. Os médicos eram jovens, com até 40 anos majoritariamente. A maioria dos médicos (64,4%) foi do sexo masculino. Metade dos médicos se formou na Bolívia e 31,1% na região Sudeste, enquanto o restante em Cuba, Paraguai e Peru (n=6) ou na região Norte (n=2). Os médicos tinham muito pouca experiência na APS do município, com 71% com menos de um ano de atuação. Quase dois terços dos médicos eram do PMM, enquanto o restante era vinculado ou por contrato de tempo determinado ou estatuto de Regime Jurídico Único, afora quatro médicos atuando como cooperativado ou autônomo.

Tabela 1 - Perfil dos médicos entrevistados, conforme áreas do estudo, idade, sexo, local de graduação, tempo de atuação na equipe e tipo de vínculo com o município

<b>Área do estudo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Norte-águas	14	30,4
Norte-estradas	4	8,7
Vetor Centro-Oeste	5	10,9
Matopiba	9	19,6
Semiárido	8	17,4
Norte de Minas	6	13,0
<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
22 a 30 anos	21	45,7
31 a 40 anos	17	37,0

41 a 50 anos	6	13,0
51 a 76 anos	2	4,3
<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Feminino	16	34,8
Masculino	30	65,2
<b>Local de graduação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Brasil – Norte	2	4,3
Brasil – Nordeste	1	2,2
Brasil – Centro-Oeste	0	0
Brasil – Sudeste	14	30,4
Brasil - Sul	0	0
Bolívia	23	50,0
Cuba	3	6,5
Paraguai	2	4,3
Peru	1	2,2
<b>Tempo de atuação na equipe</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menos de 1 ano	32	69,6
1 a 3 anos	9	19,6
Mais de 3 anos (6 a 15 anos)	5	10,9
<b>Tipo de vínculo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Estatutário	5	10,9
Celetista	0	0
Contratado por tempo determinado	8	17,4
Cooperado	1	2,2
Autônomo	3	6,5
Programa Mais Médicos	29	63,0
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

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

A partir de pesquisa qualitativa, as entrevistas constituíram o *corpus* de trabalho da tese. Cálculos de frequência foram feitos adicionalmente com informações dos médicos a partir das entrevistas e, principalmente, do banco da pesquisa, para distinção de informações mais objetivas, como se expressa na Tabela 1.

A principal abordagem foi a análise temática de conteúdo. Como uma metodologia qualitativa amplamente aceita, a eleição da análise de conteúdo se justifica por seu reconhecido direcionamento na busca pela identificação e interpretação de núcleos de sentido, cuja presença/ausência e frequência dão significados ao objeto de pesquisa (Minayo, 2014), qual seja: a atuação dos médicos da ESF em territórios rurais remotos. Mais recortadamente, a análise de conteúdo das entrevistas dos médicos é oportuna para os dois

objetivos específicos finais da tese: compreender o perfil de atuação dos médicos da ESF no território e na UBS em MRR; e analisar a inserção e atuação de médicos em territórios rurais remotos a partir das práticas e seus desafios na ESF em MRR.

A análise foi pautada pelas orientações de Minayo (2014), que sugere que os procedimentos da técnica transcorram com leitura de primeiro plano das falas para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Segundo a autora, esta abordagem se ancora na relação de estruturas semânticas com estruturas sociológicas, ou seja, da superfície do texto transcrito com os fatores que o determinam.

Operacionalmente se desdobra em três etapas: pré-análise (leitura flutuante, constituição do *corpus*, (re)formulação de hipóteses e objetivos), exploração do material (codificação, contagem, classificação e agregação dos dados; leitura horizontal e transversal exaustiva; especificação de temas) e tratamento/interpretação dos resultados (cálculos, inferências, interrelações com quadro teórico prévio, esclarecimento da lógica interna do *corpus* de análise, abertura de novas dimensões teóricas/interpretativas sobre o objeto) (Minayo, 2014). Como indicam Meny e Thoenig (1992) e Minayo (2014), deve-se confrontar similaridades, diferenças e padrões existentes nas visões dos participantes da pesquisa, a fim de produzir uma compreensão única do objeto de estudo.

Na pré-análise, houve, de fato, reformulação dos objetivos do estudo, que antes se estendiam aos enfermeiros entrevistados na pesquisa e à compreensão da colaboração entre médicos e enfermeiros na análise da atuação dos profissionais. Foi necessário maior recorte no estudo, verificando-se que o volume de conteúdo a analisar com a proposta anterior era insustentável nos limites de tempo e recursos interpostos a uma tese de doutorado. Desse modo, esta pesquisa se reorientou aos moldes apresentados atualmente, detendo os objetivos à atuação dos médicos, em particular.

Ainda na pré-análise, realizou-se leitura flutuante do material transcrito, a fim de estabelecer categorias iniciais de análise, tendo por base anterior a revisão integrativa de literatura, descrita adiante. Questões relacionadas à atuação dos médicos da ESF em MRR levantadas pela revisão foram ajustadas ao material empírico ao se definir pressupostos de análise para os objetivos específicos.

As categorias iniciais de análise foram delineadas para cada um desses objetivos. No primeiro (compreender o perfil de atuação dos médicos da ESF no território e na UBS em MRR), tais categorias se agruparam em conjuntos mais amplos, que se constituíram por: 1) perfil profissional, 2) arranjos para atuação no território e 3) organização das atividades. As categorias correspondentes foram: 1) caracterização geral, conformação das equipes,

escassez da FTS e Programa Mais Médicos; 2) vínculo de referência e deslocamentos; e 3) carga horária e organização da agenda.

No segundo objetivo específico (analisar a inserção e atuação de médicos em territórios rurais remotos a partir das práticas e seus desafios na ESF em MRR), as categorias foram definidas sem agrupamento, sendo elas: assistência e vigilância a grupos prioritários, atenção às urgências, práticas ampliadas, abordagem à saúde mental, orientação familiar, interculturalidade, ações intersetoriais, envolvimento na participação comunitária e ações de planejamento. O Quadro 2 abaixo mostra as categorias iniciais de análise elaboradas.

Quadro 2 - Categorias iniciais de análise

<b>Objetivos de análise</b>	<b>Categorias</b>
Perfil de atuação dos médicos no território e na UBS em MRR	Perfil profissional: caracterização geral, conformação das equipes, escassez da FTS e PMM
	Arranjos para atuação no território: vínculo de referência e deslocamentos
	Organização das atividades: carga horária, organização da agenda
Inserção e atuação dos médicos a partir das práticas e seus desafios na ESF em MRR	Assistência e vigilância a grupos prioritários
	Atenção às urgências
	Práticas ampliadas
	Abordagem à saúde mental
	Orientação familiar
	Interculturalidade
	Ações intersetoriais
	Envolvimento na participação comunitária
Ações de planejamento	

Fonte: Elaboração própria

Na exploração do material empírico, foram codificados, por meio do Nvivo®, trechos das entrevistas de acordo com as categorias acima. Gerou-se documentos de texto separados por categoria e uma planilha com colunas correspondendo aos médicos (dispostos em ordem conforme área da pesquisa e UBS de lotação – sede e interior) e as linhas às categorias. Da leitura dos arquivos com os trechos codificados foram extraídas subcategorias, acrescentadas à planilha, junto com as falas dos médicos. Por exemplo, na assistência e vigilância a grupos prioritários, as falas foram organizadas em subcategorias como: busca ativa no território, recursos diagnósticos, avaliação e monitoramento dos riscos,

recursos terapêuticos e ações coletivas.

Após proceder desta forma para cada categoria, foi feita leitura horizontal e vertical das falas na planilha, em etapa sucessiva para cada objetivo específico, resultando cada um em um artigo científico próprio. As categorias foram melhor especificadas em seus temas, interpretados no contexto dos sujeitos da pesquisa, considerando conteúdos homogêneos e peculiares, as áreas da pesquisa, a localização na sede e interior e informações, como tempo de experiência profissional e idade, conhecidas tanto pelo banco da pesquisa como pelas próprias entrevistas. As categorias se remodelaram de acordo com os achados da análise, sendo reorganizadas, readequadas e qualificadas, agrupando-se em conjuntos mais amplos. Estas categorias foram qualificadas, apontando para os resultados da análise de conteúdo.

No Quadro 3 explicita-se as categorias finais de análise resultantes do exame do primeiro objetivo (correspondente ao segundo artigo da tese: “Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?”), agrupadas da seguinte forma: perfil dos médicos e sua inserção na ESF, arranjo da atuação dos médicos no território e organização das atividades dos médicos na UBS.

Quadro 3 – Categorias finais de análise no segundo artigo da tese: “Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?”

Conjuntos de categorias	Categorias
Perfil dos médicos e sua inserção na ESF	Perfil dos entrevistados
	Conformação das equipes
Arranjo da atuação dos médicos no território	Frágil vínculo de referência com território da UBS
	Limitados deslocamentos no território de atuação
Organização das atividades dos médicos na UBS	Flexibilidade e acordos no horário de trabalho
	Arranjo das ações com ênfase na demanda espontânea

Fonte: Elaboração própria

No Quadro 4, mostra-se como se definiram as categorias finais de análise do segundo objetivo da tese, cuja análise resultou no terceiro artigo da tese, intitulado “Saber fazer e ser dos médicos no rural remoto: inserção e atuação médica na Atenção Primária à Saúde no interior do Brasil”. Essas categorias pertenceram a conjuntos descritos como: trajetória dos médicos, assistência no cuidado longitudinal e oportuno e abordagem psicossocial e comunitária.



Quadro 4 – Categorias finais de análise no terceiro artigo da tese: “Saber fazer e ser dos médicos no rural remoto: inserção e atuação na Atenção Primária à Saúde no interior do Brasil”

Conjuntos de categorias	Categorias
Trajetória dos médicos	Recente exercício profissional via PMM
	Médicos mais experientes como referência local pela resolubilidade
	Restrita continuidade da qualificação profissional
	Inóspita adaptação sociocultural
Assistência no cuidado longitudinal e oportuno	Reduzida busca ativa dos usuários
	Limitada investigação e monitoramento dos problemas de saúde
	Prática terapêutica com estrutura deficiente
	Pouca valorização das ações coletivas
	Ênfase no atendimento à demanda espontânea
Abordagem psicossocial e comunitária	Inaptidão para abordagem à saúde mental
	Orientação familiar restrita pelo foco no indivíduo
	Competência cultural pouco desenvolvida
	Intersetorialidade induzida por programas federais
	Baixa inserção na participação comunitária
	Frágil planejamento pela equipe

Fonte: Elaboração própria

### 3.3 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Como parte do objetivo de analisar a atuação dos médicos da APS em territórios rurais remotos no Brasil, foi realizada uma revisão de literatura que buscou identificar e analisar, no contexto mundial, desafios e estratégias sobre o acesso, organização da atenção e FTS na APS em áreas rurais, consideradas categorias centrais ao tema, como foi revelado na contextualização. Entende-se como altamente relevante compreender as experiências internacionais que estão sendo desenvolvidas na problematização do papel da APS em uma atenção integral à saúde das populações rurais, a fim de traçar categorias de análise apropriadas na investigação sobre a atuação dos profissionais da APS em territórios rurais e remotos.

Dado o objeto desta tese, em particular as estratégias ligadas a problemas de acesso, organização da atenção e FTS na APS rural, ser um assunto ainda pouco sistematizado na realidade brasileira e insuficientemente incorporado nas políticas de saúde, a primeira etapa da pesquisa da tese foi uma revisão integrativa de literatura, resultando no primeiro artigo científico, publicado em 2021 e apresentado nos resultados. A revisão integrativa foi conveniente ao objeto do estudo e ao propósito de identificar e analisar desafios e estratégias sobre acesso, organização e FTS na APS em áreas rurais, pois é um método que realiza

análise crítica e síntese de evidências disponíveis sobre o tema de pesquisa (Mendes et al., 2008; Souza et al., 2010). Inclui diversificados estudos (quantitativos e qualitativos, experimentais e não-experimentais), visando compreensão ampla do estado do conhecimento de assunto complexo (Souza et al., 2010). Condensa, de forma sistemática, pesquisas sobre um tema abrangente, contribui para a apresentação de perspectivas variadas sobre um fenômeno e pode desempenhar um importante papel para orientar práticas baseadas em evidências (Mendes et al., 2008; Whitemore e Knafl, 2005).

As recomendações de Mendes et al (2008) e Souza et al (2010) guiaram a realização da revisão integrativa, conformada com a seguinte estrutura: formulação de pergunta norteadora; definição dos critérios para inclusão e exclusão de estudos; busca abrangente na literatura; organização do material de pesquisa e das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; categorização dos estudos; análise crítica dos estudos incluídos e síntese dos resultados.

Estabeleceu-se como pergunta norteadora principal: quais as estratégias mais efetivas para a garantia de APS abrangente/integral para populações rurais? Esta pergunta foi desdobrada em três dimensões: acesso à atenção à saúde; organização da APS; e FTS para cenários rurais. Considerando a pergunta norteadora, buscou-se mapear a produção e origem de literatura internacional sobre saúde rural e APS no período de 2000 a 2019 e identificar e analisar temas do acesso, da organização da atenção à saúde e da FTS para APS abrangente/integral a populações rurais.

Foram incluídos na revisão os artigos científicos de natureza empírica ou de revisão de literatura, em língua inglesa e publicados entre janeiro de 2000 e dezembro de 2019. Definiu-se como critérios de exclusão: duplicação e indisponibilidade; publicações que não fossem artigos originais de pesquisa científica (editoriais, artigos de opinião, debates, comunicações, resenhas, relatórios, etc.); artigos sobre procedimentos, substâncias, exames, medicamentos ou agravos específicos; artigos que não se referissem especificamente a áreas rurais, à prestação de serviços de saúde e à APS.

Inicialmente, selecionou-se como bases bibliográficas: *The Cochrane Library* (Cochrane) (<https://www.cochranelibrary.com/>) e *Medline* (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). A partir de busca inicial foram identificadas e incorporadas como bases duas revistas específicas sobre saúde rural australianas: *Rural and remote health* (<https://www.rrh.org.au/>) e *Australian Journal Rural Health* (<https://onlinelibrary.wiley.com/journal/14401584>). Ambas revistas apresentaram expressivas citações nos artigos sobre saúde rural, além de serem específicas no tema.

Foram escolhidos os descritores do *Medical Subject Headings (Mesh)*: “*rural health*”, “*primary health care*” e “*access*”. A opção pela inclusão do termo “*access*” se deveu a melhor refinamento da pesquisa, de acordo com a centralidade do problema de acesso em áreas rurais. Nas revistas australianas, cujo conteúdo já é específico de saúde rural, além dos descritores anteriores, também se determinou aplicação do termo “*human resources*”, para refinar a pesquisa de acordo com os objetivos desta revisão.

A opção inicial foi pela busca combinada entre os descritores definidos, contudo, a forma de busca precisou diferir em cada base, considerando suas ferramentas de pesquisa e a abrangência da literatura investigada. Em cada base, privilegiou-se a forma de busca que gerasse mais artigos voltados aos objetivos desta revisão. Abaixo, o Quadro 5 mostra a chave de busca e a quantidade de artigos extraída de cada base bibliográfica.

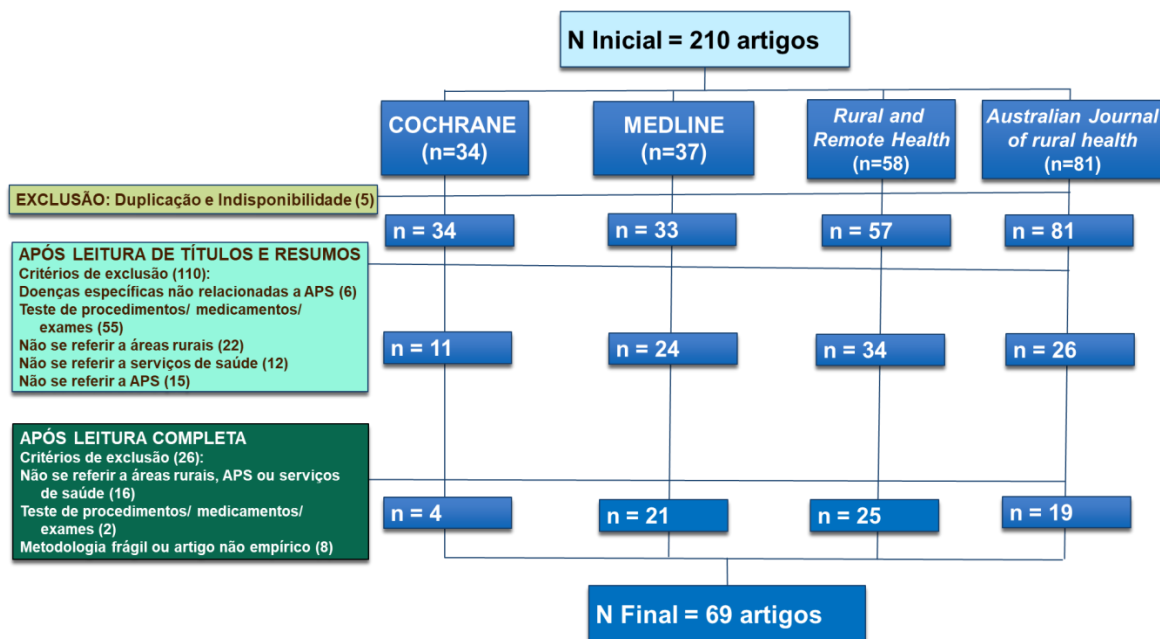
Quadro 5 - Chave de busca e resultados em número de artigos nas bases bibliográficas selecionadas, 2000 a 2019

Base bibliográfica	Chave de Busca		Artigos
	Descritores	Campo	
Medline	Rural health AND primary health care AND access	Title/Abstract	37
Cochrane	Rural health	Title/Abstract/Keyword	34
Rural and Remote Health	Primary health care; access; human resources	Article type: original research	58
Australian Journal of Rural Health	Primary health care AND access; human resources	This Journal/Abstract	81

Fonte: Elaboração própria

Houve, portanto, um total de 210 artigos identificados preliminarmente. Conforme mostrado no fluxograma da Figura 2 abaixo, foram excluídos cinco artigos por duplicação em indisponibilidade em etapa inicial. Realizou-se a leitura de títulos e resumos dos 205 artigos restantes por dois pesquisadores de forma independente, adotando-se critérios de inclusão e exclusão definidos. Foram selecionados 95 artigos, que seguiu mesmo processo, com leitura completa dos artigos, resultando em 69 artigos em seleção final (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma da seleção de artigos



Fonte: Elaboração própria

Os artigos foram organizados em Excel®, por base bibliográfica e periódico, ano de publicação, três primeiros autores, países das instituições dos autores, países do campo do estudo, título, argumentos principais, objetivos, métodos, tipo de estudo (quantitativo, qualitativo, quanti-qualitativo ou revisão de literatura) e resultados principais. Após leituras repetidas do material por dois pesquisadores, cada artigo foi atribuído a uma categoria principal: acesso, organização da atenção à saúde e FTS.

Em seguida, foi feita leitura vertical exaustiva, buscando núcleos de sentido, a partir de semelhanças e particularidades entre os achados dos artigos, para identificar temas de cada categoria, cabendo um ou mais temas relacionados aos estudos. Adicionalmente, foram realizados cálculos de frequência, tanto para as categorias e temas, quanto para o período de publicação e localização dos artigos.

Os resultados dessa análise foram organizados e apresentados no artigo produzido, de modo a sintetizar os achados principais dos desafios e estratégias sobre acesso, organização da atenção e FTS na APS rural identificados nos estudos. Esses resultados ofereceram uma perspectiva internacional preliminar da atuação em territórios rurais e remotos, dando suporte à análise das entrevistas dos médicos na pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil”.

### 3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto para realização desta tese foi inserido na pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil”, por sua vez aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. O registro desse processo pode ser identificado na Plataforma Brasil (<https://plataformabrasil.saude.gov.br>) pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 92280918.3.0000.5240 e pelo parecer de aprovação nº 2.832.559. A inserção do projeto para a realização da tese de doutorado está explícita em parecer de aprovação no. 3.963.781, em resposta à solicitação de emenda.

Foram seguidas as orientações da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, que apresenta as normas éticas para a realização de pesquisas com seres humanos, e a Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. A pesquisa teve concordância e anuência do Ministério da Saúde, bem como das Secretarias Municipais de Saúde nos municípios onde a pesquisa foi realizada.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 ARTIGO 1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ÁREAS RURAIS: ACESSO, ORGANIZAÇÃO E FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE EM REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA<sup>3</sup>

**Autores:** Cassiano Mendes Franco; Juliana Gagno Lima; Lígia Giovanella

**Resumo:** Em áreas rurais e remotas, a Atenção Primária à Saúde é essencial para enfrentar iniquidades que marcam esses territórios. O conceito de ruralidade é pouco preciso e políticas voltadas à saúde rural no Brasil são frágeis. Revisão de literatura internacional pode apoiar maior compreensão sobre estratégias desenvolvidas em questões centrais da saúde rural. O objetivo deste artigo foi identificar e analisar desafios do acesso, organização da atenção e força de trabalho em saúde na atenção primária em áreas rurais. Foi feita revisão integrativa de literatura, com busca de artigos científicos publicados entre 2000 e 2019, nas bases *Cochrane* e *Medline* e revistas específicas de saúde rural. A pesquisa resultou em 69 artigos, categorizados em acesso, organização e força de trabalho. Foram analisados temas principais de seus achados. Os artigos classificados como acesso tiveram entre temas centrais: aspectos geográficos, necessidades de deslocamento dos usuários e acesso aos serviços hospitalares e especializados. Artigos da organização da atenção trataram de: estrutura e insumos, funcionamento dos serviços de saúde e gestão com base na comunidade. Em força de trabalho em saúde, destacou-se: perfil e papel profissional e fatores de atração/fixação. Ações transversais ao fortalecimento do acesso, organização e força de trabalho em saúde em áreas rurais foram: atuação comunitária, modelos de extensão/visitação, tecnologias de comunicação/informação, acesso à assistência e formação/desenvolvimento profissional. A revisão fornece compreensão abrangente da atenção primária na saúde rural em prol da equidade das populações rurais.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Rural; Acesso aos Serviços de Saúde; Organização e Administração; Mão de Obra em Saúde.

---

<sup>3</sup> Artigo submetido e publicado pela revista *Cadernos de Saúde Pública*, disponível no link: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>

## INTRODUÇÃO

Moradores de áreas rurais representam cerca da metade da população mundial, têm menos acesso a cuidados e apresentam piores condições de saúde quando comparados com populações urbanas<sup>1</sup>. Na maioria dos países, áreas rurais enfrentam dificuldades com transporte e comunicação, desigualdades de financiamento à saúde, além de escassez e distribuição desigual de profissionais de saúde, com piores condições de trabalho<sup>2,3</sup>.

Para Strasser<sup>2</sup>, o fracasso no alcance da universalidade em saúde proposta na Declaração de Alma-Ata<sup>4</sup> se sobressai em áreas rurais e remotas. Os pressupostos de Alma-Ata para “Saúde para Todos nos anos 2000”<sup>4</sup> propugnavam por saúde como direito e centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS). Em áreas rurais e remotas, a APS, muitas vezes é único recurso à saúde<sup>1,2</sup>. Por esses atributos, como coordenadora da rede de atenção, acesso aos serviços necessários, qualidade do atendimento, precoce e oportuna prevenção e acompanhamento dos problemas de saúde, derivando em abordagem dos problemas em nível familiar e comunitário e competência cultural do cuidado<sup>5</sup>, o fortalecimento da APS é chave para enfrentar as iniquidades em áreas rurais<sup>3,6</sup>.

Quadro de maiores iniquidades em saúde rural são observadas em países em desenvolvimento<sup>3</sup>. O Brasil, não obstante expansão da APS no território nacional, ainda registra forte desigualdade socioespacial na oferta de serviços, equipamentos e profissionais<sup>7,8</sup>. A imprecisão do que é rural contribui para que a dívida de universalidade em saúde para com as áreas rurais permaneça ignorada. A ausência de abordagens mais claras sobre contextos rurais resultou na indefinição de perspectivas de ação nessas áreas, restritas à face agrária, sem expressar a realidade rural contemporânea<sup>9</sup>. Recente revisão da classificação de urbano e rural realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando a densidade demográfica e a acessibilidade a centros urbanos, indicou que 45% dos municípios apresenta baixo grau de urbanização, colocando luz na importância dos espaços rurais no território nacional<sup>10</sup>.

Mesmo no debate internacional, ainda há pouca clareza na definição de critérios sobre o rural que possam particularizar realidades distintas, sobretudo no caso dos territórios remotos<sup>3,6,11</sup>. Países continentais e ricos, como Estados Unidos, Canadá e Austrália lideram pesquisas e debates sobre saúde rural<sup>3,6</sup>. A Austrália, particularmente, ganha proeminência com iniciativas governamentais articuladas para saúde rural<sup>12</sup>. Conhecer as estratégias definidas no debate internacional para saúde rural pode auxiliar a compreender esse tema ainda pouco abordado na realidade brasileira e insuficientemente incorporado no Sistema

Único de Saúde (SUS)<sup>7,8</sup>.

Este artigo busca oferecer subsídios para compreensão abrangente da temática considerando questões centrais da APS nas áreas rurais. Sintetiza revisão de literatura internacional que teve por objetivos identificar e analisar desafios do acesso, organização da atenção e força de trabalho em saúde (FTS) na APS em áreas rurais.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada revisão integrativa da literatura sobre APS em áreas rurais. Revisões integrativas permitem síntese de diversificados estudos (quantitativos e qualitativos, experimentais e não-experimentais) visando compreensão ampla do estado do conhecimento de assunto complexo. O método é útil para condensar, de forma sistemática, pesquisas sobre um tema abrangente<sup>13,14</sup>. Em contraponto a revisões sistemáticas – em geral, mais valorizadas nas publicações – revisões integrativas, embora não tenham propósito de inferência estatística e capacidade de, como as primeiras, gerar produtos mais objetivos e uniformes quanto à força de evidências, vão além de estudos experimentais e são potentes para análises aprofundadas dos resultados alcançados e dos processos demonstrados nas pesquisas<sup>13,14</sup>.

A revisão seguiu etapas recomendadas por Mendes et al.<sup>13</sup> e Souza et al.<sup>14</sup>. Foram estabelecidos pergunta norteadora e critérios para inclusão/exclusão de estudos, procedendo-se busca na literatura com coleta de dados. Foram definidas informações a serem extraídas dos artigos selecionados, seguida por categorização dos estudos, análise crítica dos estudos incluídos e síntese dos resultados<sup>13,14</sup>.

A revisão de literatura internacional acerca de APS e saúde rural realizada teve como pergunta norteadora: quais as estratégias efetivas para garantia de APS abrangente/integral para populações rurais? Considerando a pergunta norteadora, buscou-se mapear a produção e origem de literatura e identificar e analisar três dimensões: acesso, organização da atenção à saúde e FTS para APS abrangente/integral a populações rurais.

A revisão caracterizou literatura internacional as produções estrangeiras e brasileiras, com base na localização dos estudos, tanto pelas áreas de abrangência das pesquisas quanto pela origem das publicações, bem como pela escolha de bases bibliográficas que reúnem estudos de vários países. Foram incluídos artigos científicos originais, de natureza empírica ou de revisão de literatura, disponíveis *online*, completos, em inglês e publicados entre janeiro de 2000 e dezembro de 2019, no intuito de alcançar estudos atuais do século XXI –



período em que classificações de ruralidade têm ganhado força em discussões internacionais<sup>1-3,6,8</sup> – limitando-se a 2019 pois a busca foi completada no início de 2020. Definiu-se como critérios de exclusão: duplicação e indisponibilidade; publicações que não fossem artigos originais de pesquisa científica (editoriais, opinião, debates, comunicações); artigos sobre procedimentos, substâncias, exames, medicamentos ou agravos específicos; artigos que não se referissem especificamente a áreas rurais, à prestação de serviços de saúde e à APS.

As bases bibliográficas foram: *The Cochrane Library* (<https://www.cochranelibrary.com/>), *Medline* (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), *Rural and remote health* (<https://www.rrh.org.au/>) e *Australian Journal Rural Health* (<https://onlinelibrary.wiley.com/journal/14401584>). As duas últimas são revistas específicas sobre saúde rural australianas identificadas em busca inicial, com expressivas citações e especificidade nos artigos sobre saúde rural.

Foram escolhidos descritores do *Medical Subject Headings (Mesh)*: “*rural health*”, “*primary health care*” e “*access*”. A opção pela inclusão do termo “*access*” se deveu a melhor refinamento da pesquisa, de acordo com centralidade do problema de acesso em áreas rurais. Nas revistas australianas, cujo conteúdo é específico de saúde rural, além dos descritores anteriores, também foi utilizado o termo “*human resources*”, para refinar a pesquisa conforme objetivos desta revisão.

A opção inicial foi pela busca combinada entre os descritores, contudo, foi necessário diferenciar a forma de busca em cada base, considerando suas ferramentas de pesquisa e abrangência da literatura investigada. Em cada base, privilegiou-se forma de busca que gerasse mais artigos voltados aos objetivos desta revisão. A chave de busca em cada base foi:

*Medline*: Descritores - Rural health AND primary health care AND access. Campo - Title/Abstract; com 37 artigos.

*Cochrane*: Descritores - Rural health. Campo - Title/Abstract/Keyword; com 34 artigos.

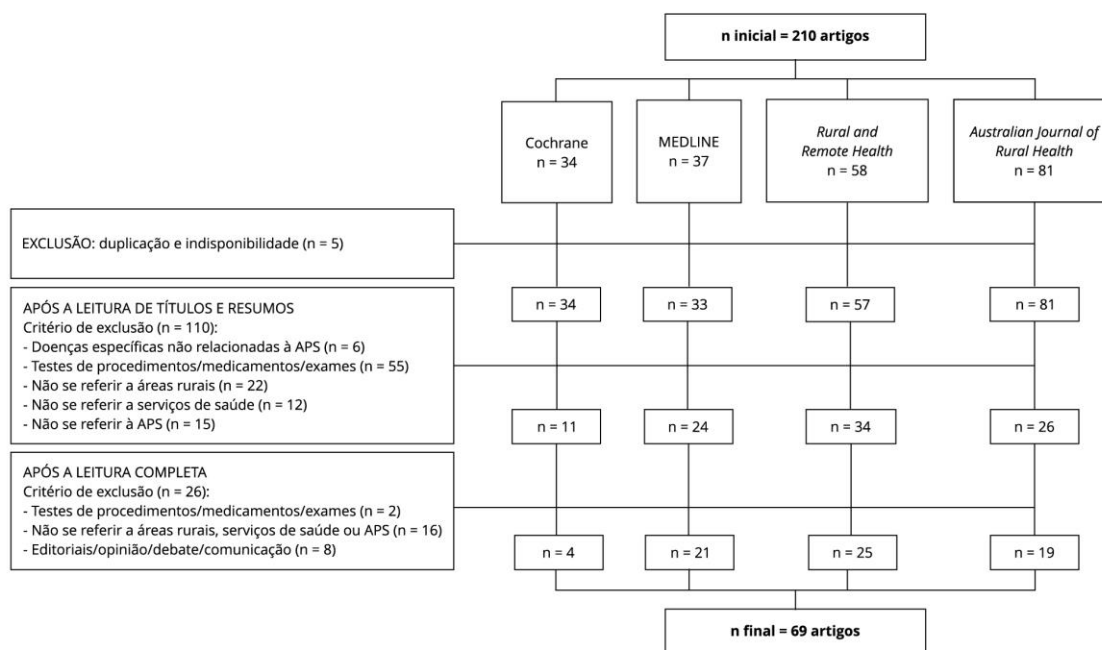
*Rural and Remote health*: Descritores – Primary health care; access; human resources. Campo – Article type: original research; com 58 artigos.

*Australian Journal of Rural health*: Descritores - Primary health care AND access; Human resources. Campo – This Journal/Abstract; com 81 artigos.

Foram selecionados inicialmente 210 artigos. Após exclusão por duplicação e indisponibilidade, restaram 205 artigos, com leitura de títulos e resumos realizada por dois

pesquisadores de forma independente. Nesta etapa, adotando-se critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 95 artigos. Repetiu-se o processo com leitura completa dos artigos, produzindo seleção final de 69 artigos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma da seleção de artigos



Fonte: elaboração própria

Os artigos foram organizados em Excel®. Procedeu-se leituras repetidas do material por dois pesquisadores. Cada artigo foi atribuído a uma categoria principal: acesso, organização da atenção à saúde e FTS. Após categorização, em leitura vertical exaustiva, buscou-se núcleos de sentido, a partir de semelhanças e particularidades entre achados, para identificar temas de cada categoria. Foram realizados cálculos de frequência, tanto para categorias e temas, quanto para período de publicação e localização dos artigos. O Quadro 1 descreve as referências dos artigos selecionados conforme método de estudo, localização e classificação nas categorias: acesso, organização da atenção à saúde e FTS.

Quadro 1: Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura, segundo autor/ano, periódico, métodos, localização por três primeiros autores e por campo de pesquisa e categoria

Autor/ano	Periódico	Métodos	Localização por três primeiros autores	Localização por campo de pesquisa
<b>Categoria: Acesso</b>				

Alston et al., 2006 <sup>25</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (análise descritiva com inquérito com usuários)	Austrália	Austrália
Burton e Walters, 2013 <sup>29</sup>	Rural and Remote Health	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com usuários, cuidadores e profissionais)	Austrália	Austrália
Butler et al., 2010 <sup>78</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo quantitativo (análise espacial com dados secundários)	Austrália Estados Unidos	Austrália
Carlton e Simmons, 2011 <sup>27</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (regressão logística multivariada com dados de inquéritos nacionais)	Estados Unidos	Estados Unidos
Choo et al., 2014 <sup>32</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (regressão linear com variáveis de dados administrativos)	Reino unido	Reino Unido
Dassah et al., 2019 <sup>23</sup>	Global Health Research and Policy	Revisão de literatura	Canadá	Internacional
Doran e Hornibrook, 2014 <sup>24</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo qualitativo (análise temática entrevistas com usuárias e profissionais)	Austrália	Austrália
Gruen et al., 2003 <sup>30</sup>	Cochrane Database of Systematic Reviews	Revisão de literatura	Austrália África do Sul	Internacional
Haggerty et al., 2014 <sup>17</sup>	Health and Place	Estudo qualitativo (análise temática com grupos focais com usuários)	Canadá	Canadá
Halder et al., 2013 <sup>79</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (análise descritiva com questionário com usuários)	Estados Unidos	Honduras
Iiyasu et al., 2015 <sup>31</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (análise estatística com dados administrativos)	Nigéria	Nigéria
Kulig et al., 2008 <sup>11</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com enfermeiras)	Canadá	Canadá
McGrail e Humphreys, 2015 <sup>18</sup>	Geospatial Health	Estudo quantitativo (análise espacial, descritiva e comparativa de variáveis de dados secundários nacionais)	Austrália	Austrália
Neville et al., 2019 <sup>21</sup>	Australasian Journal on Ageing	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com usuários)	Nova Zelândia	Nova Zelândia
Quine et al., 2003 <sup>28</sup>	Rural and Remote Health	Estudo qualitativo (análise temática com grupos focais com usuários)	Austrália	Austrália
Rosenwasser et al., 2013 <sup>26</sup>	Rural and Remote Health	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com médicos)	Estados Unidos	Estados Unidos
Russell et al., 2013 <sup>87</sup>	Australian Journal of Rural Health	Revisão de literatura	Austrália	Austrália
Sanders et al., 2015 <sup>19</sup>	The Journal of Rural Health	Estudo quantitativo (regressão logística e análise espacial de inquérito com usuários e dados secundários)	Estados Unidos	Estados Unidos
Scott et al., 2006 <sup>88</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo quantitativo (análise espacial e descritiva transversal com dados secundários, administrativos e de inquérito com médicos)	Austrália	Austrália
Smith e Carragher, 2019 <sup>22</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (análise temática e estatística de questionários e grupos focais com usuários)	Irlanda	Irlanda
Whitehead et al.,	Rural and	Estudo quantitativo	Nova Zelândia	Nova

2019 <sup>20</sup>	Remote Health	(regressão logística binomial e análise espacial com dados administrativos)	Estados Unidos	Zelândia
Wong e Regan, 2009 <sup>15</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantiqualitativo (análise temática e estatística de questionário e grupos focais com usuários)	Canadá	Canadá
Zubieta e Bequet, 2010 <sup>16</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (análise algorítmica com dados administrativos e secundários)	Canadá	Canadá
<b>Categoria: Organização da atenção à saúde</b>				
Allenby et al., 2016 <sup>77</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo quantitativo (regressão logística de variáveis de registros de prontuário)	Austrália	Austrália
Ambruoso et al., 2019 <sup>36</sup>	Health Policy and Planning	Estudo quantiqualitativo (estudo transversal com dados secundários, autópsia verbal e pesquisa-ação participativa com usuários, profissionais e gestores)	África do Sul Reino Unido Suécia	África do Sul
Brieger et al., 2015 <sup>33</sup>	International Quarterly of Community Health Education	Estudo qualitativo (análise temática e situacional com entrevistas com profissionais, usuários e cuidadores e grupos focais e oficinas com usuários)	Estados Unidos Suíça Burkina Faso	África
Carey et al., 2018 <sup>40</sup>	Australian Journal of Rural Health	Revisão de literatura	Austrália	Internacional
Carroll et al., 2015 <sup>44</sup>	Rural and Remote Health	Estudo qualitativo (entrevistas com usuários)	Austrália	Austrália
Eckhardt et al., 2019 <sup>46</sup>	INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing	Estudo qualitativo (análise temática com grupos focais com profissionais e usuários)	Suécia Equador	Equador
Holdsworth et al., 2019 <sup>81</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo quantitativo (regressão logística de inquérito nacional com usuários)	Austrália	Austrália
Labhardt et al., 2010 <sup>34</sup>	BMC Health Services Research	Estudo quantitativo (análise descritiva em coorte de intervenção com usuários e profissionais)	Suíça Camarões	Camarões
Morley et al., 2007 <sup>83</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo quantiqualitativo (análise descritiva estatística e temática com inquéritos e entrevistas com gestores e dados de estudo de casos)	Austrália	Austrália
Naeem e BhattI, 2015 <sup>37</sup>	Health Information & Libraries Journal	Estudo quantitativo (análise descritiva com inquérito com médicos)	Paquistão	Paquistão
Ndayisaba et al., 2017 <sup>84</sup>	Journal of Diabetes Research	Estudo quantitativo (estudo longitudinal com análise descritiva de dados administrativos)	Ruanda Serra Leoa Estados Unidos	Ruanda
Okwundu et al., 2003 <sup>45</sup>	Cochrane Database of Systematic Reviews	Revisão de literatura	África do Sul Reino Unido	África
Pancer et al., 2018 <sup>43</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo quantitativo (análise estatística retrospectiva de dados administrativos)	Canadá Austrália	Austrália
Probst et al., 2009 <sup>70</sup>	BMC Health Services Research	Estudo quantitativo (estudo ecológico transversal com dados secundários)	Estados Unidos	Estados Unidos

Rahmawati e Bajorek, 2018 <sup>85</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (análise descritiva com inquérito com usuários)	Indonésia Austrália	Indonésia
Rashidian et al., 2013 <sup>69</sup>	Bulletins of World Health Organization	Estudo quantitativo (séries temporais interrompidas com dados administrativos)	Irã	Irã
Reddy et al., 2011 <sup>86</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo qualitativo (análise temática com grupos focais com profissionais)	Austrália Estados Unidos	Austrália Estados Unidos
Russel e Humphreys, 2016 <sup>42</sup>	Rural and Remote Health	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com profissionais e gestores)	Austrália	Austrália
Sbarouni et al., 2012 <sup>38</sup>	Rural and Remote Health	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com médicos e gestores)	Grécia	Grécia
Strasser et al., 2016 <sup>35</sup>	Annual Review of Public Health	Revisão de literatura	Canadá	África
Street et al., 2019 <sup>89</sup>	Australian Journal of Rural Health	Revisão de literatura	Austrália Reino Unido	Austrália
Thomas et al., 2017 <sup>67</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (análise descritiva de dados administrativos e secundários)	Austrália	Austrália
Jacobson Vann et al., 2018 <sup>82</sup>	Cochrane Database of Systematic Reviews	Revisão de literatura	Estados Unidos	Internacional
Wakerman et al., 2008 <sup>39</sup>	BMC Health Services Research	Revisão de literatura	Austrália	Austrália
Wakerman e Humphreys, 2011 <sup>41</sup>	Australian Journal of Rural Health	Revisão de literatura	Austrália	Austrália
<b>Categoria: Força de trabalho em saúde</b>				
Allan et al., 2008 <sup>54</sup>	Rural and Remote Health	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com profissionais)	Austrália	Austrália
Bowman et al., 2008 <sup>66</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (análise estatística de dados secundários)	Estados Unidos	Estados Unidos
Chen et al., 2015 <sup>53</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo quantiqualitativo (análise estatística e temática de questionário e entrevistas com profissionais e gestores)	China	China
De Kock e Pillay, 2016 <sup>50</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantiqualitativo (análise temática, documental e estatística com entrevistas com gestores e dados administrativos)	África do Sul	África do Sul
Gorsche e Woloschuck, 2012 <sup>56</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo quantitativo (análise descritiva de coorte com inquéritos com médicos)	Canadá	Canadá
Grobler et al., 2015 <sup>60</sup>	Cochrane Database of Systematic Reviews	Revisão de literatura	Austrália África do Sul	Internacional
Hegney et al., 2004 <sup>80</sup>	Rural and Remote Health	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com médicos)	Austrália	Austrália
Lindeke et al., 2005 <sup>47</sup>	The Journal of Rural Health	Estudo quantitativo (análise descritiva com inquérito com enfermeiros)	Estados Unidos	Estados Unidos
Martin et al., 2016 <sup>52</sup>	Australian Journal of	Estudo qualitativo (estudo etnográfico com entrevistas com	Austrália	Canadá

	Rural Health	usuários e observação direta)		
McFarlane et al, 2017 <sup>55</sup>	Rural and Remote Health	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas e grupos focais com profissionais e gestores)	Austrália	Austrália
McGrail et al., 2017 <sup>64</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (regressão linear múltipla e análise espacial de dados georreferenciados e secundários)	Austrália Estados Unidos	Austrália Estados Unidos
Menegat e Witt, 2018 <sup>49</sup>	Rural and Remote Health	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com enfermeiras)	Brasil	Brasil
Oliveira et al., 2019 <sup>48</sup>	Rural and Remote Health	Estudo qualitativo (análise temática com entrevistas com enfermeiras)	Brasil	Brasil
Pei et al., 2018 <sup>59</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (análise descritiva com inquérito e questionários com médicos)	China	China
Russel et al., 2017 <sup>62</sup>	Australian Journal of Rural Health	Revisão de literatura	Austrália	Austrália
Sommanustweechai et al., 2016 <sup>51</sup>	Human Resources for Health	Estudo quantitativo (regressão logística múltipla de dados de inquérito com agentes comunitários)	Tailândia Myanmar	Myanmar
Theodorakis e Mantzavinis, 2005 <sup>63</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (estudo de casos com análise estatística de dados administrativos e secundários)	Grécia	Grécia Albânia
Wakerman et al., 2019 <sup>61</sup>	Human Resources for Health	Revisão de literatura	Austrália	Austrália
Wanchek e Rephann, 2013 <sup>65</sup>	Rural and Remote Health	Estudo quantitativo (simulação estatística com dados secundários)	Estados Unidos	Estados Unidos
Wardle et al., 2011 <sup>57</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo quantitativo (análise descritiva transversal de dados administrativos)	Austrália	Austrália
Williams et al., 2007 <sup>58</sup>	Australian Journal of Rural Health	Estudo quantitativo (análise temática e estatística de inquérito com fisioterapeutas)	Austrália	Austrália

Fonte: elaboração própria

## RESULTADOS

Uma visão geral dos artigos selecionados é apresentada na Tabela 1. Nota-se número crescente de publicações ao longo dos anos 2000, com primeira referência em 2003, porém em quantidade e ritmo de produção reduzidos na literatura internacional extraída (Tabela 1).

A origem das publicações se circunscreveu a 23 países, já o recorte espacial das pesquisas abarcou 20 países. Nas duas formas de localização, Austrália teve maior representação (36,4% e 38%), seguida pelos Estados Unidos (17% e 12,7%) e Canadá (9,1% e 8,4%) (Tabela 1). Sublinha-se que, retirando os 44 artigos obtidos das revistas australianas, Estados Unidos conta com 18,4% (n=7) das publicações, enquanto Austrália 15,8% (n=6).

Tabela 1. Caracterização dos artigos selecionados por período e países (conforme instituições dos autores e campo de pesquisa)

Período das publicações	n	%
-------------------------	---	---

2000 a 2005	5	7,2
2006 a 2010	13	18,8
2011 a 2015	24	34,8
2016 a 2019	27	39,2
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

<b>Localização</b>	<b>Por instituições dos três primeiros autores</b>		<b>Por campo de pesquisa</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Austrália	32	36,4	27	38,0
Estados Unidos	15	17,0	9	12,7
Canadá	8	9,1	6	8,4
Oceania (Austrália, Nova Zelândia)	34	38,6	29	40,3
América do Norte (Estados Unidos, Canadá)	23	26,1	15	20,8
Europa (Reino Unido, Irlanda, Suécia, Suíça, Grécia, Albânia)	11	12,5	5	6,9
África (África do Sul, Ruanda, Camarões, Nigéria, Burkina Faso, Serra Leoa)	10	11,4	8	11,1
Ásia (China, Taiwan, Tailândia, Indonésia, Myanmar, Paquistão, Irã)	7	7,9	7	9,7
América do Sul/Central (Brasil, Equador, Honduras)	3	3,4	4	5,6
Internacional (estudos de revisão)	NSA	NSA	4	5,6
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100*</b>	<b>72</b>	<b>100**</b>

Fonte: elaboração própria

\*O total expressa a frequência em que foram contados os 23 países onde estão localizadas as instituições autoras.

\*\* Como três estudos realizaram pesquisa comparada entre dois países (um entre Grécia e Albânia e dois entre Estados Unidos e Austrália), os cenários dos 69 artigos incluídos foram computados 72 vezes.

Na tabela 2 apresenta-se os temas dos artigos classificados nas categorias acesso (23), organização da atenção à saúde (25) e força de trabalho em saúde (21). Cada artigo foi classificado em apenas uma categoria. Os temas emergiram da análise, atribuindo-se um ou mais temas à mesma publicação. Portanto, a soma das frequências dos temas é diferente da quantidade de estudos da respectiva categoria (Tabela 2).

Tabela 2. Categorias e temas dos artigos selecionados, 2000 a 2019

<b>Categorias</b>	<b>n</b>	<b>Temas</b>	<b>n</b>
Acesso	23	Aspectos geográficos das comunidades rurais	9
		Necessidades de deslocamento dos usuários	11
		Acesso aos serviços especializados e hospitalares	5
Organização da atenção à saúde	25	Estrutura e insumos de serviços de saúde rurais	7
		Funcionamento dos serviços de saúde	14
		Gestão com base na comunidade	7

Força de trabalho em saúde	21	Perfil e papel profissional	12
		Fatores de atração e fixação da FTS	15

Fonte: elaboração própria

A síntese analítica dos resultados é apresentada a seguir, por categoria e tema, identificando desafios e estratégias mais efetivas para garantia de APS integral para populações rurais, conforme objetivos e pergunta norteadora da revisão integrativa.

## Acesso

### Aspectos geográficos das comunidades rurais

A localização geográfica das comunidades rurais interferiu na capacidade das populações rurais acessarem cuidados de saúde oportunamente<sup>11,15-17</sup>. A localização distante implica em maior avaliação na opção de busca ou não pelos cuidados em saúde, ponderando-se custos e riscos no transporte<sup>15</sup>.

A população rural procura por serviços de saúde na comunidade, independentes do tipo<sup>16</sup>. Em geral, usuários de áreas rurais esgotam opções locais antes de buscar atendimento fora da sua comunidade. Contudo, os usuários nem sempre referiram barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde, uma vez que a dificuldade de os atingir através de longas distâncias é comum<sup>17</sup>.

Para Kulig et al.<sup>11</sup>, índices de acesso e ruralidade pautados unicamente em distância são insuficientes, sendo necessário associar localização geográfica a características da comunidade, disponibilidade de recursos humanos e atributos da prática profissional, como as práticas avançadas da enfermagem. Embora populações de áreas mais remotas tenham pior acesso, é possível encontrar áreas remotas com bom acesso e áreas metropolitanas com acesso precário, circunstância que envolve valores, crenças e a interação da população com os serviços<sup>18</sup>.

### Necessidades de deslocamento dos usuários

Sobressaiu o fato da população rural contornar o serviço local ou viajar além do necessário para buscar cuidados em saúde. Por vezes, mesmo com disponibilidade de serviços mais próximos, observou-se que usuários deixavam de utilizar serviços locais e preferiam buscar serviços de centros maiores, situação referida pelos autores como *bypass* dos serviços locais<sup>19-24</sup>.

Este fenômeno pode estar relacionado com prática de *outshopping* – usuários



agrupam, em um mesmo deslocamento até centro urbano, serviços e compras por conveniência, satisfação ou busca por maior qualidade<sup>19,20</sup>. A procura por serviços fora das comunidades esteve associada com localidades mais distantes, com maiores fluxos de transportes e com cidadãos com maior renda, porém pior condição de saúde, além dos mais velhos e mulheres<sup>19,20</sup>.

Não obstante, observaram-se barreiras mais intensas para populações rurais específicas de maior vulnerabilidade. Estudos envolvendo idosos<sup>21,22</sup>, pobres ou pessoas com deficiência<sup>23</sup> apontaram desafios adicionais de acesso aos serviços de saúde, transportes e custos para usuários e acompanhantes. Também foram citadas iniquidades no acesso relacionadas ao gênero feminino e a comportamentos de risco em adolescentes<sup>24-28</sup>.

A percepção da comunidade sobre o profissional de saúde e a resolutividade nos cuidados de saúde também influenciou o acesso em áreas rurais e necessidade de deslocamento para alcançar serviços de saúde<sup>15,23,29</sup>. Outros motivos envolveram preocupações do usuário com privacidade e confidencialidade no contexto rural<sup>28</sup>.

#### Acesso aos serviços especializados e hospitalares

Gruen et al.<sup>30</sup>, em revisão sobre diversos países, evidenciaram que a concentração desproporcional de serviços em centros urbanos se constitui em importante barreira de acesso para populações rurais, tanto as desfavorecidas como as mais favorecidas. Ambas precisavam se deslocar para ter acesso à atenção especializada ou hospitalar, contudo, populações rurais não desfavorecidas conseguiam acesso mínimo em centro urbano próximo. Para as desfavorecidas, as barreiras eram tão grandes que o acesso só ocorria mediante deslocamento de profissionais/equipamentos/serviços até as comunidades rurais ou com veículos especiais (tração nas quatro rodas, aeronaves, etc.). Essa dificuldade também foi observada em comunidades rurais desfavorecidas da Nigéria<sup>31</sup>.

Como contraponto, Choo et al.<sup>32</sup>, em populações rurais da Escócia, não identificaram barreiras de acesso ao ecocardiograma. Justificou-se pelo relativo fácil acesso e pela institucionalização de protocolos de solicitação direta de ecocardiograma pelos médicos generalistas (*general practitioner*) no Reino Unido.

### **Organização da atenção à saúde**

#### Estrutura e insumos dos serviços de saúde rurais

Carências materiais dos serviços de saúde em áreas rurais foram demonstradas em estudos realizados na África<sup>33-36</sup>, mas também Paquistão<sup>37</sup>, Grécia<sup>38</sup> e Austrália<sup>39</sup>. Revelam

dificuldades para prover recursos de infraestrutura e recursos humanos, sobretudo em países pobres e no setor público, do qual populações rurais dependem em maior medida.

A insuficiência de estruturas e insumos se traduziu em desabastecimento, falta de manutenção e escassez de equipamentos, unidades de saúde e profissionais, abrindo espaço para assistência por organizações não-governamentais<sup>33-36,38</sup>. Na África subsaariana, foco de investimentos de governos e agências internacionais em programas verticais na APS derivaram em remanejamento de recursos (físicos e humanos) para estratégias prioritárias das agências, centradas em doenças específicas e com visão de resultados em curto prazo<sup>34,35</sup>.

Diversos estudos destacam necessidade de investir em tecnologias de informação e comunicação em zonas rurais, como telessaúde e prontuários eletrônicos, para ampliar acesso, continuidade, coordenação e práticas dos cuidados<sup>36,38,39</sup>. Desigualdades em relação a áreas urbanas no acesso a dispositivos de informação, como computador, *internet* e rede de telefonia móvel, prejudicam o desempenho dos profissionais de saúde rurais<sup>37</sup>.

#### Funcionamento dos serviços de saúde

Constatou-se duas principais questões na abordagem do funcionamento dos serviços em territórios rurais: como cobrir e alcançar a população rural e como garantir oferta ampliada e adequada às necessidades com FTS sustentável.

Strasser et al.<sup>35</sup> argumentam que, primeiramente, é preciso que a APS tenha como premissa a saúde universal e que, na África, distâncias, transportes e exclusão pelo poder local de grupos vulneráveis são empecilhos à cobertura das populações rurais. Para alcançar locais remotos, sem serviços de saúde ou para suplementá-los, lançou-se mão de estratégias de serviços móveis/migratórios ou de extensão de uma base central<sup>33,39,40</sup>. Wakerman et al.<sup>39</sup> chamaram essa organização de “modelos de extensão” (*outreach models*).

Na África, entretanto, unidades móveis foram pouco reconhecidas como solução para o grau de necessidades<sup>33</sup>. Trabalhadores comunitários com propósito de alcance das comunidades rurais, dificilmente atuam além do entorno da unidade de saúde, pela falta de recursos<sup>33</sup>. Na Austrália, serviços com horário estendido foram outro modo de ampliar oferta de assistência à população rural<sup>41,42</sup>. Telessaúde e teleeducação foram citados como potência, ressaltando-se especificidades para implantação, manutenção e autonomia sobre as tecnologias<sup>35,39,43</sup>.

A segunda questão, como garantir oferta ampliada e adequada de serviços, procurou responder desafios da limitada rede de serviços nos territórios rurais e remotos e das demandas específicas de suas populações. A importância da determinação social no processo

saúde-adoecimento em povos vulneráveis a condições de pobreza e baixo saneamento foi realçada<sup>33,36,39</sup>.

Uma das respostas para atender tais demandas seria levar serviços, possibilitando deslocamentos/visitas de profissionais ou equipamentos da APS e da atenção especializada e implementando estratégias de telessaúde<sup>33,35,39,40</sup>. Outro ponto-chave seria a qualificação dos profissionais, a fim de aperfeiçoar e ampliar suas competências e aspectos interpessoais do cuidado<sup>35,36,39</sup>, dada menção a atitudes de discriminação ou inadequadas aos costumes locais<sup>35,36</sup>. Coerente ao peso da determinação social no contexto da saúde rural, ações de promoção de saúde e prevenção, associadas a empoderamento da comunidade e a agentes comunitários, foram salientadas<sup>33,35,36,39</sup>.

Wakerman et al.<sup>39</sup> descrevem que populações rurais menores e remotas australianas, que não conseguiam sustentar serviços especializados, tenderam a buscar arranjos de “serviços integrados” (variedade de oferta em único ponto, com apoio mútuo entre profissionais e foco não apenas em *general practitioners*) ou de “serviços integrais/abrangentes” (*comprehensive services* – abordagem holística, compreendendo assistência, prevenção e cuidado comunitário, com escopo ampliado de práticas, enfrentamento dos determinantes sociais de saúde e participação popular).

Wakerman et al.<sup>39</sup> também retrataram configurações de APS rural na Austrália que enfatizavam retenção de *general practitioners (discrete services)* por meio de condições atrativas, ainda que com rotatividade dos profissionais, com continuidade dos serviços assegurada por infraestrutura de universidades ou governo local, fluxo geralmente possível em comunidades de maior densidade. As outras formas de organização - modelos de extensão, serviços integrados e serviços integrais – também buscavam assegurar FTS, por exemplo, pela inspiração na conexão entre aeroportos maiores e menores – profissionais que fazem escalas em centros maiores e comunidades rurais ou em formas de emprego em campos de petróleo (“*fly-in-fly-out*”) com tempos de atuação integral em locais afastados alternados com dias sem trabalho)<sup>39</sup>.

#### Gestão com base na comunidade

A gestão com base na comunidade foi elemento-chave da organização dos cuidados em saúde rural. Deste modo, lógicas externas de organização, geralmente pensadas para meios urbanos, não seriam impostas às realidades diversas dos territórios rurais e remotos. Compreende autonomia da comunidade para gerir ações específicas no território, com retaguarda da APS, do modo que sejam mais adequadas e resolutivas através de sua própria

percepção de contexto<sup>33,44</sup>.

Neste tema, sobressaíram estudos sobre países africanos<sup>33,35,36,45</sup>, mas também estudos no Equador e Austrália<sup>42,44,46</sup>. Artigos que examinaram múltiplos países africanos tenderam a destacar estratégias comunitárias focalizadas ou verticais<sup>35</sup>. A gestão com base na comunidade teve como foco doenças transmissíveis e ocorreu para procedimentos simples, com serviços de saúde como pontos de apoio e distribuição, realçando-se baixo custo e eficiência<sup>33,35,45</sup>. Estudos com recorte local/regional, no entanto, reportaram experiência mais complexa de gestão com base na comunidade. Descreveram participação na organização do sistema de saúde desde o âmbito local e regional ao nacional<sup>36,42,44,46</sup>.

As vantagens da gestão com base na comunidade abrangeram maior acesso e utilização dos serviços, alcance em áreas desassistidas ou distantes dos serviços de saúde, satisfação profissional, competência cultural do cuidado, resposta a necessidades locais, empoderamento comunitário, melhores resultados em saúde e diferenciação da APS em seus atributos fundamentais<sup>33,35,36,42,44-46</sup>.

## **Força de trabalho em saúde**

### **Perfil e papel profissional**

Os artigos sobre FTS realçaram a falta de médicos, mas em contrapartida descreveram inserção dos enfermeiros<sup>47-50</sup>, profissionais sem graduação<sup>51-53</sup> e outras categorias profissionais<sup>54-58</sup> na saúde rural e APS.

Enfermeiros exercem rol amplo de práticas em assistência, gestão e educação, porém, reiteradas restrições pela baixa compreensão de seu papel foram apontadas nos Estados Unidos<sup>47</sup>. Na África do Sul, enfermeiros eram responsáveis pela prescrição de psicotrópicos na APS, devido à falta de médicos<sup>50</sup>.

Essa ampliação do escopo de práticas dos enfermeiros em processo de delegação de tarefas de determinados profissionais para outros, conhecido como “*task-shifting*”, foi um conceito recorrente nesta revisão<sup>33,34,50,51</sup>. Corresponde à incorporação de atribuições mais especializadas, sobretudo de diagnóstico e terapêutica, antes exclusivos a outras categorias profissionais.

Profissionais sem graduação atuantes em áreas rurais foram mencionados, como paramédicos no Canadá<sup>52</sup>, agentes comunitários no Myanmar<sup>51</sup> e “médicos dos povoados” (“*village doctors*”) na China – moderna denominação dos antigos “médicos de pés descalços”<sup>53</sup>. Atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos, acesso em domicílio e vínculo comunitário foram enfatizados como aspectos comuns<sup>51-53</sup>.

Outras categorias profissionais abordadas foram fisioterapeutas<sup>58</sup>, profissionais de práticas integrativas/complementares<sup>57</sup>, médicos<sup>56</sup>, assistentes sociais e farmacêuticos<sup>54</sup>. Um ponto comum foi a discussão de práticas generalistas e habilidades específicas para contexto rural. Habilidades especiais foram consideradas essenciais para prática em serviços rurais, tanto assistenciais quanto preventivas, atendendo perfil socioepidemiológico, peculiaridades culturais da população e carência de profissionais especializados<sup>55-57</sup>.

Considera-se que todos profissionais devem executar escopo ampliado de práticas, com novas atribuições (“*task-shifting*”) com necessidade de educação permanente, tema recorrente nos artigos<sup>51,53,55,56</sup>. Práticas integrativas e complementares de saúde seriam propícias em áreas rurais, pela maior afinidade, integração à cultura e facilidade de acesso nas comunidades rurais, em destaque de estudos na Austrália<sup>57</sup> e China<sup>59</sup>.

Outra característica marcante foi o trabalho comunitário nas áreas rurais, realizado em ações de visitas domiciliares, de extensão dos serviços de saúde (“*outreach*”), de articulações intersetoriais ou de vigilância e planejamento estratégico no território<sup>49,51-54</sup>. Relações complexas dos profissionais de saúde com as comunidades onde atuam conformam suas práticas, devido questões como privacidade, confidencialidade, percepções sobre visibilidade e reputação do profissional e qualidades atribuídas aos territórios de atuação<sup>51,53,54</sup>.

#### Fatores de atração e fixação da FTS

Notou-se intensa complexidade envolvida na atração e fixação da FTS com fatores múltiplos e emaranhados, alguns específicos de cada contexto. Em linhas gerais, questões geográficas, de educação, de regulação do mercado de trabalho e de suporte pessoal foram continuamente reiteradas para FTS em ambientes rurais<sup>60-62</sup>.

Questões geográficas foram apontadas como principal fator, frequentemente associando distribuição desfavorável da FTS à distância dos centros urbanos<sup>61-64</sup>. Eventualmente se observou suplantação dessas questões, como o maior apelo de localidades costeiras e outras comodidades na Austrália e Estados Unidos<sup>64</sup>. O valor dado à contribuição para a comunidade, os sentimentos e relações que trabalhadores travavam com os lugares, influenciando desejo de permanecer ou sair – enfim, o vínculo – foram ressaltados em pesquisas no Myanmar<sup>51</sup>, China<sup>53</sup> e Austrália<sup>54</sup>.

A origem rural ou indígena dos estudantes e trabalhadores recrutados tendeu à maior retenção da FTS. Contudo, devido maior vulnerabilidade socioeconômica da população de territórios rurais e remotos, apoio financeiro e pedagógico é necessário para efetividade da

formação de FTS local<sup>59-61,65</sup>.

Exposição dos estudantes em cenários rurais, discussão de questões rurais ao longo da sua formação ou localização das instituições de ensino nestes cenários foram relacionadas a maior fixação dos profissionais<sup>60,61,66</sup>. Revisões internacionais relataram achados positivos de currículos com competências aplicadas à saúde rural<sup>60,61</sup>. Durante a formação, ressaltou-se importância de discutir a identidade dos profissionais em contextos rurais, seus deveres, limites e necessidades<sup>54,59</sup>.

Outro fator a impactar a oferta de FTS foi a perspectiva de carreira na saúde rural, ou seja, profissionais vislumbrarem uma prática sustentada nesse campo. Nos Estados Unidos, formação em pediatria e, principalmente, medicina de família e comunidade garantia maior tempo de permanência na APS rural após treinamento, independente de mudanças políticas e de mercado<sup>66</sup>. Na China, considerou-se necessária a compreensão apropriada da carreira médica rural, a fim de que recém-formados não viessem a trabalhar apenas temporariamente, por obrigação, em áreas rurais<sup>59</sup>.

Os estudos mostraram que a fixação de profissionais de saúde em áreas rurais é suscetível a aspectos financeiros. Segundo Grobler et al.<sup>60</sup>, incentivos financeiros, como bolsas, benefícios e salários mais altos, foram destacados internacionalmente como estratégias para suprir FTS em áreas rurais. Atração de profissionais associou-se a melhores salários em regiões urbanas nos Estados Unidos<sup>66</sup> e maior expectativa de renda com avanço da urbanização na China<sup>53</sup>. A possibilidade da população rural pagar consultas, com reembolso de programas e seguros de saúde em Taiwan e nos Estados Unidos promoveu melhor oferta da FTS<sup>60,65</sup>.

A literatura internacional apontou peso importante do setor público no mercado de trabalho em saúde para garantir acesso em áreas rurais, uma vez que populações de áreas rurais e remotas, em geral desfavorecidas para arcar com custos da atenção à saúde no mercado, dependem da provisão e regulação de serviços pelo Estado. A organização da oferta e da prestação dos serviços no setor público interferiu em grande medida na captação da FTS rural<sup>63,65,66</sup>.

A escolha dos profissionais pela atuação na APS rural se mostrou variável de acordo com forças do mercado e das políticas norte-americanas<sup>66</sup>. A regulação do mercado de trabalho é estratégia para melhor distribuição da FTS nas áreas rurais. Médicos estrangeiros restritos a áreas rurais, estímulos ou compulsoriedade de serviços para recém-formados e tempo mínimo de atuação em saúde rural como pré-requisito para especializações foram algumas iniciativas mencionadas globalmente<sup>59,60,62</sup>.

Há necessidade de apoio pessoal e familiar para sustentar adequadamente FTS rural. Condições de vida no contexto rural, como moradia, escolas e desenvolvimento acadêmico-profissional, além de relações afetivas são condicionantes<sup>51,54,60</sup>. Entre formas de apoio, distinguiu-se tempo-limite para atividades em territórios afastados, incentivo financeiro personalizado e suporte psicológico<sup>61,62</sup>.

A desvalorização da imagem do médico rural, propiciada pela cultura de que "médico de verdade" seria aquele do hospital do grande centro urbano, foi percebida na China como desafio à compreensão sobre prática rural e atração/fixação dos profissionais<sup>59</sup>. Na Austrália, retenção da FTS derivava de combinação complexa entre contexto local, papel profissional, forças pessoais e relacionamentos<sup>54</sup>.

Retornando à pergunta norteadora – quais as estratégias efetivas para garantia de APS abrangente/integral para populações rurais? – o Quadro 2 apresenta uma síntese das principais estratégias encontradas na literatura selecionada, para superar obstáculos de acesso, organização e FTS.

**Quadro 2. Síntese das principais estratégias para superar obstáculos do acesso, organização da atenção e força de trabalho em áreas rurais**

<b>Categorias</b>	<b>Principais estratégias para superar obstáculos</b>
Acesso	Oferta de opções locais de serviços de saúde
	Planejamento distinguindo localidades com difícil acesso, considerando além da localização geográfica, critérios como características culturais da comunidade, disponibilidade e perfil da FTS e facilidades de deslocamento a centros com maiores recursos
	Enfoque diferenciado nas redes de atenção à saúde para populações específicas de maior vulnerabilidade, como idosos, mulheres, pessoas com deficiência, com menor renda e adolescentes
	Melhorar a percepção da comunidade sobre os profissionais de saúde e a resolutividade nos cuidados influencia positivamente o acesso e diminui necessidade de deslocamento para alcançar serviços de saúde, incluindo esforços para garantir ao usuário privacidade e confidencialidade no contexto rural
	Oferta de serviços especializados/hospitalares com proporção mais equilibrada entre centros urbanos e áreas rurais e integração com serviços de APS de áreas rurais
	Deslocamento de serviços, equipamentos e profissionais de saúde mediante logística/transporte especial (ex.: veículos com tração nas quatro rodas, helicópteros) possibilita acesso de populações desfavorecidas de comunidades remotas
Organização da atenção	Protocolos para solicitação direta de procedimentos diagnósticos/terapêuticos por serviços de saúde rurais facilita seu acesso
	Premissa de saúde universal e fortalecimento do setor público, do qual populações rurais dependem em maior medida, relacionam-se a melhor provimento de recursos humanos e de infraestrutura
	Maior enfoque em programas/estratégias de gestão de longo prazo e em ações ampliadas de saúde, para além do foco em agravos específicos
	Investimentos em tecnologias de informação e comunicação podem aumentar acesso, continuidade, coordenação e diversidade de práticas de saúde em áreas rurais
	Arranjos de serviços móveis/migratórios/extensão e de horário estendido possibilitam ampliar assistência e alcançar comunidades remotas ou desprovidas de recursos de saúde

	Ações de promoção de saúde e prevenção, de empoderamento da comunidade e valorização de agentes comunitários consideram o peso da determinação social no processo saúde-doença em comunidades rurais
	Qualificação dos profissionais contribui para aperfeiçoar/ampliar suas competências e aspectos interpessoais do cuidado, diminuindo atitudes de discriminação ou inadequadas aos costumes locais
	Modelos de serviços integrados e de serviços integrais/abrangentes maximizam ganhos de economia de escala na atenção a populações mais remotas e de baixa densidade
	Continuidade dos serviços de saúde e manutenção da FTS por meio de fluxo rotativo contínuo de profissionais, escala de profissionais entre centros maiores e áreas rurais, alternância de carga horária <i>in loco</i> e carga horária livre
	Autonomia da comunidade para gerir ações específicas no território, com retaguarda da APS, são mais adequadas e resolutivas por conta de sua própria percepção de contexto
	Práticas generalistas e habilidades específicas para contextos rurais atendem perfil socioepidemiológico, peculiaridades culturais da população e carência de profissionais especializados.
	Formação, educação permanente e <i>task-shifting</i> contribuem para a incorporação de escopo ampliado de práticas da FTS em áreas rurais
	Desenvolvimento de práticas integrativas e complementares de saúde são propícias pela maior afinidade, integração à cultura e facilidade de acesso nas comunidades rurais
	Trabalho comunitário nas áreas rurais melhora capacidade de acesso e cuidado dos serviços de saúde
Força de trabalho em saúde	Políticas de atração/fixação e de formação de FTS considerando relações complexas dos profissionais com práticas rurais, em questões como privacidade, identidade, valorização do papel do profissional de saúde em áreas rurais, vínculo entre os profissionais de saúde e os lugares/comunidades atendidas
	FTS local, por meio de recrutamento de estudantes e trabalhadores de origem rural ou indígena, com apoio financeiro e pedagógico para efetividade da formação, tende a apresentar maior retenção
	Exposição dos estudantes em cenários rurais, discussão de questões rurais na formação ou localização das instituições de ensino nestes cenários foram relacionadas à maior fixação dos profissionais
	Carreira profissional na saúde rural e incentivos financeiros (bolsas, benefícios, salários maiores)
	Provisão e regulação da oferta/prestação dos serviços de saúde e do mercado de trabalho pelo Estado
	Apoio pessoal e familiar em aspectos como condições de vida, moradia, educação e suporte psicológico

Fonte: elaboração própria

## DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão oferecem um panorama sobre saúde rural na literatura internacional nos últimos vinte anos, nas questões de acesso, organização e FTS da APS. A revisão propiciou uma diversidade de cenários rurais, olhares e realidades socioeconômicas e espaciais.

A análise das categorias e temas envolvidos acerca da APS na saúde rural revelou uma visão ampla de questões e desafios, já bastante reconhecidos, mas também estratégias, modelos e fundamentos de políticas, planejamento e práticas de saúde em áreas rurais. Ressalta-se que, embora esses pontos fossem extraídos de forma separada operacionalmente, as três categorias (acesso, organização e FTS) tiveram muitos entrelaçamentos. Artigos com foco em uma categoria discutiam questões e estratégias das outras categorias.

Entre as questões que atravessaram os diversos temas estiveram as relativas a espaço e população. Territórios de vasta abrangência, com limitados recursos de transporte,



infraestrutura e serviços, condicionam dificuldades de acesso e necessidades de soluções economicamente viáveis. Populações pequenas e dispersas, marginalizadas do desenvolvimento socioeconômico, em maior ou menor grau, mostram-se vulneráveis a condições socio sanitárias e epidemiológicas desfavoráveis e específicas do contexto rural<sup>33,39,67</sup>.

Tais características levantaram preocupação recorrente sobre custos para garantia de atenção à saúde à população rural. Gastos elevados foram evidenciados para FTS<sup>67</sup>, difícil de atrair e fixar, sendo reiterada como nó crítico para acesso e organização da saúde rural, devido insuficiência em quantidade e competências<sup>17,35,38</sup>. Carências em estrutura e insumos dos serviços combinadas com condições desfavoráveis de trabalho agravam ainda mais a complexa rede de fatores relacionados à manutenção de FTS qualificada em comunidades rurais, bem como a qualidade da atenção e o acesso à saúde, remontando à lei dos cuidados inversos enunciada por Hart<sup>68</sup>.

Com tantos desafios, verifica-se debate em torno do acesso e da eficiência dos investimentos em saúde rural e APS. Rashidian et al.<sup>69</sup>, no Irã, demonstram que implantação da APS em áreas desassistidas gera efeitos de acesso que sobrepuja efeitos de eficiência, aumentando internações e custos em saúde, diferente do que tende a ocorrer em países ricos, como confirmam Probst et al.<sup>70</sup>, que apontam queda de internações por condições sensíveis à APS associada à presença de unidades de atenção básica nos Estados Unidos.

Consequências das falhas de acesso, organização e FTS foram reconhecidas como reinício, adiamento ou abandono da busca por cuidados de saúde; preferência por pronto-atendimento, independentemente do tipo de demanda; agravamento das condições de saúde; e custos e riscos de viagens até os serviços<sup>17,19,22</sup>.

Os desafios encontrados no debate internacional aproximam-se àqueles da realidade brasileira. Cidadãos de áreas dinâmicas no circuito econômico possuem maior acesso à saúde do que aqueles de regiões menos desenvolvidas, como em espaços rurais e remotos<sup>71</sup>. No Brasil, assim como no cenário internacional, o desfavorecimento de populações rurais acarreta piores indicadores epidemiológicos e sanitários<sup>7,8,72</sup>. Os investimentos em estrutura e insumos, funcionamento de serviços e FTS, notadamente através de políticas sinérgicas, como Programa Mais Médicos e Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso da Atenção Básica<sup>73</sup>, em anos recentes têm sido desmontados e direcionados a uma perspectiva de eficiência econômica em detrimento da universalidade e equidade<sup>74</sup>.

O olhar sobre deficiências da saúde rural indica ser predominante na literatura internacional, como afirmam Wakerman e Humphreys<sup>41</sup>. Mas esta revisão também mostra

que desafios em áreas rurais impõem concepções e abordagens inovadoras, diferentes da racionalidade urbana, que servem para refletir sobre APS em todo o sistema. Ao delinear estratégias para os desafios observados, os estudos conformaram alguns modelos organizacionais nos territórios rurais. Destacou-se revisão de Wakerman et al.<sup>39</sup> sobre Austrália rural, que sistematizou modelos, distinguindo modelos de serviços descontínuos (*discrete*), extensão, integrados, integrais/abrangentes e de alcance virtual (telessaúde), correspondendo ao grau de rarefação e distância da população rural. Neste sentido, quanto mais remota a localidade e menor a população, mais se torna necessário um arranjo integral e integrado dos serviços de saúde para maximizar ganhos em economia de escala em territórios rurais<sup>39</sup>.

Ações transversais ao fortalecimento do acesso, organização e FTS na APS em áreas rurais são: a atuação comunitária, os modelos de extensão ou visitação, o emprego de tecnologias de comunicação e informação (TIC), o acesso à assistência e a formação e desenvolvimento profissional. A atuação comunitária, indissociada da necessidade de responder à determinação social dos processos de saúde-adoecimento, esteve presente desde provisão de meios para inserção em comunidades rurais e recomendações sobre ações de promoção/prevenção para ampliar acesso até a visão mais incisiva sobre a particularidade dos contextos e a perspectiva mais complexa dos aspectos geográficos sobre o acesso – que remetem a noções de geografia crítica e território vivo<sup>75</sup>. O envolvimento das comunidades na organização da atenção à saúde, a ênfase em estratégias horizontais de cuidado integral, da vigilância à assistência, a intersetorialidade, a integração nas redes locais/regionais de saúde e a valorização do vínculo dos trabalhadores com comunidades rurais mostram a relevância da atuação comunitária nas iniciativas analisadas na literatura internacional.

Dinâmicas variadas que garantam cuidado adequado na extensão/visitação devem responder à multiplicidade de contextos, necessidades e recursos das distintas áreas rurais. Requerem planejamento complexo da FTS, de meios logísticos e do uso do espaço, com colaboração desde o nível local das comunidades até esferas governamentais mais altas. O aproveitamento de TIC também sustenta estratégias distintas em acesso, organização e FTS para saúde rural. São ressaltadas ações de telessaúde, possibilitando alcançar lugares desprovidos de assistência e vigilância, bem como ampliação da oferta de práticas em saúde. TIC são fundamentais ainda para sistemas mais efetivos em diagnósticos, planos e acompanhamentos, tanto em nível individual quanto comunitário.

Evidentemente, o acesso à assistência transpassou as estratégias para APS rural. Embora predominasse preocupação sobre assistência médica, também foram englobados

profissionais de enfermagem, agentes comunitários, assistentes sociais e profissionais de práticas integrativas/complementares. A multidisciplinaridade e o trabalho em equipe são estratégias importantes. O acesso à assistência se fundamenta principalmente em ações de cuidado contínuo, para além de ações pontuais. Diversas conformações na oferta de tal assistência variam com amplas circunstâncias – vulnerabilidades específicas em populações rurais, possibilidades de acesso e de recursos locais, distância de centros urbanos, peculiaridades culturais, capacidade de atrair e reter FTS, força e mecanismos de regulação do setor público, etc. De acordo com Wakerman et al.<sup>39</sup>, quanto mais remotas e menores as comunidades, maior tendência dos serviços em buscarem modelos mais integrais de assistência.

A formação e desenvolvimento profissional foi um outro conjunto de estratégias, não apenas para FTS, mas também para acesso e organização da atenção à saúde. Qualificação e ampliação das práticas profissionais foram pontuadas, desde competências generalistas a específicas de situações de cada contexto rural, desde atitudes culturalmente sensíveis até cuidados adequados para longitudinalidade e coordenação da atenção, melhorando acesso e organização da APS em áreas rurais. O desenvolvimento profissional abrange ações de educação permanente, de delegação de tarefas aos profissionais acessíveis nas áreas rurais e de formação da FTS, a partir de membros das comunidades rurais, com exposição em ambientes rurais e com conteúdo sobre saúde rural.

As estratégias vislumbradas por Wakerman et al.<sup>39</sup> apontam para além da perspectiva da economia de escala. Pode-se dizer que quanto mais remota e esparsa a população, mais se aprofunda uma lente de aumento sobre como oferecer acesso, organizar serviços de saúde e assegurar FTS na essência do trinômio indivíduo-família-comunidade. Se, por um lado, é possível incorrer em um condensamento de modelos urbanos, marcados pela produção do cuidado capturada pela lógica capitalista e, por conseguinte, pelo que Donnangelo<sup>76</sup> compreende por medicalização, nota-se, entre artigos desta revisão, críticas a um modelo rural de APS seletiva, focada em programas verticais e fragmentados, que aplicam noções estreitas de custo-eficiência e arcabouço da história natural das doenças para a saúde de populações rurais.

Áreas rurais são fundamentalmente o que Milton Santos define por horizontalidades: “tanto o lugar da finalidade imposta de fora, de longe e de cima, quanto o da contrafinalidade, localmente gerada, o teatro de um cotidiano conforme, mas não obrigatoriamente conformista” (p.89)<sup>75</sup>. Formas de garantir acesso integral à saúde próprias para áreas rurais são, portanto, a possibilidade de subverter modelos estabelecidos. Áreas rurais podem trazer

perspectivas mais adequadas de APS, frente a sua diversidade e aos desafios que impõem à lógica comum. Em suma, podem inverter o cone de visão, trazendo a essência da unicidade para o sistema mais geral.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Visto as especificidades de contexto histórico e sistemas de saúde de cada país ou região, convém considerar limites para generalização dos resultados. Novos estudos com desenhos de revisão sistemática podem ser mais adequados para extrapolar estatisticamente informações de uma totalidade de pesquisas acerca de problemas mais recortados, tratados aqui de forma abrangente, pelos propósitos da revisão integrativa. Um outro limite desta revisão foi ter incluído somente estudos no idioma inglês, pois, apesar dos artigos com maior alcance internacional serem geralmente escritos nesta língua, a literatura selecionada não pôde captar pesquisas divulgadas em outros idiomas, que expressariam melhor outras realidades, como a América Latina, por exemplo. Ressalta-se que dos países líderes no debate internacional sobre saúde rural – Austrália, Estados Unidos e Canadá – Austrália ganhou maior destaque nesta revisão, considerando a inclusão de revistas australianas específicas à temática como bases de busca bibliográfica, conforme despontaram em pesquisa inicial. Ainda assim, a revisão permitiu traçar um panorama bastante amplo, de desafios e estratégias da APS para acesso, organização e FTS na saúde de populações rurais.

Esta compreensão abrangente da saúde rural, expressa sob diferentes contextos e perspectivas nessa revisão, pode incentivar e guiar a formulação de estratégias de políticas públicas e ações de saúde com vistas à equidade das populações rurais, de forma que possam atingir o mesmo estado de saúde desejado para o restante da população<sup>1</sup>. No entanto, como esta revisão demonstrou, estratégias efetivas passam por conhecer a população que vive nas diferentes ruralidades, sendo necessários estudos aprofundados na heterogeneidade dessas áreas.

Este trabalho colabora com o entendimento dos desafios adicionais da APS na rede regionalizada de atenção à saúde, no contexto rural, e contempla a nítida diversidade de territórios, necessidades de saúde e possíveis caminhos, traçados por experiências internacionais. Compreender os aspectos particulares das áreas rurais, tanto por suas características de acesso, organização da atenção e FTS, como por seu processo histórico, social e ambiental em transformação, favorece a criação e fortalecimento de práticas e políticas públicas renovadas nos princípios fundamentais do SUS, de universalidade, equidade e integralidade, em perspectiva inclusiva do que significa ser rural.

## REFERÊNCIAS

- 1-WONCA. Working Party on Rural Practice. Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(Suppl 1): 15-24.
- 2-Strasser, R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Family Practice* 2003; 20: 457–463.
- 3-ILO. *International Labour Office. Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries.* ESS document n.47, 2015.
- 4-OMS. Organização Mundial da Saúde. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.* Ginebra: OMS, 1978.
- 5-Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- 6-OMS. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations.* Ginebra: OMS, 2010.
- 7-Coimbra Jr CEA. Saúde Rural no Brasil: tema antigo mais que atual. *Rev Saúde Pública* 2018; 52(Suppl1): 2s.
- 8-Savassi LCM, Almeida MM, Floss M, Lima MC (orgs.). *Saúde no caminho da roça.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.
- 9-Silveira R, Pinheiro R. Sobre o rural, a interiorização na saúde e a formação médica: concepções e ações com destaque para o contexto da Amazônia Legal. In: *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação.* 1ed. Rio de Janeiro: 2013.
- 10-IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação.* Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
- 11-Kulig JC, Andrews ME, Stewart NJ, Pitblado R, MacLeod MLP, Bentham D et al. How do registered nurses define rurality? *Aust J Rural Health* 2008; 16(1): 28-32.
- 12-Humphreys J. Rural health status: what do statistics show that we don't already know? *Aust J Rural Health* 1999; 7(1): 60-63.
- 13-Mendes KDS, Silveira RCC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-enferm* 2008; 17(4):

758-764.

14-Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)* 2010; Mar 8(1): 102-106.

15-Wong ST, Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural Remote Health* 2009; 9(1): 1142.

16-Zubieta L, Bequet SA. Factors of primary care demand: a case study. *Rural Remote Health* 2010; 10(4): 1520.

17-Haggerty JL, Roberge D, Lévesque JF, Gauthier J, Loignon C. An exploration of rural-urban differences in healthcare-seeking trajectories: implications for measures of accessibility. *Health Place* 2014; Jul; 28:92-8.

18-McGrail MR, Humphreys JS. Spatial access disparities to primary health care in rural and remote. *Australia. Geospat Health* 2015; 10(2): 358.

19-Sanders SR, Erickson LD, Call VR, McKnight ML, Hedges DW. Rural health care bypass behavior: how community and spatial characteristics affect primary health care selection. *J Rural Health* 2015; 31(2):146-156.

20-Whitehead J, Pearson AL, Lawrenson R, Atatoa-Carr P. Spatial equity and realised access to healthcare – a geospatial analysis of general practitioner enrolments in Waikato, New Zealand. *Rural Remote Health* 2019; 19: 5349.

21-Neville S, Napier S, Adams J, Shannon K. Accessing rural health services: Results from a qualitative narrative gerontological study. *Australas J Ageing* 2019; 39: e55–e61.

22-Smith SC, Carragher L. 'Just lie there and die': barriers to access and use of general practitioner out-of-hours services for older people in rural Ireland. *Rural Remote Health* 2019; 19(3): 5088.

23-Dassah E, Aldersey H, McColl MA, Davison C. Factors affecting access to primary health care services for persons with disabilities in rural areas: a "best-fit" framework synthesis. *Glob Health Res Policy* 2018; Dec 25; 3: 36.

24-Doran F, Hornibrook J. Rural New South Wales women's access to abortion services: highlights from an exploratory qualitative study. *Aust J Rural Health* 2014; 22(3): 121-126.

25-Alston M, Allan J, Dietsch E, Wilkinson J, Shankar J, Osburn L et al. Brutal neglect: Australian rural women's access to health services. *Rural Remote Health*. 2006; 6(1): 475.

- 26-Rosenwasser LA, McCall-Hosenfeld JS, Weisman CS, Hillemeier MM, Perry AN, Chuang CH. Barriers to colorectal cancer screening among women in rural central Pennsylvania: primary care physicians' perspective. *Rural Remote Health* 2013; 13(4): 2504.
- 27-Carlton E, Simmons L. Health decision-making among rural women: physician access and prescription adherence. *Rural Remote Health* 2011; 11: 1599.
- 28-Quine S, Bernard D, Booth M, Kang M, Usherwood T, Alperstein G, Bennett D. Health and access issues among Australian adolescents: a rural-urban comparison. *Rural Remote Health* 2003; 3(3): 245.
- 29-Burton H, Walters L. Access to Medicare-funded annual comprehensive health assessments for rural people with intellectual disability. *Rural Remote Health* 2013; 13(3): 2278.
- 30-Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SS, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; 4, CD003798.
- 31-Iliyasu G, Tihamiyu AB, Daiyab FM, Tambuwal SH, Habib ZG, Habib AG. Effect of distance and delay in access to care on outcome of snakebite in rural north-eastern Nigeria. *Rural Remote Health* 2015; 15(4): 3496.
- 32-Choo WK, McGeary K, Farman C, Greyling A, Cross SJ, Leslie SJ. Utilisation of a direct access echocardiography service by general practitioners in a remote and rural area--distance and rurality are not barriers to referral. *Rural Remote Health* 2014; 14(4): 2736.
- 33-Brieger WR, Sommerfeld JU, Amazigo UV; CDI Network. The Potential for Community-Directed Interventions: Reaching Underserved Populations in Africa. *Int Q Community Health Educ* 2015; 35(4): 295-316.
- 34-Labhardt ND, Balo JR, Ndam M, Grimm JJ, Manga E. Task shifting to non-physician clinicians for integrated management of hypertension and diabetes in rural Cameroon: a programme assessment at two years. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 339.
- 35-Strasser R, Kam SM, Regalado SM. Rural Health Care Access and Policy in Developing Countries. *Annu Rev Public Health* 2016; 37:395-412.
- 36-Ambroso L, van der Merwe M, Wariri O, Byass P, Goosen G, Kahn K, Masinga S et al. Rethinking collaboration: developing a learning platform to address under-five mortality in Mpumalanga province, South Africa. *Health Policy Plan* 2019; 34(6): 418-429.
- 37-Naeem SB, Bhatti R. Clinical information needs and access in primary health care: a comparative cross-sectional study of rural and non-rural primary care physicians. *Health*

*Info Libr J*.2015; 32(4): 287-99.

38-Sbarouni V, Tsimtsiou Z, Symvoulakis E, Kamekis A, Petelos E, Saridaki A et al. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. *Rural Remote Health* 2012; 12: 2156.

39-Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, Kuipers P, Entwistle P, Jones J. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008; 8(276).

40-Carey TA, Sirett D, Wakerman J, Russell D, Humphreys JS. What principles should guide visiting primary health care services in rural and remote communities? Lessons from a systematic review. *Aust J Rural Health* 2018; 26(3): 146-156.

41-Wakerman J, Humphreys JS. Sustainable primary health care services in rural and remote areas: innovation and evidence. *Aust J Rural Health* 2011; 19(3): 118-124.

42-Russell D, Humphreys J. Meeting the primary healthcare needs of small rural communities: lessons for health service planners. *Rural Remote Health* 2016; 16: 3695.

43-Pancer Z, Moore M, Wenham JT, Burrige M. The challenge of generalist care in remote Australia: Beyond aeromedical retrieval. *Aust J Rural Health* 2018; 26(3): 188-193.

44-Carroll V, Reeve CA, Humphreys JS, Wakerman J, Carter M. Re-orienting a remote acute care model towards a primary health care approach: key enablers. *Rural Remote Health* 2015; 15(3): 2942.

45-Okwundu CI, Nagpal S, Musekiwa A, Sinclair D. Home-or community-based programmes for treating malaria. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (5): CD009527.

46-Eckhardt M, Carljford S, Faresjö T, Crespo-Burgos A, Forsberg BC, Falk M. Universal Health Coverage in Marginalized Populations: A Qualitative Evaluation of a Health Reform Implementation in Rural Ecuador. *Inquiry* 2019; 56: 46958019880699.

47-Lindeke L, Jukkala A, Tanner M. Perceived barriers to nurse practitioner practice in rural settings. *J Rural Health. Spring* 2005; 21(2): 178-181.

48-Oliveira AR, de Sousa YG, Alves JP, Medeiros SM, Martiniano CS, Alves M. Satisfaction and limitation of primary health care nurses' work in rural areas. *Rural Remote Health* 2019; 19(2): 4938.

49-Menegat RP, Witt RR. Primary health care nurses' competencies in rural disasters caused by floods. *Rural Remote Health* 2018; 18(3): 4450.



50-De Kock JH, Pillay BJ. Mental health nurses in South Africa's public rural primary care settings: a human resource crisis. *Rural Remote Health* 2016; 16(3): 3865.

51-Sommanustweechai A, Putthasri W, Nwe ML, Aung ST, Theint MM, Tangcharoensathien V et al. Community health worker in hard-to-reach rural areas of Myanmar: filling primary health care service gaps. *Hum Resour Health* 2016; 14(1): 64.

52-Martin A, O'Meara P, Farmer J. Consumer perspectives of a community paramedicine program in rural Ontario. *Aust J Rural Health* 2016; 24(4): 278-283.

53-Chen M, Lu J, Hao C, Hao M, Yao F, Sun M. Developing challenges in the urbanization of village doctors in economically developed regions: A survey of 844 village doctors in Changzhou, China. *Aust J Rural Health* 2015; Mar 25.

54-Allan J, Ball P, Alston M. 'You have to face your mistakes in the street': the contextual keys that shape health service access and health workers' experiences in rural areas. *Rural Remote Health* 2008; 8(1): 835.

55-McFarlane KA, Judd J, Wapau H, Nichols N, Watt K, Devine S. How primary health care staff working in rural and remote areas access skill development and expertise to support health promotion practice. *Rural Remote Health* 2018; 18(2): 4413.

56-Gorsche RG, Woloschuk W. Rural physicians' skills enrichment program: a cohort control study of retention in Alberta. *Aust J Rural Health* 2012; 20(5): 254-258.

57-Wardle J, Adams J, Magalhães RJ, Sibbritt D. Distribution of complementary and alternative medicine (CAM) providers in rural New South Wales, Australia: a step towards explaining high CAM use in rural health? *Aust J Rural Health* 2011; 19(4): 197-204.

58-Williams E, D'Amore W, McMeeken J. Physiotherapy in rural and regional Australia. *Aust J Rural Health* 2007; 15(6): 380-386.

59-Pei H, Sun Y, Bai Z, Yu Z, Chang P, Qiu C et al. Selective admission policy of medical undergraduates in western China: applicants' real attitudes to the choice of a rural medical career. *Rural Remote Health* 2018; 18(4): 4519.

60-Grobler L, Marais BJ e Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; 6: CD005314.

61-Wakerman J, Humphreys J, Russell D, Guthridge S, Bourke L, Dunbar T et al. Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Hum Resour Health* 2019; 17(1): 99.

62-Russell DJ, McGrail MR, Humphreys JS. Determinants of rural Australian primary health care worker retention: A synthesis of key evidence and implications for policymaking. *Aust J Rural Health* 2017 ; 25(1): 5-14.

63-Theodorakis PN, Mantzavinis GD. Inequalities in the distribution of rural primary care physicians in two remote neighboring prefectures of Greece and Albania. *Rural Remote Health* 2005; 5(3): 457.

64-McGrail MR, Wingrove PM, Petterson SM, Humphreys JS, Russell DJ, Bazemore AW. Measuring the attractiveness of rural communities in accounting for differences of rural primary care workforce supply. *Rural Remote Health* 2017; 17(2): 3925.

65-Wanchek TN, Rephann TJ. Effects of a proposed rural dental school on regional dental workforce and access to care. *Rural Remote Health* 2013; 13(2): 2366.

66-Bowman RC. Measuring primary care: the standard primary care year. *Rural Remote Health* 2008; 8(3): 1009.

67-Thomas S, Wakerman J, Humphreys J. What does it cost to provide equity of access to high quality, comprehensive primary health care in rural Australia? A pilot study. *Rural Remote Health* 2017; 17: 4019.

68-Hart JT. The Inverse Care Law. *The Lancet* 1971; 297(7696): 405–412.

69-Rashidian A, Joudaki H, Khodayari-Moez E, Omranikhoo H, Geraili B, Arab M. The impact of rural health system reform on hospitalization rates in the Islamic Republic of Iran: an interrupted time series. *Bull World Health Organ* 2013; 91(12): 942-949.

70-Probst JC, Laditka JN, Laditka SB. Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions: an analysis across eight US states. *BMC Health Serv Res* 2009; 9(134).

71-Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 975-986.

72-Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate* 2018; 42(n. spe1): 302-314.

73-Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2697-2708.

74-Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde

vamos? *Ciênc Saúde Coletiva* 2020; 25(4): 1475-1482.

75-Santos M. *Técnica, Espaço, Tempo*. 5ed. São Paulo: Edusp, 2008.

76-Donnangelo MCF. Medicina na Sociedade de Classes. In: Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

77-Allenby A, Kinsman L, Tham R, Symons J, Jones M, Campbell S. The quality of cardiovascular disease prevention in rural primary care. *Aust J Rural Health* 2016; 24(2): 92-98.

78-Butler DC, Petterson S, Bazemore A, Douglas KA. Use of measures of socioeconomic deprivation in planning primary health care workforce and defining health care need in Australia. *Aust J Rural Health* 2010; 18(5): 199-204.

79-Halder GE, Bearman G, Sanogo K, Stevens MP. Water sanitation, access, use and self-reported diarrheal disease in rural Honduras. *Rural Remote Health* 2013; 13(2): 2413.

80-Hegney DG, Fahey P, Nanka A. General practitioners' perceptions of after-hours primary medical care services: a Toowoomba, Queensland, Australia study. *Rural Remote Health* 2004; 4(2): 287.

81-Holdsworth S, Corscadden L, Levesque JF, Russell G. Factors associated with successful chronic disease treatment plans for older Australians: Implications for rural and Indigenous Australians. *Aust J Rural Health* 2019; 27(4): 290-297.

82-Jacobson Vann JC, Jacobson RM, Coyne-Beasley T, Asafu-Adjei JK, Szilagyi PG. Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 1(1): CD003941.

83-Morley B, Pirkis J, Naccarella L, Kohn F, Blashki G, Burgess P. Improving access to and outcomes from mental health care in rural Australia. *Aust J Rural Health* 2007; 15(5): 304-312.

84-Ndayisaba A, Harerimana E, Borg R, Miller AC, Kirk CM, Hann K et al. A Clinical Mentorship and Quality Improvement Program to Support Health Center Nurses Manage Type 2 Diabetes in Rural Rwanda. *J diabetes Res* 2017: 2657820.

85-Rahmawati R, Bajorek BV. Access to medicines for hypertension: a survey in rural Yogyakarta province, Indonesia. *Rural Remote Health* 2018; 18 (3): 4393.

86-Reddy P, Hernan AL, Vanderwood KK, Arave D, Niebylski ML, Harwell TS et al. Implementation of diabetes prevention programs in rural areas: Montana and south-eastern Australia compared. *Aust J Rural Health* 2011; 19(3): 125-134.

87-Russell DJ, Humphreys JS, Ward B, Chisholm M, Buykx P, McGrail M et al. Helping policy-makers address rural health access problems. *Aust J Rural Health* 2013; 21(2): 61-71.

88-Scott J, Larson A, Jefferies F, Veenendaal B. Small-area estimates of general practice workforce shortage in rural and remote Western Australia. *Aust J Rural Health* 2006; 14(5): 209-213.

89-Street TD, Somoray K, Richards GC, Lacey SJ. Continuity of care for patients with chronic conditions from rural or remote Australia: A systematic review. *Aust J Rural Health* 2019; 27(3): 196-202.

## 4.2 ARTIGO 2 – ATUAÇÃO DOS MÉDICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS: ONDE ESTÁ O TERRITÓRIO?<sup>4</sup>

**Autores:** Cassiano Mendes Franco, Lígia Giovanella, Aylene Bousquat

**Resumo:** Uma atenção à saúde resolutiva e integral em municípios rurais remotos (MRR) cobra uma Atenção Primária à Saúde (APS) com forte dimensão comunitária, ancorada no território. O artigo visa analisar o perfil de atuação dos médicos na APS, considerando seu trabalho tanto no território quanto na unidade básica de saúde (UBS). A perspectiva dos médicos, agentes críticos na APS, contribui para compreender se ocorre oferta equânime e integral da APS. Foi realizado estudo qualitativo em 27 MRR, com entrevista a 46 médicos da Saúde da Família. Procedeu-se análise de conteúdo, estruturando-se os resultados nas dimensões de arranjos na atuação dos médicos nos territórios e organização das atividades na UBS. Os médicos centravam suas atividades nas UBS, principalmente nas sedes dos MRR com acordos de trabalho heterogêneos. O conhecimento sobre características do território e da população era frágil, sobretudo aqueles adscritos longe das sedes municipais. Nas raras ações no território, observou-se um modelo itinerante e/ou campanhista, com a marca da descontinuidade. A demanda espontânea foi priorizada em detrimento de ações de acompanhamento e planejamento do cuidado. Estes achados indicam a necessidade de se reforçar a interação com o território na oferta de serviços de APS em MRR.

**Palavras-chave:** Saúde da População Rural; Atenção Primária à Saúde; Territorialização da Atenção Primária

---

<sup>4</sup> Artigo submetido e publicado em *preprint* pela revista Ciência e Saúde Coletiva, disponível no link: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atuacao-dos-medicos-na-atencao-primaria-a-saude-em-municipios-rurais-remotos-onde-esta-o-territorio/18505?id=18505>

## Introdução

Populações de áreas rurais e remotas, em todo mundo, sofrem importantes iniquidades, destacando-se na saúde as dificuldades de acesso, extremamente imbricadas à dificuldade de fixar força de trabalho<sup>1</sup>. Estas falhas no acesso e na oferta dos serviços de saúde associam-se a piores condições de saúde das populações rurais, decorrentes de sua marginalização no desenvolvimento socioeconômico<sup>2,3</sup>.

Para reverter este quadro, é necessária uma política clara e customizada que garanta oferta pública de serviços de saúde, especialmente os de Atenção Primária à Saúde (APS), que devem ser resolutivos e integrados às Redes de Atenção. De fato, a APS é a principal e por vezes única forma de acesso aos cuidados de saúde nesses territórios<sup>1,4</sup>. A Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas procurou dar visibilidade e melhor resposta às iniquidades desses povos no Brasil<sup>3</sup>. No entanto, sua implementação esbarrou em inúmeras barreiras, incluindo pouca especificidade sobre os diversos cenários rurais no país e insuficiente integração com as demais políticas sociais e de saúde<sup>3</sup>.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é modelo preferencial de APS e está presente em praticamente todos municípios brasileiros<sup>4</sup>. A ESF se pauta pelo vínculo de uma equipe multiprofissional a usuários adscritos em território definido, na qual o cuidado se estende dos indivíduos até a perspectiva do próprio território<sup>5</sup>. Distinto do modelo tradicional de APS, com ações fragmentadas e somente na Unidade Básica de Saúde (UBS), a atuação comunitária dos profissionais da ESF possibilita atividades no e para o território, dentro e fora da UBS<sup>6</sup>. Contudo, a diversidade socioespacial brasileira cobra arranjos organizacionais alternativos para os distintos territórios, de tal forma que os princípios da ESF possam se materializar. Os municípios rurais remotos (MRR), caracterizados pela distância de centros urbanos e predomínio de atributos rurais, como rarefação de domicílios<sup>7</sup>, podem ser considerados como áreas com importantes singularidades, sendo preciso um olhar mais atento à organização das atividades na ESF.

Áreas rurais e remotas em todo mundo possuem grandes dificuldades de atrair e fixar força de trabalho em saúde (FTS), principalmente médicos<sup>1</sup>. No Brasil, a deficiência de médicos na APS é reconhecida, em especial nos municípios do interior, culminando na criação do Programa Mais Médicos (PMM) em 2013<sup>8</sup>. O PMM contribuiu para discussões sobre desigualdades de acesso aos serviços de saúde, que atingem fortemente MRR, jogando luz sobre trabalho dos médicos na APS<sup>8,9</sup>.

Este artigo tem o objetivo de compreender, a partir da percepção dos médicos da ESF, seu perfil de atuação no território e na UBS em MRR. Tomar a perspectiva dos médicos,

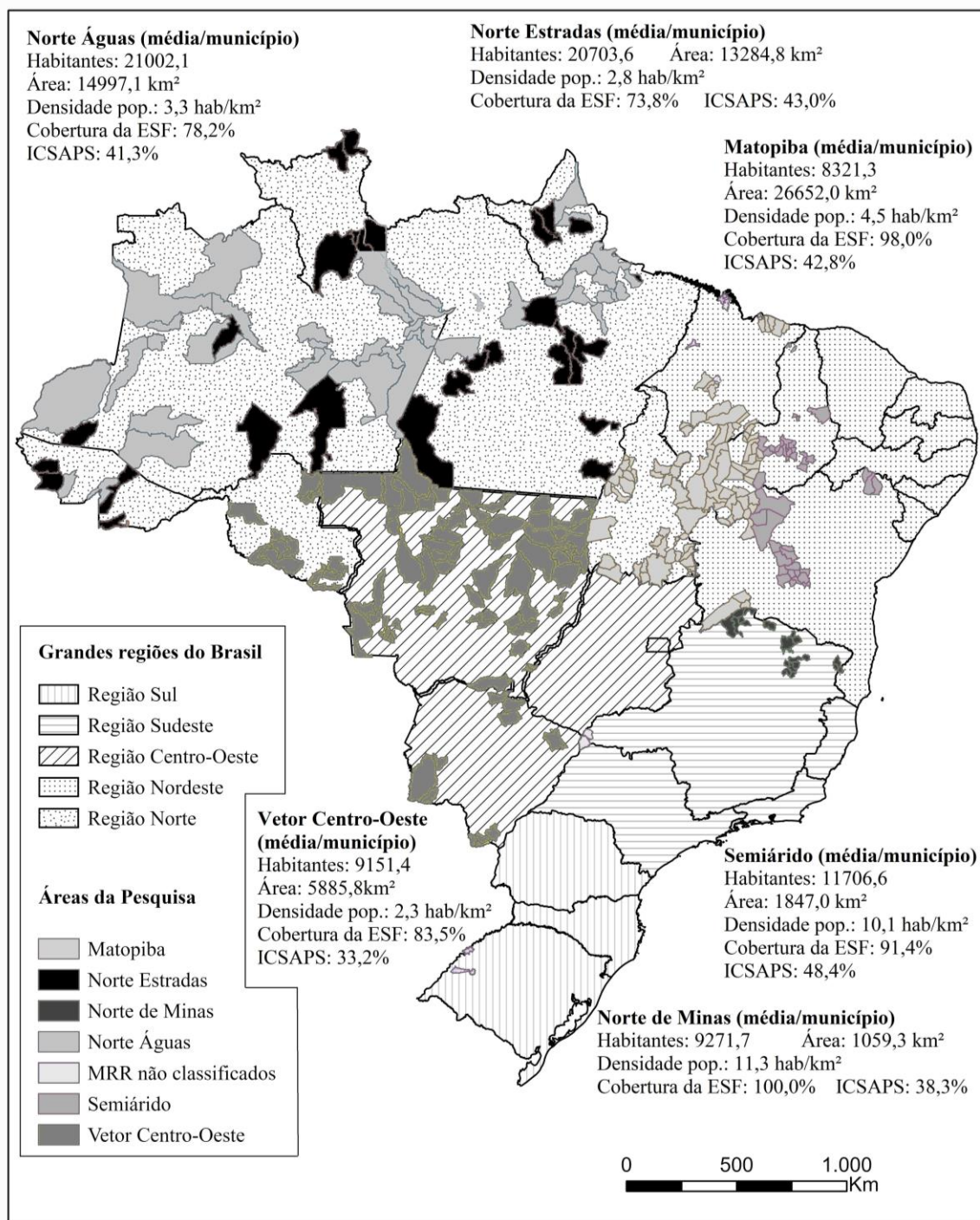
agentes críticos ao funcionamento da APS, importa para compreender entraves na oferta equânime e integral em saúde nos MRR.

### **Metodologia**

Foi realizado estudo qualitativo a partir de entrevistas com médicos da ESF da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais Remotos no Brasil”. Dos 323 MRR definidos pelo IBGE<sup>7</sup>, foram consideradas seis áreas com lógicas socioespaciais distintas para fins da pesquisa: região Norte, subdividindo-se em “Norte-águas” e “Norte-estradas”; “Matopiba” (região de expansão de fronteira agrícola entre Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia); Vetor Centro-Oeste; Semiárido; e Norte de Minas Gerais<sup>4</sup>.

Em cada área selecionou-se municípios com características típicas e atípicas em 19 indicadores socioeconômicos e de saúde, descritos por Bousquat et al.<sup>4</sup>. A amostra de municípios para o campo da pesquisa foi do tipo intencional, estruturada a partir dessas seis áreas. Em cada área da pesquisa foram escolhidos dois ou mais municípios que correspondem ao “município tipo”, ou seja, municípios com características socioeconômicas, demográficas e de saúde mais frequentes no conjunto dos MRR da respectiva área. Ao município tipo se agregou um ou mais município(s) *outliers*, ou seja, municípios com características mais incomuns na área. Buscou-se assim garantir a inclusão de diferentes realidades dos MRR. Com este procedimento, obteve-se uma amostra composta por 27 MRR distribuídos nas seis áreas previamente definidas. A Figura 1 mostra as áreas da pesquisa com algumas das informações selecionadas para caracterização.

FIGURA 1: Municípios rurais remotos agrupados nas áreas da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais Remotos no Brasil” e respectivas médias de habitantes, área geográfica, densidade populacional, cobertura da ESF e internações por condições sensíveis à APS (ICSAPS), Brasil, 2019



Fonte: Adaptado de Bousquat et al.<sup>13</sup>

Entre maio e novembro de 2019 foram realizadas entrevistas semiestruturadas com médicos da ESF nos 27 MRR. O roteiro das entrevistas incluiu: perfil do entrevistado, características do território e população, acesso, estrutura da oferta da APS, processo de



trabalho, transporte sanitário e rede de urgência, FTS e linhas de cuidado prioritárias.

Foram visitadas UBS das sedes e de áreas distantes destas sedes, denominadas interiores. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Foram entrevistados 46 médicos de APS, sendo que 23 trabalhavam na sede dos municípios e 23 nos chamados “interiores”. Os códigos das entrevistas são compostos por: 1) número (1 a 6) relacionado à área da pesquisa; 2) estado; 3) número do município, conforme ordem de realização da pesquisa de campo; e 4) MED1, para UBS da sede municipal, ou MED2, para UBS do interior do município. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 2.832.559/ CAAE 92280918.3.0000.5240.

Procedeu-se análise de conteúdo das entrevistas aos médicos, conforme indicações de Minayo<sup>10</sup>, com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Definiu-se, com pressupostos de revisão de literatura sobre saúde rural<sup>11</sup>, as dimensões de análise: 1) perfil profissional, 2) arranjos para atuação no território e 3) organização das atividades. Foram codificados, com Nvivo®, trechos das entrevistas nessas dimensões, com elaboração de categorias prévias correspondentes: 1) caracterização geral, conformação das equipes, escassez da FTS e Programa Mais Médicos; 2) vínculo de referência e deslocamentos; e 3) carga horária e organização da agenda.

Após leitura horizontal e vertical dos trechos codificados, discriminados por áreas da pesquisa e relação com sede ou interior do município, a interpretação resultou na reestruturação das categorias prévias em categorias emergentes, da seguinte forma: 1) perfil dos entrevistados e conformação das equipes; 2) frágil vínculo de referência com território da UBS e limitados deslocamentos no território de atuação; e 3) flexibilidade e acordos no horário de trabalho e arranjo das ações com ênfase na demanda espontânea. As dimensões também foram adequadas nesta etapa. Complementarmente, para o perfil dos entrevistados, realizou-se contagem e percentual de dados compilados das entrevistas.

Coerente aos objetivos do estudo, a estrutura final da análise se compôs de dimensão de contexto, com perfil dos médicos e sua inserção na ESF em MRR, seguida das duas dimensões principais da análise: arranjos da atuação dos médicos no território e organização das atividades dos médicos na UBS. Os resultados a seguir são dispostos segundo essas dimensões e suas categorias emergentes.

## **Resultados**

### **PERFIL DOS MÉDICOS E SUA INSERÇÃO NA ESF**

### *Perfil dos entrevistados*

Na Tabela 1 exibe-se informações de perfil dos entrevistados. Os 46 médicos se distribuíram uniformemente nas áreas da pesquisa, exceto no Norte-águas, que apresentou maior representação (30,4%) (Tabela 1). Os médicos eram, em geral, jovens, sendo quase metade (45,7%) com 24 a 30 anos e a maioria (65,2%) do sexo masculino (Tabela 1).

Quase todos eram brasileiros, exceto um médico cubano e um peruano. Metade possuía graduação na Bolívia, 17 no Brasil e seis em Cuba, Paraguai e Peru (Tabela 1). 29 (63%) eram do PMM e metade não possuía registro no Conselho Regional de Medicina (CRM). 32 médicos (69,6%) tinham atuação muito recente, há menos de um ano na equipe. 33 (71,7%) não acumulavam vínculo adicional à ESF (Tabela 1).

TABELA 1: Informações sobre perfil e vínculo profissional de médicos da ESF em municípios rurais remotos selecionados, Brasil, 2019

<b>PERFIL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Áreas da pesquisa</b>		
Vetor Centro-Oeste	5	10,9
Norte de Minas	6	13,0
Matopiba	9	19,6
Norte-águas	14	30,4
Norte-estradas	4	8,7
Semiárido	8	17,4
<b>Idade</b>		
24 a 30 anos	21	45,7
31 a 40 anos	17	37,0
41 a 50 anos	6	13,0
Mais de 50 anos (71 e 76 anos)	2	4,3
<b>Sexo</b>		
Feminino	16	34,8
Masculino	30	65,2
<b>Local de graduação</b>		
Bolívia	23	50,0
Brasil	17	37,0
Cuba	3	6,5
Paraguai	2	4,3
Peru	1	2,2
<b>VÍNCULO PROFISSIONAL</b>		
<b>Tempo de atuação na equipe</b>		
Menos de 1 ano	32	69,6
1 a 3 anos	9	19,6
Mais de 3 anos (6 a 15 anos)	5	10,9
<b>Tipo de vínculo</b>		
Programa Mais Médicos	29	63,0
Contrato por tempo determinado	8	17,4
Estatutário	5	10,9
Autônomo	3	6,5
Cooperado	1	2,2
Celetista	0	0,0
<b>Registro no Conselho Regional de Medicina</b>		
Sim	23	50,0

Não	23	50,0
<b>Acúmulo de vínculo*</b>		
Sem acúmulo de vínculo	33	71,7
Centro de Saúde ou Hospital de Pequeno Porte no município	8	17,4
Hospital regional	3	6,5
Consultório/clínica privada	3	6,5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>

\*Respostas múltiplas, com total superior ao número de entrevistados

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

### *Conformações das equipes*

Em geral, os médicos atuavam em UBS com apenas uma equipe de ESF, em sua composição mínima. Alguns médicos citaram mais de um técnico de enfermagem por equipe, principalmente para referência e suporte contínuo em pontos de apoio nos territórios. Geralmente os médicos não sabiam precisar quantidade de agentes comunitários de saúde (ACS) em suas equipes, ao que atribuíam ao pouco tempo de atuação e ao maior relacionamento dos ACS com as enfermeiras e com os gestores municipais. Enquanto ACS tinham presença bem definida nos territórios, médicos estavam associados preponderantemente ao espaço da UBS.

Profissionais de saúde bucal compunham a relação da maior parte das equipes. O Núcleo Ampliado da Saúde da Família (Nasf), com três ou quatro profissionais, foi citado em 35 entrevistas. Relatou-se dificuldades do Nasf em oferecer apoio a todo território, principalmente no interior. Além desses integrantes da ESF, vigias, porteiros e motoristas tinham papel notório no atendimento às urgências nas comunidades, após fim do expediente. Motoristas se destacaram mais ainda pela relevância de importantes e demorados deslocamentos nos MRR.

A saída dos cubanos do PMM provocou crise de desassistência nos MRR durante quatro a seis meses até reposição de vagas, ainda incompleta na época das entrevistas. Vacância de médicos em outras equipes foi relatada em quase todas entrevistas. Os maiores problemas eram relacionados à fixação, principalmente nos interiores. Os entrevistados retrataram insuficiência de profissionais para atender ao volume de demandas e para acesso no território, tanto de médicos quanto de enfermeiros.

Os postos de médicos eram cobertos em grande parcela pelo PMM, mesmo com quantidade ainda insuficiente. As dificuldades na fixação de médicos não se restringiam aos municípios, mas se estendiam às regiões. Escassez de médicos sobrevalorizava esse profissional no mercado de trabalho e possibilitava determinado poder na oferta de serviços de saúde. Comumente médicos com registro no CRM, em geral atuando na sede dos

municípios, acumulavam outros vínculos empregatícios. Possibilidade de vínculo adicional contribuía para atração dos médicos e para responder às demandas por pronto-atendimento nos centros de saúde e pequenos hospitais. Na sede dos MRR era comum a presença de uma unidade de funcionamento 24 horas para pronto-atendimento da população de todo município, como pequenos hospitais e centros de saúde, que podiam ou não conter também ESF em seu espaço físico.

Atuação em diferentes pontos da rede de atenção no MRR e região dava alguma facilidade para coordenação do cuidado quando um usuário necessitasse de internação. Porém, comprometia-se a longitudinalidade na ESF e o conhecimento do processo de trabalho de sua própria UBS. Usuários buscavam atendimento por médicos no pequeno hospital da sede municipal no fim de semana ou por conveniência, ao invés da UBS, enfraquecendo vínculo com a APS.

Presença de médicos na ESF em MRR associava-se fortemente ao provimento pelo PMM. Os médicos distinguiam o PMM sobretudo pela regulação profissional, exercida de várias maneiras: exigência de cumprimento de carga horária, supervisão, prestação de contas sobre produção e obrigatoriedade de especialização à distância em Saúde da Família, ademais da exclusividade à ESF para aqueles sem CRM. Essa era principal forma de garantir atenção médica sustentada em MRR, sobretudo nos interiores, e com maior dedicação na APS.

## ARRANJOS DA ATUAÇÃO DOS MÉDICOS NO TERRITÓRIO

### *Frágil vínculo de referência com território da UBS*

A maioria dos médicos não conhecia precisamente a extensão do território adscrito. A maior parte, mesmo atuando na sede, cobria áreas do interior onde os territórios eram extensos e as distâncias podiam chegar até as fronteiras dos municípios, medidas em dezenas ou centenas de quilômetros. Territórios referentes às sedes dos municípios ou das comunidades maiores no interior onde as UBS se situavam eram pequenos e, em geral, facilmente acessíveis.

Nem sempre territórios de atuação das equipes estavam bem definidos e maior parte dos médicos não conhecia distribuição das microáreas, atribuindo essa função ao enfermeiro da equipe. Igualmente, a maioria desconhecia a quantidade de usuários e famílias adscritas ou dava informações pouco precisas, muitas vezes indicando que este conhecimento era função dos enfermeiros. A falta de cadastros dos usuários e sua desatualização, sobretudo

nas localidades de difícil acesso, também prejudicava esse domínio.

A relação com território era fragilizada pela referência fluida dos usuários às equipes, principalmente na sede, além do tempo recente na ESF, alta demanda por consultas e pouca participação no planejamento da equipe. Por outro lado, alguns tinham realizado diagnóstico situacional do território por conta da especialização ofertada no PMM. Uma menor parte dos entrevistados realmente demonstrava algum conhecimento sobre a organização da área adscrita, descrevendo abrangência do território, quantidade de microáreas, associação do território ao ACS e localização das comunidades cobertas.

De modo geral, médicos atendiam população sem diferenciar território adscrito. Argumentou-se necessidade de oferecer acesso universal, além de colaboração entre colegas, incluindo cobertura de equipes sem médicos, com assistência médica insuficiente ou de quando outros médicos se deslocavam até as comunidades. Era comum médicos que atuavam na sede atenderem população com referência à ESF do interior ou de outros municípios por causa do acesso mais fácil ou da busca concentrada de serviços variados pelos usuários.

Alguns médicos atraíam usuários de outras equipes pelo maior tempo de atuação no município, maior qualificação e capacidade resolutiva. Municípios do Vetor Centro-Oeste e Norte-estradas relataram atenção frequente à população de distritos sanitários indígenas e usuários estrangeiros por se situarem na fronteira com Bolívia e Peru. Essa forma de atenção à saúde na ESF em MRR, com clientela indefinida e fora do território de atuação, prejudicava conhecer perfil da população, vigilância à saúde e longitudinalidade, conforme os entrevistados.

Maior parcela dos entrevistados relatou que a APS era o serviço de primeiro contato dos usuários. Isso ocorria mais facilmente na sede ou nas áreas próximas das UBS do interior. Porém, insuficiência de medicação, de infraestrutura, substituição recente dos profissionais, localização pouco acessível e centralização de determinados serviços prejudicavam vínculo dos usuários cadastrados à UBS de referência. Uma oferta melhor de atenção à saúde em município vizinho também dispersava população de sua equipe.

Para expressiva parte dos médicos, o centro de saúde ou pequeno hospital para pronto-atendimento na sede municipal era a porta preferencial de muitos usuários, principalmente de áreas do interior sem UBS na comunidade. Essa preferência era ainda atribuída a usuários que consideravam maior resolutividade e acesso à medicação no centro de pronto-atendimento ou que não conseguiam acesso por demanda espontânea numa UBS, por restrição de consultas ou que desconheciam presença do médico recém-contratado, após

saída dos cubanos do PMM. A população buscava serviço mais acessível, conforme rota e veículo de transporte disponível, independente da referência para sua área adscrita. Por isso, era comum deslocamento dos usuários do interior através do ônibus escolar gratuito. Os custos de transporte eram altos e a oferta de transporte coletivo muito reduzida.

Apenas onze entrevistados atuavam exclusiva e rotineiramente em UBS localizadas no interior, ainda que a pesquisa selecionasse médicos atuantes em UBS na sede e UBS no interior. Estes, em geral trabalhavam em comunidades maiores, onde outras comunidades menores dispersas também eram atendidas. Predominou cobertura dos territórios dos interiores a partir de unidades na sede, às vezes com equipes dedicadas a essas populações. A distribuição desigual das UBS, com concentração no centro dos municípios ou áreas próximas, inviabilizava acesso de territórios mais distantes, não oferecendo cobertura real e provocando deslocamentos dentro e fora do município.

#### *Limitados deslocamentos no território de atuação*

Necessidade de manter assistência nas UBS restringia deslocamentos para o interior. Em geral, enfermeiras e ACS se deslocavam com mais frequência que médicos. Deslocamento ao interior ocorria em visitas às comunidades e domicílios até determinado alcance, com frequência variável, e em ações eventuais como campanhas. Atenção itinerante nas comunidades era baseada em pontos de apoio, como postos avançados ou locais próprios das comunidades. Em comunidades maiores, que contavam com unidade de saúde, o deslocamento era mais usual, com visitas agendadas algumas vezes na semana ou no mês, porém nas outras, quanto mais difícil o acesso, mais espaçados eram os retornos.

Complicadas vias de acesso demandavam longo tempo de viagem, veículos especiais e eram passíveis de diversos problemas no percurso, argumentando-se maior aproveitamento com assistência na UBS que nas ações itinerantes. Era necessário planejamento, considerando disponibilidade e tipo de veículo, combustível, equipamentos, insumos e refeições, não sendo possível ofertar práticas mais integrais de assistência como na UBS, segundo os entrevistados. Ações nas comunidades eram limitadas pelas condições improvisadas, falta de materiais e tempo de percurso, mas possibilitavam identificar casos para melhor atendimento nas UBS.

Ações itinerantes, como nas UBS fluviais, exigiam logística para período de dez dias dentro da embarcação. No Norte-águas, as entrevistas apontaram que poucos profissionais chegavam até comunidades do interior, no mais das vezes em ações com UBS fluviais infrequentes. Alguns entrevistados reportavam que era comum cancelar ações comunitárias

ou não conseguir dar atenção às necessidades de todo território por falta de transporte ou combustível. Um condutor do veículo acompanhava as viagens, conformando mais um membro da equipe. O carro era o principal veículo utilizado, mas diversos outros foram mencionados, desde ambulâncias e caminhonetes a balsas no Norte-águas.

A maioria dos médicos reportou programação semanal para visitas domiciliares. Visitas às comunidades e, mais preponderantemente, aos domicílios, junto à integração com ACS, eram principal forma de reconhecimento do território para os médicos. Favoreciam compreensão sobre território, condições de vida e dificuldades de deslocamento da população, possibilitando flexibilizar padrões de conduta.

## ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DOS MÉDICOS NA UBS

### *Flexibilidade e acordos no horário de trabalho*

Acordos sobre dias de trabalho e autonomia sobre horário, ademais diferenças entre médicos e enfermeiros, mostraram-se generalizados, ainda que formalmente os médicos possuíssem carga horária de 40 horas para atuação na APS todos os dias da semana. Enfermeiros geralmente permaneciam todos os dias na ESF, enquanto entre médicos podia ser relativamente comum casos de somente dois dias por semana na ESF e presença irregular, além dos médicos do PMM cumprirem quatro dias na semana, por possuírem um dia previsto de folga para estudos.

Médicos com mais tempo de atuação no município e qualificações variadas obtinham vantagens no arranjo da carga horária. Em troca de maior volume de atendimentos e de atender aqueles que seriam destinados à atenção especializada, eram liberados para realizar cursos ou contrabalançavam horário estendido com dia adicional de folga, considerando questões pessoais e familiares desses profissionais.

Um entrevistado argumentou que a carga horária precisava ser flexível para incluir dificuldades de percurso na chegada ao trabalho e nas visitas domiciliares, evitar assédio em horário de pausa, compensar sobrecarga e adequar-se a uma agenda voltada para demanda espontânea. Outro médico relatou horário variável de chegada e saída por causa de plantão no pequeno hospital do município.

As UBS localizadas no interior nem sempre possuíam equipe fixa para funcionamento regular ao longo da semana, assemelhando-se a pontos de apoio nestes casos, com equipe completa apenas alguns dias por semana, quinzenal ou conforme cronograma mensal. Nos interiores, mesmo quando UBS tinham expediente diário, duas entrevistas

apontaram que o horário podia ser reduzido para somente um turno.

*Arranjo das ações com ênfase na demanda espontânea*

Predominava entre os médicos uma agenda voltada para atendimento em demanda espontânea, sobretudo naqueles residentes no interior dos municípios. Poucos priorizavam marcação de consultas na UBS para grupos prioritários. Argumentava-se necessidade de organizar atendimentos em demanda espontânea se orientando pelas possibilidades de acesso. Usuários de áreas distantes constavam como prioridade no atendimento à demanda espontânea.

Dificuldades de deslocamento, pelo tempo de percurso, desgaste no transporte e custos financeiros dos usuários, determinavam agenda mais aberta. Uma organização maleável para atendimentos era requerida por acúmulo de demandas que impedia seguir rotina programada de consultas e ocorria por diversos fatores, como deslocamentos da população com barcos ou nos horários dos ônibus escolares e baixa disponibilidade de médicos com períodos de desassistência.

A programação de consultas era preferível para os médicos, mas havia dificuldade dos usuários se adaptarem, com maior procura de atendimento por adoecimento agudo que para controle de doenças crônicas. Outros motivos citados foram a falta de planejamento com equipe, recomendações de um modelo de agenda acessível no PMM e longos intervalos de atenção à saúde em cada comunidade.

Embora os usuários fossem orientados sobre retorno, as entrevistas sugeriam pouco acompanhamento dos usuários nas linhas de cuidado, exceto no caso das gestantes. Problemas de acesso nos interiores impediam a volta para consulta no devido tempo. Na sede, onde era mais propícia organização da agenda por linhas de cuidados, parecia haver controle um pouco maior sobre o acompanhamento dos grupos prioritários.

Enfermeiros tinham papel importante no estabelecimento da agenda e costumavam marcar pacientes para outras linhas de cuidado não atendidas pelos médicos, como saúde da mulher ou puericultura. Apesar de alguns médicos se colocarem apenas em posição de suporte aos enfermeiros no planejamento das ações de cuidado, houve falas de que o PMM contribuiu para incrementar ações de vigilância na ESF.

Relatou-se desigualdades no conhecimento sobre estado de saúde de populações de áreas mais distantes, principalmente aquelas sem presença de ACS. ACS possuíam papel fundamental no acompanhamento dos usuários e visitas domiciliares indicaram ser estratégias-chave para vigilância em saúde. Atividades comunitárias, como as próprias



visitas domiciliares, faziam parte da agenda da maioria dos médicos, mas com pouco peso. Ações coletivas, com exceção dos “grupões” de atendimento coletivo para hipertensão e diabetes e grupos de salas de espera, eram irregulares. Atenção itinerante nas comunidades era melhor definida com a própria organização da agenda.

Reuniões de equipe eram inusuais, argumentando-se que esta atividade não ocorria mais rotineiramente para evitar limitar acesso à assistência. Poucos médicos participavam das reuniões, quando existiam. Apesar de pouco incorporadas no processo de trabalho, reuniões de equipe tinham amplos propósitos de importância para ESF, como: planejamento da agenda, de visitas domiciliares, das necessidades de transporte; avaliação sobre vigilância à saúde no território; discutir territorialização; construir projetos terapêuticos singulares; e integração dos profissionais da ESF, especialmente com ACS.

O Quadro 1 traz uma síntese dos principais achados e categorias emergentes sobre arranjos da atuação dos médicos da ESF em MRR, nas duas dimensões. Falas ilustrativas de suas categorias emergentes são apresentadas nos Quadros 2 e 3.

**QUADRO 1: Síntese dos principais achados sobre arranjos da atuação dos médicos da ESF no território e organização das suas atividades na UBS em municípios rurais remotos, Brasil, 2019**

<b>Arranjos da atuação dos médicos no território</b>	
Frágil vínculo de referência com território da UBS	Pouca precisão na definição do território de atuação da equipe e quantidade de pessoas e famílias cobertas, com áreas muito extensas.
	Os médicos atendiam aos usuários sem distinção de território, embora fossem determinados como vínculo preferencial de assistência na UBS e tivessem ações no território para populações específicas dos interiores.
	A ESF era o principal serviço de referência aos usuários, contudo com transpasse ( <i>by-pass</i> ) frequente dos usuários adscritos, principalmente das áreas mais afastadas, para outras UBS ou para serviço de pronto-atendimento na sede municipal.
	As UBS eram localizadas na sede municipal principalmente, prejudicando relação com áreas mais distantes.
Limitados deslocamentos no território de atuação	Deslocamentos no território de atuação eram limitados pela prioridade à assistência na UBS, disponibilidade irregular de transporte e inviabilidade de trânsito em determinadas localidades e em épocas de chuva.
	Nos interiores dos municípios, ocorriam visitas às comunidades para atendimentos itinerantes em pontos de apoio ou UBS satélites com intervalos variáveis e ações eventuais em campanhas.
	Os profissionais contavam com transporte da gestão municipal para atuação nos interiores, com diversidade de veículos, nem sempre de acordo com as condições geográficas ou disponíveis.
	As visitas domiciliares, em geral pouco frequentes, eram a principal forma de reconhecimento do território nos interiores.
<b>Organização das atividades dos médicos na Unidade Básica de Saúde</b>	
Flexibilidade e acordos no horário de trabalho	Acordos, autonomia sobre o horário e diferenças entre médicos e enfermeiros no regime formal de 40 horas semanais eram generalizados.
	Flexibilidade de horário e folgas eram utilizadas como estratégia para atração e fixação dos profissionais, no intuito de compensar dificuldades de deslocamento, excesso de demandas atendidas, tempo integral de trabalho em áreas remotas e afastamento do convívio familiar.

	Nas sedes municipais, os serviços da ESF tinham horários regulares e integrais e nos interiores eram geralmente restritos e descontínuos.
Arranjo das ações com ênfase na demanda espontânea	Agenda predominantemente voltada a atendimentos em demanda espontânea, no intuito de ofertar acesso oportuno aos usuários dos interiores e em razão do absenteísmo em consultas agendadas e fluxo variável de demandas, mas com prejuízo de consultas mais aprofundadas e desviando para modelo de queixa-conduta.
	Baixa vigilância nas linhas de cuidado, exceto para gestantes e excepcionalmente para hipertensos, com acompanhamento pouco melhor nas UBS relacionadas às sedes municipais, que possuíam horários dedicados a grupos prioritários.
	Papel importante dos ACS e das visitas domiciliares para a vigilância nas linhas de cuidado.
	Atividades comunitárias, como ações coletivas em grupos, atendimentos nas comunidades ou campanhas, eram infrequentes.
	Poucos médicos participavam das reuniões de equipe, que eram inusuais, geralmente mensais quando ocorriam, apesar de importância para integração da equipe, especialmente com os ACS, e para discussão sobre casos específicos, territorialização, planejamento de ações comunitárias e avaliação sobre vigilância à saúde.

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

## QUADRO 2: Falas ilustrativas da dimensão dos arranjos da atuação dos médicos no território em municípios rurais remotos, segundo categorias emergentes, Brasil, 2019

<b>Frágil vínculo de referência com território da UBS</b>
Não saberia dizer não [o número de microáreas]. [...] Esses dados [número de ACS] eu não tenho. Quem tem é a enfermagem. O mapa do território a gente começou a fazer no meu segundo mês, que é para fazer o diagnóstico situacional da área. Porque até então a gente tinha dados mais desatualizados e não condizentes com a realidade. (4PA12MED2 – Norte-águas)
A gente usa muito o princípio do SUS universal. Mesmo que a pessoa venha e não é da minha área, mas precisa de atendimento, a gente atende. Aqui não deixamos: “Ah, só vou atender do meu bairro” - não. [...] Tem paciente que leva três horas de rabetá, cinco horas de rabetá para chegar aqui na cidade. Tem dois postos de saúde que foram inaugurados na zona rural, sabe? Mas como são novos, o paciente não tem aquele hábito de ir lá, ele prefere vir direto aqui porque ele já conhece, tem o hábito de vir aqui. (4AM16MED1 - Norte-águas)
Existe [divisão territorial entre as UBS], mas o cliente é que migra. Ele será bem acolhido onde quer que ele esteja. [...] Tem pacientes que, quando solicito exames, trazem para mim. E se ele encontrar um médico mais próximo a eles, apresentam. Assim como tenho recebido vários exames daqui que não solicitei: “Eu ia levar no posto, mas estava passando aqui em frente e vim mostrar para o senhor”. Então, pelo fato de sermos conhecidos, até no meio da rua, eles pedem pra ver. (5AC11MED1 - Norte-estradas)
P: Na sua experiência quando o usuário precisa atendimento, qual o primeiro serviço de saúde que ele vem? R: Aqui! Sem dúvida! Só tem esse [risos]! (1MT26MED1 – Vetor Centro-Oeste)
A população, por causa desse difícil acesso, então, eles aproveitam algumas ocasiões para virem aqui na sede. Às vezes, fica mais fácil vir na sede e consultar aqui do que ir lá onde eles estão cadastrados. Tem ônibus da escola que eles usam carona para poder consultar, às vezes a família não tem meio de condução mesmo. Então se fosse para ele andar até a unidade que ele é cadastrado ficaria muito longe. Aí, ele vai, pega uma condução e vem para sede, que é mais fácil. Aqui do PSF eu só atendo os daqui da sede mesmo, mas aí tem um centro de saúde que fica o médico plantonista lá que atende os que vem na rural. (2MG6MED1 – Norte de Minas Gerais)
Nós temos vários povoados que são bastante distantes daqui. Existem povoados que chegam a 80 quilômetros de distância daqui. A maioria dos usuários desses povoados não frequenta nosso posto. Os nossos usuários que frequentam o posto são do nosso povoado em si, da Passagem e do povoado Pedreiras, que fica aqui do lado, a cinco quilômetros. [...] Aqui tem 3500 pessoas cadastradas. Só que dessas 3500, mil fazem parte ativa do posto, 1500 estão distribuídas nesses interiores que estão isolados. [...] Isso é um problema antigo. [O município] tem 40 mil habitantes, só tem cinco postos de saúde, desses cinco postos, dois estão no município [na sede municipal]. Então, teoricamente três, porque a Passagem está a oito quilômetros. Só ficam dois postos no resto do interior, que é a maior parte da comunidade. (6BA1MED2 – Semiárido)
<b>Limitados deslocamentos no território de atuação</b>

<p>O problema é para nós podermos nos deslocar para essas localidades. Primeiro, pelo problema do carro. O acesso é muito, muito difícil, a gente precisa de um carro alto que tenha condições e muitas vezes o município não tem. As visitas domiciliares para esses lugares acabam sendo muito difíceis, porque, por exemplo, para eu sair para fazer essa visita, eu vou perder o dia todo. Então, eu sair para fazer essa visita o dia todo, são mais ou menos uns 40 pacientes que ficam sem atendimento. Então, dá para eles sentirem isso. Quando a gente se desloca para fazer visita, quem vai é a enfermeira e se precisar de mim, aí eu me desloco. O maior problema não é para eles, mas o problema, acho, é o acesso de nós para eles. (6BA3MED1 – Semiárido)</p>
<p>Consulta de enfermagem na zona rural, por porcentagem, é maior do que a de médico. Lá na rural, normalmente, a enfermeira vai todos os dias. Por exemplo, eu vou ao S. [comunidade do interior] uma vez, já o enfermeiro passa lá dez vezes no mês. [...] Normalmente nós vamos em um carro só daqui para lá. E quando é próximo assim, o motorista vai lá e pega, mas não dá para pegar todo mundo, é impossível. (2MG7MED2 - Norte de Minas Gerais)</p>
<p>Não tem estrada, a estrada que tem é subindo serras. A gente, no início, chegou a fazer uma ação com o povoado de M.S., que está a oitenta quilômetros daqui. Para chegar lá, a gente demorou quatro horas e meia para ir e cinco horas para voltar. O carro atolou, o carro quebrou, a gente se perdeu. [...] São bem desassistidos [os usuários de povoado no interior]. Tanto que, essa ação que a gente foi lá, por exemplo: é um povoado grande e a última vez que tinha ido um médico lá, tinha quatro anos. (6BA1MED2 - Semiárido)</p>
<p>A gente tem tratado de organizar um calendário onde abasteça equitativamente todas as microáreas que estão nesse povoado, que fazem parte desse povoado. Aqui, por exemplo, na região central, que é a UBS principal, a gente vem uma vez ou duas vezes na semana. E aí, as demais áreas, a gente trata de ir, por exemplo, essa semana aqui eu vou em uma outra, na outra já duas microáreas. Por semana nelas e a principal. E aí já na próxima semana já vou em duas outras microáreas, mas tratando de ir sempre pelo menos uma vez ao mês. (3MA25MED2 - Matopiba)</p>
<p>A zona rural precisa de tempo, precisa ter mais continuidade. Acho que talvez por uma dificuldade de acesso, de disponibilidade de postinho, de local de atendimento. A equipe estar mais disponível mesmo para ir. A gente tem muito problema de transporte da equipe. Às vezes a equipe quer ir, mas não tem transporte disponível para levar. A parte de zona rural precisa melhorar. Aqui, a gente tem uma coisa ou outra para melhorar, mas assim, a zona rural ainda tem essa deficiência: problema com transporte, problema para a equipe estar lá também, na periodicidade que vai, então por isso que eles acabam e vêm para cá. (3MA25MED1 – Matopiba)</p>
<p>Para realizar tudo isso [as ações realizadas na UBS da sede], tem que ter um médico morando na comunidade e ter uma UBS e não tem isso. Acontece só quando a gente leva a UBS fluvial para lá, como agora. Agora nós vamos estar com a UBS fluvial dez dias no interior, toda equipe multiprofissional, todas as ações vão dentro da UBS e fazem esse trabalho por dez dias. Assim, existe, mas não é todos os dias, como o cronograma aqui da UBS. É sim feito, mas não da maneira adequada. (4PA14MED1 - Norte-águas)</p>
<p>Na zona rural a gente só faz consulta médica, de enfermagem e só. Pré-natal é aqui, preventivo é aqui, qualquer outra consulta que precisa de uma avaliação melhor eu mando para cá. Vou lá, reconheço o que tem e peço para vir para cá. Como eu te disse, às vezes, eu estou no T. [comunidade do interior], atendendo sentada numa cama e não tem como examinar muito bem. Tem uma localidade que a gente vai que a mesinha é o mesmo lugar que as pessoas sentam. Se a pessoa quiser falar alguma coisa que precisa de um sigilo maior, não tem como. Eu peço para vir à tarde para cá, porque aqui eu consulto melhor. [...] Nos lugares que eu vou, que tem necessidade de visita, porque depois dos atendimentos eu vou fazer as visitas e se precisar de um curativo, alguma coisa, faz. Mas não mais do que isso, é bem restrito na zona rural. (6PI2MED2 - Semiárido)</p>
<p>As ACS me explicam [a territorialização da área adscrita]. Toda quarta-feira tenho visita domiciliar. Daí sempre vou com uma ACS diferente e elas mostram para mim o território, quem são os pacientes que estamos indo para visita. (4PA14MED2 – Norte-águas).</p>

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

### QUADRO 3: Falas ilustrativas da dimensão da organização das atividades dos médicos na Unidade Básica de Saúde em municípios rurais remotos, segundo categorias emergentes, Brasil, 2019

<b>Flexibilidade e acordos no horário de trabalho</b>
<p>Eu trabalho de oito horas, aí depende muito do dia. O normal é até três ou quatro horas da tarde. Tem dia que a gente sai mais cedo: eu saio duas horas da tarde, três horas. Que a gente tem que fazer uma visita, alguma coisa assim, a gente já aproveita e já sai, já sai daqui e já vou fazer as visitas. [...] Eu, pessoalmente, depende muito do dia. Se, mais comum, eu saio daqui e vou almoçar em S. [município da região] mesmo. Acabo o atendimento 11 horas, retorno 13 horas, por aí. E quando tem um horário, por exemplo, tem uma coisa, tem hora que não para não, a gente vai direto. (2MG6MED2 – Norte de Minas Gerais)</p>
<p>Então, por isso que te falo, por isso que a maior demanda que a gente tem no município vem pra mim, tanto pela confiança e pela qualidade de resolução, quem tem alguns problemas, porque eu posso resolver várias coisas, sem ter que encaminhar os pacientes para fora. Então por esta razão, até o gestor, ele tem uma diferença comigo. [...] Passaram oito anos, dez anos, eu falei: “eu vou”. Eu não tinha comentado que eu iria. Já tinha falado para alguns amigos que eu</p>

<p>já ia embora. Olha, o que entrou de gente chorando aqui... Aí, você me explica, como eu vou embora? Aí eu consegui que o prefeito me desse um dia, de quinze em quinze dias, para eu poder sair para visitar minha família e aumentaria minha carga horária: ao invés de oito horas, eu trabalharia nove. Eu disse: “está bom, para mim está perfeito”. (6BA3MED1 – Semiárido)</p>
<p>Eles estão mexendo com gado, como te disse, eles são pecuaristas e pequenos produtores, eles vivem daquilo, então eles vivem do leite, a maioria. Para eles virem à unidade, precisam pagar alguém para fazer o serviço, então eles acabam deixando de vir, a não ser em casos extremos, entendeu? Então, se tivesse um lugar onde eles chegassem, uma unidade de saúde mesmo com a equipe montada, não falo de emergência não. E eles chegassem às nove, nove e meia, às dez e conseguissem. Não tivessem que esperar até uma hora, porque tem dia que é assim, o pessoal da cidade é de manhã e o pessoal da zona rural é à tarde: eles preferem assim porque à tarde o serviço é menor. [...] Mas, por exemplo, ele sai de lá nove e meia, vai chegar aqui na UBS dez e meia, onze horas, na hora que vai estar fechando. Então, vai ter que esperar, vai ter que comer. Se tivesse um horário diferenciado e uma unidade que atendesse toda população rural num horário diferenciado, seria melhor para eles. (1MT26MED2 – Vetor Centro-Oeste)</p>
<p>Mas caso de adaptação, é mais assim, eles têm os telefones, ligam e dizem: “Estou indo com vinte pessoas”. Então assim, a comunidade do B. liga e dizem: “A gente está indo em um barco com quarenta pessoas, dá para ir?”. Teve um dia aqui que fomos direto, nem almoçamos, foi mais de cinquenta pessoas. Não, o recorde nosso foi mais de oitenta. Eu, a enfermeira e as técnicas. Mas é muito “Bolsa Família”, eles têm que fazer o cadastramento. Vieram em dois, três barcos. Nossa, aquele dia foi... No final do dia eu não conseguia nem mais pensar! (4AM16MED2 - Norte-águas)</p>
<p>Vamos falar do médico: ele vai vir, o carro vai sair de lá, trazer ele, chega aqui oito e meia, depende da situação da estrada, tudo. Ele vai almoçar onde aqui? Entendeu? Aí ele tem que trazer o almoço dele de casa, aí ele vai parar aqui e almoçar aqui. Ele vai ficar aqui na unidade, toda hora vai chegar e: “Ah, doutor, uma consulta e tal”. Então ele não tem o descanso, não é todo dia que ele tem o descanso dele. Aí ele vai retornar 13 horas e vai sair daqui cinco horas da tarde. Como que você vai cobrar uma pessoa, um profissional desse? Você não pode ter tudo numa linha “retinha”. Por quê? Porque eu saio daqui, nós vamos fazer uma visita, é uma hora! Esses dias eu fiz uma caminhada de quase uma hora e meia. Mas é a necessidade da região. Então, você ficar se apegando a uns detalhes mínimos de “Ah, tem que cumprir o horário.” Não é cumprir horário, na zona rural, não é atendimento igual na cidade. Na cidade você faz medida de hipertenso, medida de diabético, quatro horas da tarde você tem um grupo de pessoas e tudo para você fazer o atendimento. Aqui não tem, aqui tem dia que tem trinta pacientes de manhã! Eu vou me apegar ao detalhe de que eu só posso atender dez? (2MG6MED2 – Norte de Minas Gerais)</p>
<p><b>Arranjo das ações com ênfase na demanda espontânea</b></p>
<p>Aqui as pessoas não têm aquele hábito de agendar consulta. Já tentei, mas não funciona. Porque, segundo eles, é um costume e que não dá. Logo no início, chegava a atender vinte e oito pacientes, trinta numa manhã. Eu resolvi por conta própria diminuir, porque uma vez aconteceu que eu percebi que estava atendendo rápido demais. Na UBS, é você ouvir, consultar, ouvir até coisa que você não tem de ouvir. Atendendo essa demanda que estava havendo, eu não conseguia. [...] Como te falei, tem dia que atendo quatro pacientes extras. Nos dias de pico, que é segundas-feiras, às vezes eu até deixo passar vinte, porque a pessoa vem aqui e diz “eu moro na zona rural, moro longe, não tem como vir amanhã” e a gente fica atendendo. A gente faz esse cronograma aqui. Já tentei colocar agendamento de consulta e não vai. (5AC11MED2 - Norte-estradas)</p>
<p>Nós estamos organizados mais ou menos. É que nós estávamos sem médico, só com um médico. Aí o médico da zona rural estava cobrindo a zona urbana. Aí chegou a outra médica, também do Programa [Mais Médicos], que é da zona urbana. Então hoje ainda está um pouco assim, atendendo “geralção”. Mas as [consultas] programadas, no caso, vem o CD [crescimento e desenvolvimento/ puericultura], o pré-natal. [...] É, em qualquer horário [o atendimento das pessoas que moram no interior]. Não tem essa: “Não, a gente vai dar a ficha oito horas da manhã”. Não existe. Porque na comunidade do pessoal lá, como se fala: “Peguei minha rabeta e cheguei dez horas da manhã”. (4AM17MED1 - Norte-águas)</p>
<p>A princípio, até queria ter ficado na UBS lá do centro, que é mais fácil de se organizar. Você trabalha num lugar fixo e tudo. Tem como você fazer aquela questão: hoje é o dia do “hiperdia” [hipertensão e diabetes], hoje é o dia das gestantes. Aqui eu não posso fazer isso, porque se eu fizer isso, aí... Corta o acesso. Então, meus atendimentos sempre foram à livre demanda. (3MA25MED2 - Matopiba)</p>
<p>São muito difíceis esses pacientes da zona rural. Por exemplo, geralmente, a menina de 15 anos ela está fazendo o segundo pré-natal, do segundo filho. Quando ela pariu, do hospital, digamos, ela teve o bebê hoje, quando é amanhã, se ela receber alta, essa moça já vai direto para a zona rural. Ela só vai voltar se ela tiver, assim, inflamada, se o bebê passar mal. Mesmo orientada: “Você tem que vir, fazer o acompanhamento”. A maioria só vai voltar se passar mal, se se sentir mal, ou ela ou o bebê, senão, não volta. (4AM17MED1 - Norte-águas)</p>
<p>Bom, aqui é demanda espontânea. Mas muitos eu digo: “Vem na próxima semana”. Eu mesma falo, na próxima semana os hipertensos que eu vi, que tratei, que tomou remédio: “Na próxima semana quero te ver aqui, por favor. Quero te ver aqui”. Eles vêm. [...] Sim, um acompanhamento sim, mas orientado assim: “eu quero que tu retornes”. E os demais é demanda espontânea. Não tenho, assim, número de pacientes, é demanda espontânea. (3TO19MED2 - Matopiba)</p>
<p>O problema é que a gente não faz só o serviço que nós somos propostos a fazer, está entendendo? Porque a gente vem</p>

para cá para trabalhar como UBS e aqui a gente é obrigado a trabalhar como UBS e serviço de pronto-atendimento. Acaba que a gente não faz direito nem o serviço de UBS e nem o serviço de pronto-atendimento. Na minha grande opinião, é um “enxugar gelo” muito grande. A gente não promove saúde, mas também não tem como ser onde dá o suporte de urgência e emergência. O tempo que eu teria para estar promovendo saúde, eu estou preocupado em estar atendendo pronto-atendimento, estar atendendo a demanda espontânea. (3TO19MED1 - Matopiba)

A atenção primária é precária porque a gente não tem para onde mandar essas coisas que estou te falando. Aquela demanda diária, você não pode fazer um agendamento, deixar de atender para fazer um grupo de hipertensos. [...] Os principais avanços? Olha, não posso falar em avanços, mas não é difícil trabalhar aqui. Tudo que a gente precisa, a gestão providencia. O principal avanço que eu gostaria e não acontece é poder trabalhar a atenção primária que nós não conseguimos. Do meu ponto de vista é porque não tem pronto-atendimento. (1MT26MED2 - Vetor Centro-Oeste)

Essas comunidades aqui próximas têm uma assistência de visitas, de palestras, a gente sabe o que está acontecendo. Quando começa a dar surto de diarreia, viroses, aí a gente sabe o que está acontecendo ali nas localidades mais próximas. Nas mais afastadas eu não sei nem o que acontece por lá. Então, nas próximas daqui o “postinho” funciona, as pessoas têm a cultura de vir para o “postinho”, o “postinho” vai lá, conhece a população, conhece os pacientes, conhece a família dos pacientes, que é como deveria funcionar. Mas é só nesse raio aqui. (6BA1MED2 - Semiárido)

Aqui nessa unidade é a que tem menos adesão desse tipo de organização. Eles querem sempre consulta. Quando passa mal vem, quando não passa, não vem. [...] Esse acompanhamento, muitas vezes, a gente tem que fazer em casa, ir na casa do paciente para aferir a pressão, ver o remédio, pegar o remédio, coloca: “Tem que colocar o remédio “separadinho”!”. Mesmo assim: “Ah, ela não está tomando”. A gente volta de novo, porque se esperar eles virem aqui, é difícil a adesão. (2MG6MED2 – Norte de Minas Gerais)

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

## Discussão

A perspectiva de médicos na ESF em MRR mostra que atuação com base no território foi um evidente desafio. Independente do vínculo de referência no território da ESF, populações dispersas e pequenas tinham oferta de serviços da APS principalmente na sede municipal, com limitado alcance dos médicos aos interiores dos MRR. Devido às barreiras geográficas e dinâmica de deslocamentos nos interiores, a assistência se desvinculava do território adscrito, buscando garantir acesso ao máximo de usuários, inclusive de áreas mais afastadas. Ao mesmo tempo, os médicos tinham obscurecida noção dos territórios de sua responsabilidade, obstaculizando ações de vigilância. Tal desenho não é comum a outras realidades que enfrentam a remotividade e rarefação da população, por exemplo na Austrália, onde deseconomias de escala na saúde rural são abordadas com modos diferentes de organização, em que territórios mais remotos tendem a ter conformações mais integradas e integrais da APS<sup>12</sup>.

Outros estudos<sup>13,14</sup> mostram que, em vez de territórios contíguos às UBS, administram-se territórios extensos na ESF em MRR, com populações de difícil acesso geográfico, espalhadas sobretudo em pequenas comunidades nos interiores dos MRR. Algumas entrevistas revelavam que parte dos usuários transpassava suas equipes, corroborando resultados de estudos internacionais de saúde rural sobre *by-pass* de serviços locais de saúde<sup>2</sup>.

Nesta pesquisa, o trabalho com integração da equipe se verificou pouco valorizado. Pelo prisma dos médicos, nas equipes da ESF em MRR se nota uma divisão do processo de

trabalho, atribuindo a enfermeiros e ACS papel de compreensão do território, de vigilância em saúde e de ações comunitárias, enquanto o foco do trabalho médico estava na assistência à demanda espontânea. Equipes baseadas em atendimento por demanda espontânea, muitas vezes com alto fluxo e sem distinção de territórios, somadas às dificuldades de deslocamento da população e de oferta de serviços, minimizavam ações preventivas da ESF, priorizando-se ações diagnósticas, terapêuticas medicamentosas e adoecimento agudo, semelhante aos achados de Garnelo et al. (2020).

Essa restrição da atuação, em cenário com tão proeminente determinação social de saúde como o meio rural<sup>3,15</sup>, remete a um modelo de queixa-conduta, diminuindo abrangência das ações e necessária perspectiva de clínica ampliada<sup>6</sup>. O processo de trabalho na ESF se desenvolvia com acentuada dissociação dos espaços da UBS e território adscrito, expressa na relação frágil e distante entre médicos, que tinham maior domínio na UBS, e ACS, atuantes nos territórios. Essa cisão converge com ameaças a um modelo territorializado de APS em curso no país, a partir de uma inflexão explicitamente voltada a uma agenda neoliberal desde o governo Temer<sup>16,17</sup>.

A territorialização é diretriz prevista na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), que define os modos de estruturação de seus serviços, considerando princípios como longitudinalidade, resolutividade, ordenação em rede, entre outros<sup>5</sup>. Contudo, a Pnab carece da afirmação de modelos flexíveis e integrados nas redes de atenção à saúde, em que a territorialização se adequa aos movimentos, como tão necessário a MRR<sup>4,16</sup>. Não se trata de impedir os fluxos entre interior e sede nesses municípios e o acolhimento à demanda espontânea, mas de conciliar a atuação no consultório e no território, para que se possa enxergar necessidades de saúde além das demandas, de cuidar no contexto da comunidade e da extensão do tempo, não apenas do indivíduo e do momento.

A atuação do médico quase sempre desconectada da equipe, com atendimento à demanda espontânea para condições agudas de saúde, “desterritorializada”, era ainda acompanhada da superposição de funções desses médicos com outros pontos de atenção, como o trabalho também desempenhado nos prontos atendimentos desses municípios. O perfil dos profissionais médicos foi indicativo da dificuldade de alocação de médicos nos MRR do Brasil. Como em outros países<sup>1</sup>, os MRR no Brasil tinham fragilidades em manter a FTS. O processo de trabalho na ESF era atravessado pela intermitência do trabalho médico. Aos médicos registrados no CRM, havia estrutura de múltiplos empregos, configurando poder médico na oferta dos serviços de saúde e reforçando imaginário de práticas com base hospitalar.

Embora se apontasse que atuação em múltiplos locais favorecesse coordenação da atenção, não se constituía uma rede de serviços onde a APS fosse ordenadora, provocando seu enfraquecimento em vez de posição central. Ney e Rodrigues<sup>18</sup> revelam que constrangimentos dos municípios em expandir ESF sem contrapartida de FTS induzem a expedientes precários e acúmulo de vínculos que prejudicam qualidade do trabalho, além de resultarem da ampliação da APS desacompanhada da visão sobre uma prática médica específica e da baixa regulação da atividade médica, dando força às corporações médicas.

A grande inserção nos MRR de médicos formados no exterior, destacadamente na Bolívia, toca em fenômenos migratórios complexos relacionados aos médicos no Brasil e seu mercado de trabalho. Restrições à carreira médica, que induzem formação em países com menores custos educacionais<sup>19</sup>, e o desmonte do PMM enfraquecem sentido contracorrente das políticas de provisão ao das forças de mercado nos movimentos da FTS<sup>8,19</sup>, as quais agravam iniquidades entre territórios do nível global ao local<sup>1</sup>. No Brasil, onde corporações médicas têm estrito controle sobre o mercado de trabalho, com favorecimento da prática privada-liberal<sup>18,19</sup>, MRR se colocam à margem do *ethos* médico e se tornam lugar para aqueles formados no exterior, através do PMM.

Por sua vez, o PMM nos MRR estudados mostrou conseqüências consonantes a pesquisas que indicam ampliação do acesso e fortalecimento dos atributos da APS<sup>8</sup>. Contudo, ainda que o PMM tivesse êxito na provisão de médicos para MRR, discute-se o quanto pudesse faltar compreensão sobre necessidade de atuação no território e com maior equilíbrio entre acolhimento à demanda e cuidado integral longitudinal pelo próprio perfil dos médicos, em geral iniciando ventureira prática tanto na saúde rural quanto na APS. Os cubanos predominantes no PMM antes, distintamente, tinham formação especializada em APS, maior experiência e notabilizaram-se em ações comunitárias<sup>8</sup>.

A perda de vínculo com território se contrapõe a uma das características mais essenciais da ESF<sup>5,16,17</sup>. O que se percebe é que a falta de um arranjo territorializado de práticas na ESF próprio a cenários rurais e empecilhos de FTS servem de justificativa para delinear um processo de trabalho na APS conforme modelo hospitalocêntrico. Não há compreensão de um conceito de saúde com necessidade de serviços contínuos e baseados na oferta, mas sim de serviços pontuais e baseados na demanda, determinados pela lógica da doença.

Estratégias para superar dilemas presentes no processo de trabalho na ESF em MRR podem ser extraídas dos resultados. Ao invés de concentrar serviços na sede municipal, adscrevendo grandes territórios, as entrevistas mostraram que usuários têm facilidade de

acesso a uma UBS e equipe instalada em suas comunidades ou próximas a elas. Não basta posicionar UBS nos interiores dos MRR, é necessária territorialização que considere acessibilidade, com efetiva participação popular. Outros estudos reafirmam distinções de espaços nos MRR e necessidade de distribuição mais equitativa de serviços de saúde em favor dos interiores<sup>13,14</sup>.

As imensas dificuldades de transporte apontam ser imprescindível sua oferta de forma regular e acessível para deslocamento até UBS, assim como são difundidos ônibus escolares para acesso à educação básica. Demanda-se garantias de transporte para a população e equipe da ESF. As entrevistas indicam importância de melhorar condições para prática territorializada dos profissionais de saúde, destinando mais recursos à frota, pontos de apoio e vias de acesso. Arranjos alternativos da ESF, como ESF ribeirinha e fluvial, apesar de pouco implantados<sup>3</sup>, são bons exemplos de processos de trabalho que se adequam à realidade de seus territórios, mantendo a APS sob perspectiva do modelo da ESF e prevendo condições diferenciadas<sup>3,15</sup>.

É necessário associar à agenda para demanda espontânea a agenda para ações programadas de vigilância em saúde e de prevenção de problemas específicos do território. Denotou-se as visitas domiciliares como proeminente meio de acompanhar as linhas de cuidado, de reconhecer o território e de integração com ACS. Contato próximo com ACS no processo de trabalho se abre como caminho para superar cisão entre UBS e território. Estudos nacionais e internacionais destacam relevância da atuação integrada às equipes de APS de agentes comunitários, com fundamental ampliação do escopo de práticas em áreas rurais<sup>11,14</sup>.

A atenção itinerante pode ser estratégia pertinente na APS em MRR. Na Austrália algumas formas para esse itinerário no território em áreas rurais e remotas já vem sendo observadas, como modelos *hub-and-spoke* – remontando a padrões da aviação, de distribuição de viagens a partir de um centro (*hub*) – e *fly-in-fly-out* – semelhante à atuação em campos de petróleo e mineração, de períodos integrais de trabalho compensados após com tempo livre<sup>12</sup>. A necessidade de manter atendimento nas UBS leva a pensar na possibilidade de equipes expandidas, com profissionais ora em atuação fixa, ora em atuação itinerante, destacando estreita articulação e responsabilidade conjunta pelo cuidado integral no território.

A flexibilidade de horário e compensação pelos deslocamentos precisam ser formalizadas nas condições de trabalho, de modo a não perder de vista suas finalidades. Presença de técnicos de enfermagem nos pontos de apoio no interior foi relevante estratégia,



para além do cuidado a problemas agudos de saúde dos usuários. Motoristas e pilotos de embarcações precisam ser incorporados como membros da equipe da ESF em MRR. Uma maior participação do Nasf para além das sedes dos MRR foi outra necessidade verificada.

A pesquisa corrobora importância de programas federais de provisão de profissionais na ESF. O PMM prova ser estratégia ampla e bem-sucedida, que deve ser reforçada e desenvolvida, em vez de desmontada, como no governo Bolsonaro com o Programa Médicos pelo Brasil, que prevê mecanismo privatizante na APS, quantidade restrita de médicos – apenas registrados no CRM – e indica retrocessos à universalidade do SUS/ESF<sup>9,21</sup>. Proposição de um arranjo diferenciado da ESF para MRR requer incrementar disponibilidade de médicos, garantindo oferta para APS sem competir com pequenos hospitais e centros de pronto-atendimento e mantendo regulação para boas práticas, incluir provisão de enfermeiros e dentistas, diminuir rotatividade e sustentar ações itinerantes das equipes. Considerar um modelo assistencial apropriado implica necessariamente em observar a gestão da FTS<sup>18</sup>. A OMS<sup>1</sup> recomenda para atração e fixação de FTS em áreas rurais e remotas a consecução de políticas baseadas em educação, regulação, incentivos e suporte, destacando que as intervenções devem ser interconectadas, agregadas e ajustadas ao contexto local.

Este estudo apresenta algumas limitações para análise da atuação dos médicos na ESF em MRR. O foco neste artigo recaiu sobre atuação dos médicos em âmbito nacional, sem diferenciar por áreas da pesquisa. Ressalta-se a grande diversidade de MRR e as distintas realidades rurais, demandando modelos particulares entre vários municípios e regiões. A perspectiva dos médicos sobre seu próprio processo de trabalho nas equipes era parcial, com pouco tempo de atuação, podendo-se compor ângulos distintos de análise com outros sujeitos de pesquisa, como gestores, usuários, enfermeiros e ACS.

Contribuindo com informações e discussões sobre regiões que não têm sido o campo prioritário das investigações em Saúde Coletiva, a interpretação dos resultados trouxe à tona desafios da atuação dos médicos na ESF em MRR e determinada noção sobre as disposições organizacionais dos quais derivam. Em populações urbanas, a atuação desvinculada do território e organizada a partir da demanda espontânea também ocorre, mas para populações rurais rarefeitas se constituem em desafios adicionais, sem políticas próprias para atuação nessas realidades. Levantam-se possibilidades de novos modelos, condizentes com propósitos da ESF de uma APS comunitária e territorializada.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*. Geneva: WHO; 2021.
2. Whitehead J, Pearson AL, Lawrenson R, Atatoa-Carr P. Spatial equity and realised access to healthcare - a geospatial analysis of general practitioner enrolments in Waikato, New Zealand. *Rural Remote Health* 2019; 19(4): 5349.
3. Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA, organizadores. *Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde*. Brasília: Editora UnB; 2017.
4. Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF, Lima JG, Sousa ABL, Seidl H. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev Saude Publica* 2022; 56:73. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003914>.
5. Brasil. Portaria nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 21 set.
6. Campos GWS, Figueiredo MD, Junior NP, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)* 2014; 18 Supl.1:983-995.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
8. Separavich MA, Couto MT. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e da universalização da atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2021; 26 Supl.2:3435-3446.
9. Anderson MIP. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2019; 14(41):2180.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2014.
11. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saude Publica* 2021; 37(7): e00310520.
12. Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, Kuiper P, Entwistle P, Jones J. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008; 29(8):276.

13. Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, Fausto MCR. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(11):e00255020.
14. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, Cabral LMS, Seidl H. A sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2021/Jun.
15. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, Correia PC, Torres MV, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health* 2020; 19(1):54.
16. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(11):4521-4530.
17. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1475-1482.
18. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2012; 22(4):1293-1311.
19. Villen P. O recrutamento de médicos-imigrantes pelo Programa Mais Médicos e a particularidade do caso cubano. In: Baeninger R *et al.*, organizadores. *Migrações Sul-Sul*. Campinas: Nepo/Unicamp; 2018. p.218-230.

### 4.3 ARTIGO 3 – SABER FAZER E SER DOS MÉDICOS NO RURAL REMOTO: INSERÇÃO E ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO INTERIOR DO BRASIL<sup>5</sup>

**Autores:** Cassiano Mendes Franco, Lígia Giovanella, Patty Fidelis de Almeida

**Resumo:** A saúde em municípios rurais remotos (MRR) realça a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) e exige práticas mais abrangentes, posicionando os médicos como atores cruciais. O artigo tem como objetivo compreender a inserção e atuação de médicos em MRR. Conduziu-se estudo qualitativo, com análise de conteúdo de entrevistas realizadas com 46 médicos da APS em 27 MRR brasileiros. Três dimensões de categorias expressam a inserção e atuação destes profissionais: trajetória dos médicos; assistência no cuidado longitudinal e oportuno; e abordagem psicossocial e comunitária. A atuação era restrita a uma trajetória curta, de médicos jovens e formados no exterior, direcionada à prática focalizada. Havia inóspita adaptação sociocultural e conflitos de status no posicionamento dos médicos em territórios rurais remotos. As práticas correspondiam a uma assistência limitada em sua abrangência e centrada no adoecimento agudo, com abordagem individual e biomédica. Limites organizacionais, como a deficiente infraestrutura e centralização dos serviços na sede municipal, e limites relacionados às competências profissionais para atuação em áreas rurais, que reforçavam preconceitos sobre a ruralidade e pobreza, constituíam-se em barreiras para a atenção integral. Os achados apontam para necessidade de maior desenvolvimento da prática integral na Saúde da Família em MRR, sugerindo incisivo direcionamento público no financiamento, formação e carreira na APS para o Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em saúde; Médicos; Saúde da População Rural

---

<sup>5</sup> Artigo formatado para publicação posteriormente à defesa da tese de doutorado, em revista a definir.

## **Introdução**

Um dos desafios para o acesso universal à saúde em todos os países é a oferta de atenção à saúde em zonas rurais e remotas, sendo a provisão da força de trabalho em saúde (FTS), um dos pontos mais críticos. A falta e intermitência de profissionais, notadamente médicos, é um desafio recorrente nesses cenários. Em um mundo de crescente urbanização, os movimentos dos trabalhadores da saúde seguem tendências da economia globalizada, cujo dinamismo se desloca das áreas mais remotas, rurais e periféricas para cidades que detêm meios técnicos e informacionais (OMS, 2021; Santos, 2008).

Atuar em áreas rurais e remotas é um movimento contracorrente de médicos e outros profissionais de saúde. A atenção nestas localidades costuma ser circunscrita à Atenção Primária à Saúde (APS), por sua prerrogativa de oferecer cuidados abrangentes, oferta oportuna e longitudinal e necessidade de integração aos demais níveis assistenciais. A atenção ambulatorial e hospitalar, em geral, está ausente das áreas marcadas por dispersão populacional, concentrando-se desproporcionalmente em polos regionais ou nas capitais (Strasser, 2003; Bousquat et al., 2022; Almeida et al., 2021).

A realidade de áreas rurais remotas exige especificidades das práticas em saúde em função do isolamento geográfico e questões próprias do contexto ambiental, histórico, cultural e social da ruralidade (Strasser, 2003; Chater et al., 2016; Franco et al., 2021). Tais características impõem a necessidade de escopo amplo de práticas, inclusive avançadas de profissionais como enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) (Strasser, 2003; Franco et al., 2021; Stralen et al., 2021). Aspectos interpessoais e interculturais são proeminentes nestes espaços, bem como a necessidade de atuação comunitária no território, de trabalho multidisciplinar articulado e a intersetorialidade (Franco et al., 2021; Pessoa et al., 2018; Chater et al., 2016). Segundo Wakerman et al. (2008), quanto mais remotas as comunidades, mais a atenção à saúde requer um modelo integral e integrado.

No Brasil, parte dessas competências do trabalho na APS são previstas na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (Brasil, 2017), a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF). Contudo, a Pnab não oferece modelos mais específicos de atuação da ESF em áreas rurais e remotas, além da ESF fluvial e ribeirinha, raramente implantadas (Pessoa et al., 2018; Franco et al., 2022). A Política Nacional de Saúde Integral de Populações do Campo, Floresta e Águas também teve pouca incidência na constituição de modelos efetivos de atenção à saúde a essas populações (Pessoa et al., 2018).

Ressalta-se que o modelo de formação, principalmente de médicos, ainda é direcionado ao paradigma biomédico e hospitalocêntrico, com pouca valorização da APS no

Sistema Único de Saúde (SUS) (Campos et al., 2014; Coelho et al., 2019). Além disso, a prática médica no Brasil é fortemente autorregulada, enfatizando o exercício liberal e o mix público-privado como possibilidade de atuação (Ney e Rodrigues, 2012), o que não favorece a inserção em contextos rurais.

Não obstante antiga problematização dessa prática médica (Arouca, 1975, Schraiber, 1995), a atuação no SUS que se tem defendido enfatiza o paradigma da complexidade biopsicossocial (Anderson e Rodrigues, 2016), com uma lógica de cuidado ampliado, valorizando a dialética e a intersubjetividade (Campos et al., 2014; Cecílio, 2007; Ayres, 2004). No campo da APS, sua concepção abrangente se expressa na ESF, apesar de disputas quanto ao modelo assistencial, a partir de proposições de uma APS seletiva, com papel restrito do Estado na proteção à saúde (Giovannella et al., 2020).

A ESF prevê atuação multiprofissional comunitária e territorializada, ancorada nos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados/estruturantes (orientação familiar, comunitária e competência cultural) da APS (Starfield, 2002). A Medicina de Família e Comunidade, como especialidade médica neste campo, aporta competências tanto gerais à APS quanto específicas à saúde rural, como o método clínico centrado na pessoa, a abordagem contextualizada e a expansão das práticas (Chater et al., 2016; Lermen Jr., 2015), somando-se como padrão de práticas na ESF em territórios rurais remotos.

Em relação às políticas nacionais para enfrentamento de escassez de médicos em zonas rurais e periféricas do país, o Programa Mais Médicos (PMM) pode ser considerado a iniciativa mais exitosa e de amplo alcance no país (Separavich e Couto, 2021; Stralen et al., 2021; Giovannella et al., 2020). Por esta mesma razão, houve forte resistência das corporações médicas que, de certa forma, expressa seu interesse em preservar a influência e domínio no mercado de trabalho em saúde (Separavich e Couto, 2021).

No país, o PMM teve forte efeito nos municípios rurais e remotos (MRR) e suscitou intenso debate, especialmente pela inserção de médicos cubanos via cooperação com a Organização Panamericana da Saúde (Separavich e Couto, 2021; Stralen et al., 2021). Estes representaram 80% dos cerca de 18.500 médicos do PMM até final de 2018, quando Cuba encerrou acordo de cooperação, após eleição de Bolsonaro, com rejeição conservadora à relação Brasil-Cuba. O perfil de brasileiros participantes do PMM, predominantes no Programa a partir de 2019, em contraste aos cubanos, era de médicos recém-formados, em geral, mais propensos à desistência (Separavich e Couto, 2021).

Ainda como um dos efeitos do PMM, pela ampliação de médicos graduados prevista

no seu componente de formação (Stralen et al., 2021), o Brasil experimentou aumento vertiginoso desses profissionais, atingindo 500 mil no ano de 2020. No entanto, apenas 5% dos médicos atuam em municípios rurais fora de regiões metropolitanas, cuja população é de 44 milhões de habitantes, numa densidade de 0,59 médicos por mil habitantes (Scheffer, 2020).

Essa discrepância revela um problema de equidade, ainda que a maior oferta de médicos não corresponda necessariamente a melhor acesso, sobretudo em áreas de maior necessidade. A atenção à saúde de qualidade em territórios rurais remotos é uma luta histórica por direitos das populações do campo, floresta e águas (Pessoal et al., 2018). No entanto, apesar da ESF ser adotada em todo o Brasil, inclusive em MRR, desde a década de 1990, a interiorização e debate sobre a inserção dos médicos nesses espaços é ainda bastante recente (Separavich e Couto, 2021).

Frente aos desafios interpostos à garantia da oferta de cuidados em saúde em MRR, este estudo busca compreender a inserção e atuação dos médicos da ESF em MRR. Ao estudar como se conforma as práticas médicas, faz-se necessário também relacionar aspectos de sua trajetória e inserção nos contextos rurais. Questiona-se em que extensão os médicos atendem às premissas para atuação nas equipes de Saúde da Família e quais os desafios no contexto dos MRR brasileiros.

## **Métodos**

Este artigo é parte de um estudo mais amplo – “Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais Remotos no Brasil” – cujo objetivo é analisar a organização da APS em MRR no Brasil (Fausto et al., 2019). Os 323 municípios classificados como rurais remotos no país foram tipificados segundo características socioeconômicas, demográficas e de saúde. Posteriormente foram definidos seis *clusters* com lógicas espaciais distintas: Vetor Centro-Oeste, Matopiba, Norte Minas, Norte Águas, Norte Estradas e Semiárido. Entre os 323 MRR, somente nove não foram agrupados porque se mostraram isolados, sem identificação com os *clusters* (Bousquat et al., 2022).

Foi realizado estudo de casos múltiplos em MRR, com abordagem qualitativa a partir da realização de entrevistas com informantes-chave. A amostra foi do tipo intencional, resultando em 27 municípios distribuídos nas seis áreas previamente definidas. Foram escolhidos dois ou mais municípios com características socioeconômicas, demográficas e de saúde mais frequentes em cada *cluster* de MRR, agregando-se um ou mais municípios com características mais incomuns. Os procedimentos metodológicos e de amostragem estão

descritos por Bousquat et al. (2022).

Em cada um dos 27 municípios, entrevistou-se um médico da ESF de unidade básica de saúde (UBS) localizada na sede municipal e um médico da UBS dos assim chamados “interiores” (pequenos e dispersos agrupamentos populacionais localizados em regiões distantes da sede), com total de 46 participantes, considerando recusas e baixa disponibilidade de médicos nos MRR. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, baseadas em roteiro multidimensional com os seguintes temas: perfil do entrevistado, acesso, estrutura da UBS, processo de trabalho, interculturalidade, relação com atenção ambulatorial/hospitalar, transporte, urgências, FTS, intersectorialidade, participação comunitária e cuidado no pré-natal, parto e puerpério, na prevenção do câncer de colo uterino e na hipertensão arterial. As entrevistas foram gravadas e o material transcrito. A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética sob parecer nº [informação de identificação dos autores].

A análise do material empírico foi realizada com base em categorias produzidas a partir da revisão da literatura sobre APS em territórios rurais (Franco et al., 2021). O conteúdo das entrevistas foi codificado no Nvivo®, por categoria, para análise de conteúdo, baseada em Minayo (2014). Identificou-se temas centrais, distinguindo, conforme os objetivos, inserção e atuação dos médicos para atenção integral na APS em MRR. Após descrição, interpretação e síntese dos temas, procedeu-se revisão e qualificação das categorias, que foram agrupadas em três dimensões: trajetória dos médicos, assistência no cuidado longitudinal e oportuno e abordagem psicossocial e comunitária. As categorias finais de análise são apresentadas no Quadro 1:

QUADRO 1: Categorias de análise da inserção e atuação de médicos em municípios rurais remotos

<b>Dimensões</b>	<b>Categorias</b>
Trajetória dos médicos	Tempo de exercício profissional e contratação
	Competências adquiridas na experiência profissional
	Qualificação profissional
	Adaptação sociocultural
Assistência no cuidado longitudinal e oportuno	Busca ativa dos usuários
	Investigação e monitoramento dos problemas de saúde
	Prática terapêutica
	Ações coletivas
	Atendimento à demanda espontânea
Abordagem psicossocial e comunitária	Abordagem à saúde mental
	Orientação familiar
	Competência cultural



	Intersetorialidade
	Participação comunitária
	Planejamento pela equipe

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas

## Resultados

### *Trajatória dos médicos*

#### Recente exercício profissional via PMM

Os 46 médicos dos MRR eram, em geral, jovens e a maioria do sexo masculino. Exceto um cubano e um peruano, todos eram brasileiros. A maior parte se graduou e fora do Brasil: metade na Bolívia e seis em outros países latino-americanos (Cuba, Paraguai e Peru). Médicos do PMM representaram 63% dos participantes, principalmente na região amazônica. Metade não possuía registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) e mais de dois terços atuava há menos de um ano na equipe. Mais de 70% não acumulava vínculo adicional à ESF. A maioria dos participantes era recém-formado, ingressando no mercado de trabalho por meio do PMM nos MRR (Tabela 1). Os médicos tendiam a buscar múltiplos vínculos empregatícios, de preferência na região, no que as restrições à atuação além da APS a médicos sem CRM no PMM contrariavam suas expectativas.

**TABELA 1: Perfil dos médicos da ESF, municípios rurais remotos selecionados, Brasil, 2019**

<b>PERFIL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
24 a 30 anos	21	45,7
31 a 40 anos	17	37,0
41 anos ou mais	8	17,3
<b>Sexo</b>		
Feminino	16	34,8
Masculino	30	65,2
<b>Local de graduação</b>		
Bolívia	23	50,0
Brasil	17	37,0
Cuba, Paraguai, Peru	6	13,0
<b>Tempo de graduação</b>		
Menos de 1 ano	11	23,9
1 a 2 anos	19	41,3
3 a 5 anos	7	15,2
6 anos ou mais	9	19,6

<b>Tempo de atuação na equipe</b>		
Menos de 1 ano	32	69,6
1 a 3 anos	9	19,6
Mais de 3 anos (6 a 15 anos)	5	10,9
<b>Tipo de vínculo</b>		
Programa Mais Médicos	29	63,0
Estatutário	5	10,9
Outros (contrato por tempo determinado, autônomo, cooperado)	12	26,1
<b>Registro no Conselho Regional de Medicina</b>		
Sim	23	50,0
Não	23	50,0
<b>Acúmulo de vínculos empregatícios*</b>		
Sem acúmulo de vínculos	33	71,7
Com acúmulo de vínculos	13	28,3
<b>Especializações*</b>		
Sem especialização	38	82,6
Medicina de família e comunidade	3	6,0
Psiquiatria	1	2,2
Especializações clínicas (Clínica médica, Cardiologia, Dermatologia, Neurologia)	4	8,7
Especializações cirúrgicas (Cirurgia geral, Proctologia, Cirurgia Vascular)	2	4,3
Administração em saúde	1	2,2
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>

\*Respostas múltiplas, com total superior ao número de entrevistados

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

### Médicos mais experientes como referência local para a resolubilidade na APS

Aqueles com outros vínculos adquiriam uma experiência em serviços de APS e de emergência em outros municípios (ou nos próprios MRR). Médicos com formação ou maior experiência profissional eram importante referência àqueles mais jovens para seu desenvolvimento profissional e mais críticos às condições de trabalho nos MRR, que restringiam suas possibilidades de atuação e resolubilidade. Esses médicos locais mais experientes eram importante referência àqueles mais jovens para seu desenvolvimento profissional, frente aos desafios da prática em áreas rurais e remotas.

Porque agora, como eu estou me habituando, então eu estou conhecendo como é que são as pessoas, sabendo o que a comunidade está precisando. Então, de início está sendo um pouco difícil para mim, porque eu saí logo de uma capital muito grande e vim me enfiar no interior, um pouco difícil. [...] Até porque, como formei em outro país, lá é totalmente diferente. Até me habituar... E agora estou mais tranquilo já. Sempre troco ideias com os doutores daqui que são os doutores mais experientes, Dra. C., Dr. H., aí a gente vai chegando a uma conclusão.

(SPA9MED2).

A trajetória dos poucos médicos mais experientes (três anos ou mais de formados) envolvia a passagem por cidades de outros estados, desde metrópoles a cidades de pequeno porte, o que possibilitava um acúmulo de experiências diversas, habitualmente na APS e em plantões de hospitais. Adquiriam habilidades em cirurgias e partos ou em especialidades clínicas variadas. O acúmulo não era apenas de técnicas, mas de sistematização das práticas e reconhecimento das necessidades.

É o que eu falo, né? Eu já tenho 15 anos de experiência. Então, a experiência faz muito... Você já tem um roteiro na cabeça, você já sabe como examinar o paciente, o que examinar, como fazer os exames, você já tem muito mais facilidade. (6BA3MED1).

Para esses médicos mais experientes a escolha pela atuação nos MRR embora representasse certa tranquilidade em estágio mais avançado da carreira, relacionava-se, principalmente, aos vínculos construídos com os MRR por meio de parentesco, ao prestígio, ao reconhecimento e responsabilidade com a população local, bem como à possibilidade de exercício de prática profissional ampliada e versátil, exigida em contextos rurais.

Esses mesmos médicos relataram capacidades expandidas de resolubilidade, diminuindo encaminhamentos e, por esta razão, atraíam, usuários de outras equipes. Buscavam resolver agravos para os quais apresentavam mais domínio, por vezes indisponíveis nas referências da região. Por atuarem com pequena população, prestavam assistência na ESF e nas suas áreas de expertise, sem dicotomia. Por esta razão, gozavam de alguns privilégios e de capital político.

A maior demanda que a gente tem no município vem pra mim, tanto pela confiança e pela qualidade de resolução. Eu posso resolver várias coisas, sem ter que encaminhar os pacientes para fora. Então por esta razão, até o gestor, ele tem uma diferença comigo. Então, eu atendo mais e a minha carga horária é um pouquinho maior. [...] Ele faz um pouco de esforço para eu ter um salário diferenciado. Eu não ganho como um médico de família ganha, eu ganho um pouco mais pela resolução que eu tenho com a população. Além dessas três especializações que eu tenho, tenho muita experiência em endocrinologia, então eu resolvo pacientes com problema endocrinológico. Pneumologia, eu resolvo pacientes com problema de pneumologia. E na área de neurologia, então, neurologia básica eu também resolvo. Então, eu acho que é por isso, principalmente pelo salário. [...] Mas principalmente eu fico aqui porque eu gosto da cidade. (6BA3MED1).

Restrita continuidade da qualificação profissional

A formação especializada após a graduação era exceção, mesmo entre aqueles com mais tempo de formado. Na região amazônica nenhum entrevistado referiu especialização. Apenas oito médicos relataram especialização concluída, na forma de residência ou outra pós-graduação. Três médicos, dois com formação em Cuba, destacaram-se por possuírem múltiplas especializações. Ressalta-se que apenas três médicos relataram especialização, embora sem título, em Medicina de Família e Comunidade (Tabela 1).

No PMM, os médicos possuíam um dia para realização de pós-graduação à distância em Saúde da Família. Alguns relataram ações coletivas induzidas por essa qualificação. Este dia era aproveitado também para preparação para provas de residência ou revalidação de diploma. Como estratégia de qualificação e apoio ao trabalho, no PMM, havia a supervisão acadêmica, com encontros mensais, suporte remoto dos supervisores, que contribuíam para aprimoramento da prática em temas clínicos.

Embora cursos promovidos pela gestão municipal não ocorressem, havia oferta de qualificações pontuais nas capitais dos estados ou polos regionais, por iniciativas das universidades e gestão estadual. Essas atividades aconteciam com frequência variável, esporádica ou mensalmente. Os longos tempos de deslocamento era uma barreira à participação mais perene.

Por exemplo, no mês de março, eu fui a Montes Claros fazer um curso de leishmaniose tegumentar muito bom. De vez em quando tem uns cursos. Muitas vezes o profissional não quer ir, mas eles dão. Ir para Montes Claros é cansativo, né? (2MG5MED2).

O ensino à distância era a principal forma de qualificação, embora a falta de tempo fosse fator limitante. Alguns médicos ressaltaram a importância dessas tecnologias e da oferta de qualificação para evitar estagnação e aperfeiçoar sua atuação. Profissionais procuravam meios de educação permanente principalmente por iniciativa e recursos próprios. Cursos de especializações *online*, embora não conferissem título de especialista, eram os modelos possíveis, dadas as distâncias dos centros de formação. A ampliação da qualificação também era motivada por demandas de mercado, dada a escassez de profissionais médicos e serviços de saúde em contextos rurais.

P: Aqui não tem colposcopia nem biópsia, não é? R: Não, nem particular. Colposcopia ainda não. Eu vou colocar. P: Tem demanda para isso? R: Tem demanda sim. É uma das próximas coisas que eu quero fazer. Eu quero fazer o curso. Vou ver direitinho. (3MA25MED1).

## Inóspita adaptação sociocultural

Nenhum médico tinha origem nos municípios onde atuavam. Parte havia escolhido viver nos MRR ou região por possuírem parentes. Ao se adaptarem aos MRR e às diferenças culturais, os médicos percebiam aspectos positivos, ainda que persistissem as comparações com o contexto e modos de vida em relação aos locais de origem, por vezes, permeadas por preconceitos e discriminação.

Povo de Amazonas é muito preguiçoso. [...] Eu achava que esse programa [Bolsa Família] era realmente abençoado para o povo [...] mas tem gente que só espera o mês todo. [...] Uma moça, acho que de uns 23, 25 anos. “Doutor, eu estou morrendo de fome, não tem comida, não tem nada para eu comer em casa.” Ao mesmo tempo que dá dó [...] pelo amor de Deus, tem uma área de terra sem limites para plantar, o rio, igarapés. [...] O povo do Acre não. [...] Lá o povo é trabalhador. Lá você acorda quatro horas da manhã, cinco horas da manhã e vai trabalhar. (4AM17MED1).

Eu acho que dos impactos, das coisas maiores aqui, a falta de informação. [...] Porque, como eu falei, eu sou nordestino e, assim, para a gente, que é do Nordeste, a gente sofre muito com a seca. Sofre bastante com a seca e a gente chega no Estado do Pará, a gente observa tanta água e tanta coisa desperdiçada e você não vê nada produzindo. (4PA15MED2).

Médicos não se fixavam em MRR também pelo limitado acesso a serviços sociais e de lazer. Tais dificuldades acarretavam solidão e desamparo. A adaptação inicial nos MRR, principalmente para médicos jovens, também era difícil no que se relacionava à alimentação, condições de moradia, afastamento da família e o choque em relação às iniquidades encontradas.

Então, assim, essa dificuldade da logística de morar no interior, onde não tem um shopping, onde não tem nada de atrativo para você passear, não tem uma opção de lazer mesmo... Aqui o lazer é tomar banho de rio. Então, aqui é difícil para quem tem financeiramente sua vida... Já está bem, como que eu vou dizer, estabilizada, né? Aí vai ficar quem está em início de carreira, para quem está tentando se erguer. Aí sim, aí aguenta algumas coisas. Mas depois que já estabilizar, é bem difícil. Você ir a um shopping, cinema, paciente não sabe o que é isso, né? O que faz aqui é andar na pracinha, na cidade, tomar aquele sorvete e pronto. (4AM17MED1).

Alguns relatavam que se sentiam acolhidos pela população e vivenciavam marcante aprendizado. A passagem por outros municípios ou ainda em outros países, contribuía para que soubessem como se adaptar aos MRR e alguns desenvolviam afinidade pelas condições de vida locais. Por outro lado, os entrevistados percebiam uma oposição entre rural e urbano, este como um espaço “civilizado”.

### *Assistência para o cuidado longitudinal e oportuno*

#### Reduzida busca ativa dos usuários

A preocupação por busca ativa para captação e acompanhamento de usuários nas linhas de cuidado foi pouco verificada nas entrevistas. Em geral, essa tarefa era de responsabilidade dos enfermeiros e intermediada pelos ACS. O pré-natal era uma exceção, ainda assim havia falhas que culminavam em acompanhamento tardio e riscos à saúde da gestante. Alguns entrevistados, reportaram visitas a usuários que, por medo ou vergonha, abandonavam o acompanhamento das condições de saúde, como em casos de pré-natal, tuberculose ou tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Em campanhas eventuais, como de hanseníase e saúde da mulher, os profissionais da equipe, no que os médicos se incluíam, mobilizavam-se para convidar e garantir adesão às ações promovidas. Todavia, os médicos referiram pouca efetividade na captação de usuários para consultas programadas por meio da busca ativa, em razão das barreiras geográficas de acesso, sobretudo nas comunidades mais afastadas, com dificuldade dos usuários irem, após busca ativa, à consulta na UBS, mesmo após orientação. Relatou-se cadastros incompletos, desatualizados e dificuldade de localização de usuários no território – ressaltando-se o caso dos migrantes – que limitavam a busca ativa. Também havia um desequilíbrio das ações, com ênfase na demanda espontânea em detrimento da vigilância em saúde. Às vezes, os médicos avaliavam a busca ativa como desnecessária, pois a população seria continuamente informada, confiando na procura espontânea com acesso em tempo oportuno.

Busca ativa? Eu acho que não... Eu acho que meio que não precisa muito, porque eu acho que a gente já faz esse trabalho de informar, de pedir, de chamar para fazer. Então eu acho que não tem essa necessidade. (4AM17MED1).

#### Limitada investigação e monitoramento dos problemas de saúde

A investigação e monitoramento dos problemas de saúde eram realizados com limitados recursos diagnósticos. Em geral, os exames laboratoriais eram colhidos na sede municipal. Embora a disponibilidade fosse restrita, foi considerada suficiente pela maior parte dos médicos. Participantes que atuavam no Pará, expressaram maiores dificuldades, com ausência de exames simples como hemograma, o que gerava priorização de gestantes e

agravos endêmicos. Em toda a amostra, indicou-se frequente realização de exames em outros municípios com recursos dos próprios usuários.

Exames aqui é uma questão bem complicada. Porque, por exemplo, pacientes com hipertensão e diabetes tem que solicitar exames a cada três e seis meses conforme o protocolo, porém esses exames são feitos só de maneira privada. Alguns conseguem ir para Itaituba pegar a ordem no posto e solicitar lá ou em R. [município vizinho], mas o município em si não oferece esses exames para a população. Somente para gestantes e mesmo assim são bem específicos. (4PA12MED2).

Exames de ultrassonografia estavam disponíveis em muitos MRR e eram realizados por ginecologistas, em geral, mais de uma vez por mês, quando o profissional estava no município. Embora mais disponível, o acesso era restrito e relativamente demorado pelo SUS, o que acarretava busca à rede privada.

Testes rápidos para IST eram disponíveis nos MRR. No entanto, muitos tinham os testes somente na sede municipal e ainda precisavam capacitar os profissionais para aplicação. Testes rápidos para gravidez, por sua vez, foram pouco encontrados, segundo os médicos entrevistados. A glicemia capilar era realizada, mas era também comum glicosímetro inoperante, sem fitas ou ausente. O diagnóstico de hanseníase e tuberculose, segundo alguns médicos, precisava de encaminhamento ou para profissional de outra equipe no próprio município ou para atendimento na região.

Exames de Papanicolau eram coletados pelos enfermeiros na UBS, mas, às vezes, somente na sede municipal. Em uma UBS no interior do Pará, técnicos de enfermagem também colhiam o material. Apenas oito médicos relataram resultados dos exames com menos de 90 dias. Alguns entrevistados reportaram extravio do resultado ou falta de laboratório na região, indicando fragilidades da linha de cuidado e gastos privados para os usuários.

Populações dos interiores, especialmente na Amazônia, eram as mais desfavorecidas. Apenas parte da população-alvo era coberta pelas ações da ESF, em geral, aquela mais próxima à UBS. Ações itinerantes mais planejadas, como nas UBS fluviais – reconhecidas como recurso de grande potencial no cenário amazônico – atenuavam parcialmente essas dificuldades, embora fossem infrequentes, fragilizando a longitudinalidade do cuidado. A escassez, demora e distâncias para realização dos exames tornava difícil conduzir investigação ou monitoramento em tempo adequado, causando insegurança para resolubilidade e desmotivação dos médicos e também dos usuários.

A gente fica meio frustrado. Eu até falei com a D. [enfermeira] foi ontem mesmo. Uma paciente nossa com dor abdominal: pedi um ultrassom e não tinha condição de fazer particular. Aí fazia o remédio e melhorava. [...] Não esperei pelo ultrassom. Mande para Lacerda, chegou lá, era uma gravidez tubária! Aí, se eu tivesse segurado a mulher aqui, ela tinha morrido. [...] Aí eu falo para a D. que a gente fica um pouquinho de mão atada. Porque aqui é um PSF, mas é um PSF que a gente faz de tudo, porque só tem a gente. E você vê e fica angustiado, porque você quer dar uma resolução e não consegue. Se eu tivesse com ultrassom, já tinha feito aqui, já tinha visto [...]. Então, a gente fica meio frustrado. Mas para uma unidade de PSF, tem as coisas básicas necessárias, tem as medicações boas, tudo certinho. Quando precisa, eu mando para Lacerda, aí interna. (1MT26MED1).

### Estrutura deficiente para o desenvolvimento das práticas terapêuticas

Os médicos prescreviam medicamentos ofertados pela lista do SUS, embora ocorresse desabastecimento. A prescrição era ajustada à relação de medicamentos dos programas Farmácia Básica e, complementarmente, Farmácia Popular, presentes apenas nas sedes dos MRR. Foi consensual que, para as gestantes, havia oferta de vacinas e medicações necessárias.

Como a falta de medicamentos era comum, os usuários precisavam comprá-los, o que prejudicava o cuidado integral, a efetividade e a credibilidade da APS. Estratégias terapêuticas precisavam levar em conta dificuldades de acesso, que resultavam em estoque de remédios pelas famílias, automedicação e uso inapropriado. Algumas ações incluíam dispensa de medicações na UBS ou no território, por meio dos ACS, mesmo que restrito a alguns casos.

Campanhas e ações itinerantes, apesar de eventuais, procuravam disponibilizar vacinas, que eram centralizadas na sede municipal em alguns MRR, por vezes, em horários restritos. O tratamento da tuberculose e hanseníase também era centralizado em parte dos municípios, embora se tenha reconhecido que a maioria dispensava medicação na UBS.

A única coisa que peca muito é na parte de medicamentos, entendeu? Que tem vezes que... Quase sempre não tem... Porque teve um assunto com licitação, essas coisas, entendeu? [...] É tudo aqui, tudo em J.B., que é um pouco centralizado aqui em J.B.. P: Aí a pessoa tem hanseníase e ela tem que vir para cá para pegar a medicação? R: Isso, mas nesse caso, o que aconteceu? Ela pega a medicação por mês. Então ela vai tomando e sempre tem que vir para cá, para a gente fazer uma avaliação. (3PI21MED1).

Os médicos faziam procedimentos simples na APS, como sutura e remoção de cerúmen, com importante variação entre os MRR. Indicou-se menor realização nos interiores pela falta de material, estrutura e retaguarda. Porém, na sede municipal, com frequência, esses procedimentos eram direcionados a centros de saúde e pequenos hospitais de pronto



atendimento. Alguns médicos nos interiores faziam tais procedimentos na UBS justamente pela distância enfrentada pela população. Procedimentos como cantoplastia, drenagem de abscesso e pequenas cirurgias dermatológicas foram menos reportados.

Quando tem, a gente tenta fazer o máximo possível. Fazer uma infiltração, digamos, o paciente tem uma artrose, alguma coisa de joelho, fazer uma infiltração, uma sutura. (5PA15MED2).

Os médicos buscavam orientar os usuários em âmbito individual para medidas preventivas e mudanças de estilo de vida. Alguns indicavam, contudo, um padrão de comunicação mais vertical e pouco dialógico, eventualmente restrito em aspectos interdisciplinares. Os entrevistados relatavam que os usuários eram pouco “esclarecidos”. A comunicação era baseada na prescrição, e não abriam espaço à participação do usuário. Muitos retratavam baixa adesão às condutas e uma abordagem com tensões entre a experiência popular e os saberes e linguagem técnicas. Transformar hábitos para promover saúde era um desafio ainda maior por uma prática com limitada longitudinalidade. Ainda assim, reportou-se influência favorável do médico em atitudes mais saudáveis da população, com importância da educação em saúde, em colaboração especialmente com enfermeiro.

Os médicos afirmavam que o principal objetivo da ESF era oferecer prevenção e promoção da saúde, enquanto alguns ressentiam que o processo de trabalho tinha foco na doença, sem longitudinalidade. Essa distorção – de uma ESF, por princípio, voltada à prevenção/promoção da saúde, mas com processo de trabalho focado na doença – era atribuída à frágil rede assistencial, escassez de médicos, dificuldades de acesso em amplos territórios de abrangência e sobrecarga de consultas.

Qual é o objetivo da atenção primária de saúde hoje? É a prevenção e promoção de saúde. Hoje, pouquíssimas vezes nós conseguimos fazer prevenção e promoção de saúde lá. A gente faz prevenção secundária e terciária. Tratar a hipertensão, evitar que evolua com um infarto, um AVC, uma lesão de grandes órgãos, não, nós já tratamos a doença em si. (2MG7MED2).

#### Pouca valorização das ações coletivas

A minoria dos médicos realizava grupos de prevenção e promoção da saúde. Ações coletivas, protagonizadas pelos enfermeiros, eram predominantemente guiadas por programas ou campanhas advindas do Ministério da Saúde, como o Outubro Rosa ou o Programa Saúde na Escola. Alguns realizavam sala de espera e outros desenvolviam o que

chamavam de “grupões”: atendimentos coletivos quando as UBS eram abastecidas com medicações, com orientações em grupo, principalmente através de palestras, com ênfase sobre aspectos das doenças e fatores de risco. Com efeito, alguns médicos relataram grupos bem-sucedidos, com participação expressiva dos usuários, com repercussões positivas. Em geral, essas poucas ações coletivas contavam com importante multiprofissionalidade, articulando-se ao Nasf, outros setores e com recursos comunitários.

Os médicos reconheciam a importância dessas ações como uma dívida da ESF, uma vez que sua prioridade seria a prevenção e promoção da saúde. Contudo, as práticas de educação em saúde dos médicos centravam-se na atenção individual, numa visão de determinação dos sujeitos sobre seu estado de saúde conforme seus estilos de vida.

Não tem atividade educativa, mas a gente orienta. A orientação é individual. (6BA4MED2).

A adesão deles à palestra, a qualquer coisa que a gente vá fazer, a adesão é muito baixa. [...] Ter tem, mas esses grupos, essas palestras, essas coisas, eu acho que não funcionam. [...] Do hipertenso, você vai falar para a pessoa que ela tem que ir fazer a caminhada, tem que diminuir o sal da comida, tudo alimentar. Aí não faz, não faz. Da região, porque isso é regional, alimentação mais pesada e que põe muita gordura, né? E muito sal. E tem bebida alcoólica que junta. Diabéticos... Diabéticos também não tem adesão, adesão é pouca. (2MG6MED2).

### Ênfase no atendimento à demanda espontânea

Os médicos demonstravam que o atendimento das pessoas em demanda espontânea com sintomas agudos era sua principal rotina, desde problemas comuns, como febre, a acidentes traumáticos. Estes foram amplamente destacados, sendo muito associados à atividade laboral e locomoção, principalmente com motocicletas e em populações do interior. Dores agudas osteomioarticulares relacionadas ao trabalho rural também foram mencionadas, assim como acidentes com animais peçonhentos, sobretudo nos interiores. Certos médicos associaram problemas agudos a hábitos locais, como uso de cigarro de palha em Minas Gerais e consumo de carne de caça na Amazônia.

Agravamento de condições crônicas ocorriam cotidianamente, com dificuldades para o acompanhamento. Contudo, intercorrências preveníveis aconteciam em decorrência da falta de adesão às orientações sobre mudanças nos modos de vida nos MRR e dificuldades dos médicos em abordar adesão terapêutica.

“Cadê os exames?”, “Ah, esqueci lá em casa”. Achei que fosse a casa aqui, mas

era lá na roça, cento e dez quilômetros. Então, lá vai final de semana, pega os exames e volta na outra semana. Com isso já foi mais uma semana empurrando, de trinta e quatro foi para trinta e cinco semanas [de gestação]. E não, não é só uma pessoa, são várias pessoas. Trinta e nove semanas, dizendo: “Você não pode ir para roça, moça. Você não pode andar de cavalo. Você não pode andar de moto”, “Tá bom, doutor, não vou”. Passa meia hora depois, o SAMU diz: “Olha, estou indo buscar uma gestante. Cento e vinte quilômetros. Perdeu líquido. Trinta e nove semanas andando de cavalo”. (2MG7MED2).

Alguns médicos reportaram atendimento a eventos cardiovasculares graves na UBS, sobretudo, pela falta de assistência nos prontos atendimentos dos MRR. Podiam assistir problemas graves da gravidez e não era incomum que avaliassem o trabalho de parto. Alguns já tinham realizado parto na UBS pela falta de tempo para chegar à maternidade. Profissionais do PMM sem CRM não podiam colaborar nos prontos atendimentos, apesar da escassez de médicos nos MRR. Ainda assim, era quase impossível em MRR que os médicos se apartassem da atenção às urgências. Para alguns médicos, a atenção na ESF era muito voltada para demanda espontânea e problemas agudos, pela necessidade de acolher demandas de urgência, o que gerava sensação de sobrecarga assistencial.

Hoje falo para você, não parece que sou médico de Saúde da Família, parece que sou médico de pronto-socorro. Porque só resolvo o problema da pressão e mando embora. Não tem uma continuidade porque não tem como ter atendimento todos os dias para esses pacientes. Aliás, não tem como nem ter atendimento de quinze em quinze dias, porque como ficariam as outras áreas? Tem áreas que ficam três ou quatro meses sem ser atendida devido à distância das outras áreas. [...] A gente fica um mês, dois meses sem ir lá. Como eu viro para um paciente que está com a pressão vinte por dez e digo: “Não, só vou atender dezoito fichas”? Ou chega uma criança de trinta e nove graus, como digo: “Olha, não vou te atender”? Nós acordamos cedo para chegar e tentar atender de dezoito a vinte fichas, mas nunca atendemos, sempre é trinta, trinta e duas fichas. (2MG7MED2).

### *Abordagem psicossocial e comunitária*

#### **Inaptidão para abordagem à saúde mental**

Havia, para os médicos, inesperada e importante demanda de saúde mental em MRR, desde transtornos psicóticos a dependência de benzodiazepínicos. Etilismo se destacou no norte de Minas Gerais, pela tradição de produção da cachaça. Os problemas de saúde mental, por vezes graves, eram acompanhados pela ESF. A maioria tinha suporte ou de psicólogos, predominantemente através do Nasf, e/ou, em menor parte, psiquiatras, em geral nos Centros de Atenção Psicossocial, existentes em poucos municípios.

Expressiva parte dos médicos não tinha preparo adequado para lidar com problemas

de saúde mental. Uma preocupação era a prescrição de psicotrópicos, renovada continuamente na ESF, às vezes, sem devida avaliação. Alguns declararam não ter afinidade com a área e outros expressaram que os usuários tinham expectativas muito elevadas, exigindo uma prática com aspectos psicossociais no cuidado que não haviam aprendido.

Tem coisas que acontecem que não tem nos livros falando. Como, mais ou menos, na área também, como posso te dizer, na área mesmo de lidar com a pessoa em si. Porque como aqui é interior, então o médico em si é considerado quase Deus. Então, a gente aqui não resolve somente a parte da saúde, resolve também a parte psicológica, resolve vários tipos, vários fatores também. Então isso que é um pouco até complicado em si. (3PI20MED2).

Sabe o que está aumentando nos últimos tempos? Doenças psiquiátricas. E é uma coisa que a gente não está preparada para trabalhar, a gente não foi preparado para trabalhar com isso. A gente tem que sentar e estudar, mas é muito complicado lidar. (3MA25MED1).

Algumas falas tinham expressões de preconceito, como “viciados”, “crianças rebeldes”, associação de problemas mentais a menor escolaridade e atraso de desenvolvimento em crianças ou quadros epiléticos como questões de psiquiatria. Alguns poucos tinham iniciativas de grupos direcionados à saúde mental, por exemplo, para prescrição de ansiolíticos, apoio a usuários de álcool e drogas ou atividades mais amplas de promoção de saúde, envolvendo a dimensão psicossocial.

#### Orientação familiar restrita pelo foco no indivíduo

Notou-se pouca orientação familiar na prática dos médicos. Apesar de muitas vezes relatarem nas consultas e visitas domiciliares a participação de familiares, geralmente mulheres, não se evidenciou nas entrevistas olhar sistêmico para um plano de cuidados que envolvesse dimensões da família, território e do próprio usuário como pessoa. Por outro lado, alguns acompanhavam sucessivos ciclos familiares, como crianças em puericultura após pré-natal, propiciando vínculo dos médicos com a comunidade.

Os médicos demonstraram realizar abordagem individual oportuna sobre prevenção de gravidez e IST, mas, meninas adolescentes podiam ter restrições familiares para procurarem métodos contraceptivos, o que dificultava tal abordagem. A gestação na adolescência e o machismo eram problemas ressaltados pelos profissionais, embora certo preconceito também fosse expresso pelos próprios médicos, por exemplo, em relação ao início da vida sexual.

Começam aqui as relações muito cedo e o que acontece? Aqui é um município que é um pouco machista e pai, mãe e filha não têm essa liberdade de chegar e falar: “Pai, eu quero já começar a usar o anticoncepcional”. Não tem. Então, o que acontece? Começa a engravidar, engravidar, engravidar. (3PI21MED1).

Em geral, as UBS tinham abastecimento suficiente de anticoncepcionais e testes rápidos para IST, por vezes, subutilizados, segundo os médicos, por vergonha relacionada à sexualidade. Alguns profissionais realizavam grupos voltados para sexualidade e planejamento familiar, nas escolas ou em torno das consultas de pré-natal. Outros abordavam o planejamento familiar individualmente, mas identificavam necessidade de melhor elaborar intervenções coletivas.

Está faltando planejamento familiar. Tanto que elas estão engravidando num intervalo de um ano e até menos. Elas estão engravidando. Dizem que a população brasileira está diminuindo, aqui não! Aqui não, de adolescentes principalmente. Falta planejamento, elas engravidam assim [estala os dedos]! (3MA25MED1).

#### Competência cultural pouco desenvolvida

Os médicos raramente reconheciam povos tradicionais nas populações de MRR. Uma das falas dizia: “aqui toda a população é normal”. Via de regra, não havia adaptação da ESF e das UBS para quaisquer especificidades. Segundo um dos médicos: “a equipe está aqui para atender a todos da mesma forma”.

Práticas do saber popular eram observadas corriqueiramente. Às vezes, a população recorria primeiro a cuidados tradicionais, antes de buscar a ESF, além de, principalmente os idosos, confiarem mais nessas práticas que as recomendadas pela equipe da ESF. O uso caseiro de produtos derivados de plantas e animais em chás, garrafadas, emplastros e rezas era bastante comum, transmitido através das gerações.

Alguns médicos referiam respeito às práticas populares em saúde, com consideração às peculiaridades culturais e se envolviam em ações como horta de plantas medicinais. Médicos do PMM eram orientados neste sentido. No entanto, além da prudência para riscos conhecidos, quase todos mostravam ressalvas e distanciamento, associando as práticas populares à “falta de instrução”, rejeitando-as. Nenhum médico apontou integração das equipes da ESF com cuidadores tradicionais.

Até que o pessoal agora está mais instruído. Pelo contrário, antigamente, no tempo que eu era criança, a mãe fazia chá, agora, se a criança der um espirro, a mãe traz aqui. (2MG5MED2).

Muito chá, muita plantação que vira chá [risos]. Tem alguns que até têm restrições de uso da medicação por conta disso, pela cultura, porque na cultura deles o chá tal é o que resolve. Então eles preferem usar aquilo. O que eu vejo mais aqui é chá mesmo. Eu procuro orientar bastante no meu consultório. Inclusive nos grupos, eu procuro orientar bastante sobre a automedicação, sobre o uso dessas substâncias que não têm pesquisa por trás ou respaldo. Então, eu procuro deixar bem claro isso. (2MG7MED1).

Tem curandeiro aqui. Tem até um consultório. É paciente meu, já fez uma vez um pneumotórax. Eu drenei ele no hospital. P: O que ele faz? R: Faz macumba neles aí, faz garrafada, essas coisas. Essas orações, rezas. [...] P: E vocês têm alguma relação? Porque a população vai procurá-lo, não é isso? R: Bem pouco agora. [...] Se eu sei que o paciente vai atrás e usa essas coisas... Mas eu não concordo, não. Tiro tudo. (3PI20MED1).

### Intersetorialidade induzida por programas federais

Articulação com os setores da assistência social e educação em ações da ESF tinham protagonismo dos enfermeiros e, em menor parte, dos ACS, cabendo aos médicos papel de apoio na realização de consultas e grupos. Ações integradas com a assistência social se destacaram, procurando viabilizar soluções para os usuários, como questões de transporte, medicamentos e alimentos. Por outro lado, nos interiores dos MRR relações com assistentes sociais eram menos frequentes. Em contradição, os médicos enxergavam problemas de ordem social como fora do âmbito do cuidado em saúde.

A gente fala com o CRAS [Centro de Referência em Assistência Social]. Tem uns casos assim... Esses tempos a gente está até usando bastante. Por causa das drogas, famílias desestruturadas, negligência. Tem coisas que eu falo assim: “Gente, a saúde vai até esse ponto. Agora aqui é a Assistência [Social] que tem que cuidar”. (3MA25MED1).

Ações da ESF nas escolas foram bastante mencionadas, realizadas uma ou duas vezes ao ano, mas com participação de outros membros da equipe, poucas vezes dos médicos. Os dentistas tinham inserção mais regular e a atuação era direcionada pelo Programa Saúde na Escola. Além dessas ações, em grande medida determinadas por programas do governo federal, tais como Bolsa Família e Saúde na Escola, foram escassos e pontuais outros exemplos de intersetorialidade, como integração com atividades comunitárias da Polícia Militar, apoio do Exército em campanhas contra dengue, intervenção em problemas nas estradas e evento de ações comunitárias por vários setores do governo. Principalmente nos interiores, havia poucos recursos institucionais para que a ESF desenvolvesse parcerias e projetos comunitários.

### Baixa inserção nos espaços de participação comunitária

Nenhum médico participava dos Conselhos Municipais de Saúde, salvo duas exceções. Alguns incentivavam os usuários, durante as consultas, a reivindicarem direitos de melhor atenção à saúde. Muitos identificavam que os usuários eram presentes nas instâncias políticas em geral. Mas alguns percebiam inexpressiva participação dos usuários nos Conselhos e a maioria não percebia importância dessa instância para a prática da ESF.

Algumas falas expressavam a percepção de que as populações rurais eram “acomodadas”, “apolíticas” ou “ignorantes”. As poucas associações comunitárias conhecidas eram ligadas às igrejas, mas com quase nenhuma representação junto à ESF e redes de atenção à saúde. Excepcionalmente, alguns médicos formavam parcerias com lideranças religiosas, em especial para grupos ou atenção a casos de vulnerabilidade social.

Entretanto, os médicos percebiam práticas clientelistas, principalmente através de apelos a vereadores e gestores. Referiam facilidade para usuários acessarem políticos pessoalmente e exigirem atenção a demandas particulares, como transporte, exames e atendimentos, percebendo-se um clientelismo e interferência na autonomia profissional. A partir de solicitações individuais, os políticos destituíam a regulação técnica dos médicos, prejudicando a gestão dos escassos recursos.

Lá a cultura é muito diferente, de paternalismo exacerbado e a gente não está acostumado com isso. Tem muita interferência política. Paciente pegou um latão de lixo, deu mau jeito nas costas, quer um raio-x e eu tenho que encaminhar porque o prefeito pediu. [...] Então, ele liga para o secretário e ele vem aqui. Tem muita interferência de conduta mesmo. (1MT26MED2).

Interfere um pouco com a ordem do atendimento. Na parte, como eu posso te dizer, na parte do atendimento domiciliar. [...] Então tem áreas mesmo que o pessoal liga mais, liga mais, liga mais e depois a gente precisa cumprir. (3PI21MED1).

O contato dos profissionais com políticos dos MRR também era frequente. Os médicos eram procurados por gestores e vereadores para discutirem situação de saúde local, bem como levavam propostas. Contudo, muitas vezes reclamavam que não eram atendidos em suas demandas por melhores condições de trabalho, podendo sofrer retaliações políticas.

### Frágil planejamento pela equipe

As equipes realizavam reuniões com frequência variável, pois, conforme os médicos,

as equipes eram pequenas, com contato cotidiano e as reuniões provocavam limitação à assistência. Grande parte dos médicos ou não participava ou participava ocasionalmente. Além das reuniões de equipe da ESF, alguns MRR promoviam reuniões no nível central da gestão, com eventual participação dos médicos.

Poucos dispunham de prontuário eletrônico completo, mesmo assim com restrições, devido à baixa informatização e conectividade, prejudicando registro de informações. Os dados, compilados somente no nível central da gestão municipal, não eram tratados nem retornavam aos profissionais da ESF. Quase nenhum médico sabia o quantitativo de usuários dos grupos prioritários, tampouco descreviam indicadores ou metas estabelecidas para a ESF, alguns notando essa falta como um desafio para a qualidade da atenção.

Olha, vou te falar que a gente nem estabelece prioridade. Vai aparecendo e a gente vai vendo aquele caso pontual. Não tem uma estratégia: “Ah, esse mês vou trabalhar com hipertenso, mês que vem vamos trabalhar com...”. Não tem. (1MT26MED2).

Os principais achados por categorias são sintetizados no Quadro 2.

QUADRO 2: Síntese dos achados da inserção e atuação dos médicos da APS em MRR, Brasil, 2019

<b>Trajatória dos médicos</b>	
Recente exercício profissional via PMM	A maioria dos médicos tinha atuação muito recente nos MRR e era recém-formada, a maior parte fora do país, principalmente na Bolívia.
	Quase dois terços eram do Programa Mais Médicos e metade não possuía registro no Conselho Regional de Medicina.
	Tendiam a buscar múltiplos vínculos de emprego em plantões de hospitais e na APS na região, carregando experiências do trabalho nesses locais para suas atuações nos MRR
Médicos mais experientes como referência local para a resolubilidade na APS	Os poucos médicos mais experientes adquiriam habilidades clínicas e em cirurgias e partos ao longo de sua trajetória profissional.
	Eram referência para desafios da prática na APS e em MRR para médicos mais jovens
	Centralizavam demandas, principalmente em suas áreas de expertise, com maior resolubilidade, criação de vínculo com a população e ganho de capital político em MRR.
Restrita continuidade da qualificação profissional	Formação especializada era exceção, com casos excepcionais de destaque pelas múltiplas formações.
	Médicos do PMM possuíam maior estrutura para educação permanente, com especialização à distância, aprimoramento clínico com supervisores e dia de folga para estudos.
	Havia oferta variável de ações de educação permanentes, de iniciativas dos estados ou das universidades, com apoio da gestão municipal, embora em locais distantes, desestimulando participação.
	A educação à distância era a principal forma de qualificação, buscando cursos e especializações por iniciativa própria, às vezes motivados pela possibilidade de prestação privada de serviços com ganhos adicionais.
Inóspita adaptação sociocultural	A maioria tinha dificuldades de enraizamento, enxergando a atuação na APS em MRR aquém de suas expectativas e atribuindo caráter de civilização a espaços urbanos.
	Alguns colocavam MRR em posição inferior em relação a espaços urbanos e outras regiões



	do país e outros atribuíam situações de vulnerabilidade da população a suas próprias atitudes.
	Os médicos tinham origem fora dos MRR, a maioria designada para MRR conforme PMM, mas alguns escolheram atuar nestes municípios por possuírem parentes na região, exceto na Amazônia.
	A adaptação inicial era difícil para muitos médicos, pela distância da família, condições e hábitos locais de vida e choque com as desigualdades sociais.
<b>Assistência no cuidado longitudinal e oportuno</b>	
Reduzida busca ativa dos usuários	Poucos incentivavam, junto com a equipe, busca ativa de usuários para captação ou acompanhamento nas linhas de cuidado, exceto no pré-natal.
Limitada investigação e monitoramento dos problemas de saúde	Realizavam investigação e monitoramento dos problemas de saúde com limitados recursos diagnósticos, sendo mais desfavorecidas populações dos interiores e da Amazônia.
Estrutura deficiente para o desenvolvimento das práticas terapêuticas	Prescreviam medicamentos de oferta pública, embora muitas vezes restritos, com abastecimento irregular e quase sempre centralizados, que desfavorecia populações dos interiores e acompanhamento integral de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis (tuberculose e hanseníase).
	Realizavam procedimentos simples na APS, embora com grande variação, com concentração na sede municipal e no principal centro de saúde ou pequeno hospital do MRR.
	Orientavam em âmbito individual adesão terapêutica, medidas preventivas e mudanças de hábitos de vida, apesar de pressões contrárias à promoção da saúde no processo de trabalho e de comunicação com usuários vertical e pouco dialógica.
Pouca valorização das ações coletivas	Poucos médicos desenvolviam ações coletivas, valorizando mais ações de atenção individual.
Ênfase no atendimento à demanda espontânea	Desenvolviam processo de trabalho na APS com ênfase na demanda espontânea, com prática de cuidado mais individual e imediato.
	Populações dos interiores mais vulneráveis a condições agudas decorrentes de atividades rurais e de deslocamento, especialmente acidentes traumáticos, e a agravamento de quadros clínicos, por falhas na vigilância em saúde, na adesão às prescrições e no acesso à assistência.
	Alguns podiam assistir na APS eventos graves cardiovasculares e partos, devido à falta de acesso a pronto atendimento ou maternidade.
<b>Abordagem psicossocial e comunitária</b>	
Inaptidão para abordagem à saúde mental	Acompanhavam demanda importante de problemas variados de saúde mental, para os quais a maioria dos médicos não tinha preparo prévio suficiente.
Orientação familiar restrita pelo foco no indivíduo	Focavam a atenção à saúde sobre os indivíduos, sem envolver relações familiares ou considerar conjuntamente a saúde de membros da família que participavam do cuidado.
	Alguns acompanhavam as pessoas ao longo dos ciclos familiares, constituindo vínculo com as famílias.
	Orientavam planejamento familiar e sexualidade em abordagem individual sobre prevenção de gravidez e IST, porém com restrições devido a questões culturais, ressaltando gravidez na adolescência e machismo exacerbado em MRR
Competência cultural pouco desenvolvida	Raramente distinguiam especificidades de populações tradicionais.
	Muitos reconheciam práticas corriqueiras do saber popular entre os usuários e cuidadores tradicionais, que diziam respeitar como integrativas e complementares à racionalidade médica, porém quase todos com ressalvas e sem integração ao cuidado da equipe.
Intersetorialidade induzida por programas federais	Apoiavam enfermeiros e agentes comunitários de saúde na articulação com setores da assistência social e educação, induzidos por ações de programas do governo federal.
	Realizavam com mais destaque ações conjuntas com a Assistência Social.
Baixa inserção nos espaços de participação comunitária	Mantinham distante relação com instâncias de participação social na saúde e com lideranças comunitárias.
	Sofriam interferência de gestores e vereadores a partir de solicitações individuais dos usuários.
	Eram atores relevantes na política local em relação à organização dos serviços de saúde.

Frágil planejamento pela equipe	Poucos participavam de reuniões de equipe, que eram infrequentes.
	Não analisavam situação de saúde a partir de informações e indicadores de produção ou do território.

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas

## Discussão

O artigo analisou a inserção e atuação dos médicos na cena da APS em MRR, com base em três categorias. Os resultados sugerem que tal atuação ocorria com generalizada restrição, fosse pela ausência de configurações específicas da ESF para cenários rurais, ou por fatores relacionados à trajetória e atuação assistencial dos médicos, que expressavam sua forma de estar e agir nos MRR.

Como expressão da práxis, portanto, de uma dialética (Campos, 2011), é possível reconhecer competências dos médicos desenvolvidas a priori e a posteriori na atuação em MRR. As competências são compreendidas em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes, ou seja, em saber fazer e saber ser na aplicação de conhecimentos para o trabalho (Fernandez et al., 2012). Os médicos agiam em resposta às demandas e condições de prática, contudo, essa ação era fortemente induzida por como desenvolveram suas habilidades e atitudes para responder aos problemas de saúde e ao exercício da medicina na APS e em MRR.

Outro achado expressivo foi a atuação muito baseada no cuidado de âmbito individual e biomédico, embora na perspectiva do melhor exercício profissional possível e, por vezes, reforçada pela organização do processo de trabalho. Realçou-se positivamente, por exemplo, a ampla capacidade resolutiva de alguns médicos e a promoção de hábitos mais saudáveis, porém, ainda distante do prisma de uma clínica ampliada (Campos et al., 2014).

Em relação ao PMM, a pesquisa alcançou um perfil de médicos que se constituiu no período de quase um ano após a saída dos médicos cubanos. Apesar das controvérsias, estes profissionais se notabilizaram pela experiência profissional, formação específica para APS, humanização nas relações e práticas integrais, como mostram diversos estudos (Separavich e Couto, 2019; Stralen et al., 2021). A provisão de médicos após a saída de Cuba em função das posições do governo Bolsonaro (2019-2022) se caracterizou pela inserção de brasileiros, com origem e formação externa aos MRR, a maioria fora do país. Internacionalmente, é comum que áreas rurais e remotas sejam servidas por estratégias de recrutamento de médicos de origem estrangeira (OMS, 2021). Neste estudo, entretanto, os jovens médicos que ingressavam nos MRR e na APS tinham horizonte curto de atuação, até revalidação de diploma e especialização.

Sentiam-se inseguros quanto a seu posicionamento nesse novo ambiente sociocultural. A inserção nos MRR assemelhava-se a certo desterro. De certo os médicos tinham que buscar sua própria identidade com o território – ou territorialidade, conforme Santos (2008). A busca pela identidade no exercício da profissão em territórios rurais remotos foi também relatada por Allan et al. (2008), na Austrália. De modo semelhante, aqui os profissionais também confrontavam sua prática com questões de isolamento e privacidade.

Os médicos vivenciavam um espaço em que direitos sociais estavam, de modo geral, fora do alcance da população. As atitudes discriminatórias dos médicos, que se repetem na saúde rural mundo afora (Strasser et al., 2016, WONCA, 2021), reafirmam um significado de ruralidade em oposição e reminiscência ao urbano (Carneiro e Sandroni, 2019). Atuar em MRR e na APS se colocava como um “não-lugar” (Santos, 2008) aos médicos, em sua imagem de elevada posição social.

Em diversas categorias, notou-se tensões na comunicação entre médicos e usuários, com uma postura prescritiva e de autoridade às vezes percebida desafiada, ainda que por uma não-adesão, devido a circunstâncias de acesso, socioculturais e econômicas. Percebe-se um modelo paternalista que ainda vigora na relação médico-paciente nos MRR, embora abordagens de comunicação clínica mais horizontais sejam cada vez mais exigidas pela sociedade, particularmente no contexto da APS, em que o usuário possui grande autonomia (Carrió, 2012).

As restrições à qualificação e educação permanente em MRR ampliava as dificuldades para a atuação médica. O acesso à formação em saúde, graduação e pós-graduação, é desafio crucial para atração e atuação em áreas rurais e remotas (Strasser et al., 2016; WONCA, 2021, OMS, 2021). O ensino à distância, nesta pesquisa, mostrou-se como uma potencialidade a ser melhor explorada, como encontrado em outros trabalhos (Stralen et al., 2021; WONCA, 2021, OMS, 2021).

A aquisição de competências no decorrer da experiência profissional foi um diferencial importante nos MRR, verificando-se expandida capacidade resolutiva de médicos mais experientes, constatado também no estudo de Stralen et al. (2021). Não obstante, modos de atuação aprendidos em contexto hospitalar, em prática focalizada e fragmentada, se reproduziam na APS. Tal prática, ligada a uma racionalidade biotecnológica (Campos, 2011), aponta para a relevância de consolidar mudança de visão do modelo tradicional de APS para uma prática integral, com especialização em Saúde da Família (Coelho et al., 2019).

Outra dimensão da atuação dos médicos foi a marcante restrição de recursos diagnósticos e terapêuticos, suficientes somente para prestação de serviços básicos mínimos. A assistência foi caracterizada pela ênfase na demanda espontânea e no adoecimento agudo, com prejuízo de ações de promoção da saúde. A baixa participação em ações de busca ativa e atividades coletivas se opõem a medidas voltadas ao cuidado abrangente na APS, que se beneficiaria do papel estratégico dos médicos (Ridolfi et al., 2022; Reddy et al., 2011).

A estrutura dos serviços de APS em MRR era importante condicionante das práticas, com sustentação administrativa e financeira restrita, concentração na sede municipal e relativo isolamento do restante da rede de atenção que resultavam na priorização de problemas de saúde mais imediatos. A ESF funcionava quase como extensão dos prontos atendimentos de centros de saúde e pequenos hospitais dos MRR. Demandas com maior dificuldade de acesso acumulavam-se e tornavam-se mais complexas, agravando a determinação social sobre o processo saúde-adoecimento de populações dos MRR, especialmente nos interiores e Amazônia, semelhante às conclusões de Garnelo et al. (2020).

Baixas condições de infraestrutura e insumos costumam ocorrer com maior frequência na APS rural em países mais pobres, refletindo sua posição periférica nesses sistemas de saúde (Franco et al., 2021). Uma APS efetiva requer grandes e contínuos investimentos. Os custos da APS em áreas rurais e remotas, com a particularidade da deseconomia de escala, são debate em todo o mundo (Thomas et al., 2017). No Brasil, faltam políticas mais específicas que garantam recursos de manutenção de infraestrutura na APS e que conformem modelos mais adequados da ESF aos desafios de territórios de MRR (Almeida et al., 2021). Ademais, políticas universais e integrais na APS têm sido ameaçadas no país (Giovannella et al., 2020). Diretrizes de atuação profissional na ESF e investimentos na formação dos profissionais, particularmente em MRR, que reafirmem o acolhimento, vigilância em saúde com atenção longitudinal, resolutiva, de âmbito individual e coletivo (Giovannella et al., 2020) são imperativos para o resgate da concepção abrangente da ESF.

A abordagem psicossocial e comunitária na atuação dos médicos mostrou-se frágil. As atitudes eram contrárias à compreensão da saúde como fenômeno complexo, que envolve mais do que a dimensão biológica (Campos, 2011; Ayres, 2004). Mantinha-se visão reduzida sobre processos de saúde-adoecimento, desde os sujeitos ao dos sistemas familiares e das comunidades.

O desenvolvimento incipiente de ações com abordagem psicossocial e comunitária eram induzidas por políticas nacionais, mas com baixa incorporação de seus propósitos pelos médicos. O pouco que realizavam quanto a ações intersetoriais, de planejamento ou a

práticas com competência cultural tinha influência de determinações externas.

Em muitos casos se verificou um discurso ambivalente, em que o contato com as condições de vida da população despertava o reconhecimento da necessidade de uma atuação mais comunitária. Também se davam conta de relevantes determinantes sociais de saúde como o machismo e o clientelismo. Ainda assim, foram fortes as expressões de preconceitos em relação à ruralidade e pobreza e de uma postura que denotava procurar manter um status de hierarquia e verticalidade, que Santos (2007) exprime como pensamento abissal.

O estudo mostrou que, além da formação biomédica, com baixa aptidão para atuação comunitária, a escassez de médicos em MRR em certa medida determinava a prática mais voltada para o atendimento individual, centrado na doença e menos territorializada. Isso compromete o envolvimento do médico com as questões do território. Outro aspecto que fica claro é o modelo organizativo com centralidade do atendimento médico na UBS da sede municipal, ao passo que os desafios do acompanhamento da população nas áreas do interior (longos percursos, transporte inadequado, folgas de trabalho, etc.) necessariamente tira o médico deste lugar. Superar os entraves de escassez de FTS e de modelo organizativo torna-se fundamental para que a abordagem comunitária tenha possibilidade de fazer parte do ser e fazer do médico em territórios rurais remotos.

Ainda assim, mesmo considerando os constrangimentos organizacionais para práticas mais abrangentes, o foco predominante dos médicos estava sobre a atenção individual, numa prática que remete a período prévio ainda ao SUS, analisada pelas teses de Arouca (1975) (dilema preventivista) e Donnangelo (1976) (medicalização na medicina comunitária), que, sem interferir sobre a determinação social na saúde-doença, mantém e reproduz amarras da estrutura de classes. Eram atores importantes para a saúde em MRR, mas não eram integrados a suas comunidades, afora exceções destacadas. Para Carrol et al. (2015), a base para mudar modelos de saúde rural pautados no cuidado individual e a doenças agudas é a integração e participação comunitária.

### **Considerações finais**

Em conclusão, ressalta-se duas questões estratégicas para a abrangência das práticas e inserção em MRR. O primeiro é a premência de formação médica para a APS, em diferentes níveis, com currículos e práticas dedicadas a cenários rurais. O alcance nacional da Medicina de Família e Comunidade, que se ancora em princípios da Conferência de Alma-Ata, por atributos sistematizados por Starfield e por uma medicina centrada na pessoa, seria um avanço (WONCA, 2021; Coelho et al., 2019), desde que direcionada a um sentido

público, uma vez que também está sujeita à captura do mercado privado (Giovannella et al., 2020). Tal contradição ressalta a importância de se fortalecer nos processos formativos os valores e objetivos do trabalho em saúde, sua racionalidade da práxis, mais que tecnológica, e a produção compartilhada de cuidado (Campos, 2011).

Destaca-se no mesmo aspecto a importância de definir políticas de incentivo para programas de residência e especialização em Medicina de Família e Comunidade para profissionais da região, uma vez que há grande dificuldade de fixar médicos de outras localidades nos MRR. Iniciativas da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade de desenvolvimento de formação adicional em Medicina Rural, além da residência mais ampla (Lermen Jr., 2015), trazem elementos estratégicos para a qualificação da formação voltada a populações do campo, floresta e águas. Além disso, quanto à formação dos profissionais de saúde, notadamente os médicos, é necessário construir propostas formativas que favoreçam o conhecimento acumulado dos profissionais que diariamente lidam com territórios rurais remotos. Ou seja, propor formação com eles, para eles e a partir da prática que desenvolvem nessas localidades, com o sentido de decolonização e ecologia dos saberes (Santos, 2007).

Tendo em conta que as residências médicas detêm maior vantagem sobre a continuidade e estruturação na necessária interface entre políticas de provimento e formação, é preciso ainda aliar nesta a educação permanente. Não somente para adequar competências aprendidas em contexto diverso dos MRR, mas também por ser importante forma de discutir conjunta e dialeticamente o saber fazer/ser dos médicos, considerando-os sujeitos na construção da Reforma Sanitária (Cecílio, 2007). Ressalta-se a relevância do Nasf em sua função matricial neste processo de educação permanente (Campos et al., 2014).

O segundo ponto diz respeito à necessidade de modelos de ESF mais específicos a áreas rurais e remotas, associados a um plano de provisão e carreira para a FTS que considere a particularidade da APS em MRR (Almeida et al., 2021; Franco et al., 2022). Carreiras com vínculos estáveis, atrativos e justos, que valorizem os trabalhadores de MRR, preferencialmente em arranjos interfederativos, dada a dificuldade de sustentação dessas carreiras apenas em nível municipal e o clientelismo marcado pelas entrevistas, é uma lacuna verificada pelo estudo.

Ainda assim, áreas rurais remotas necessitam de contínua política de provisão emergencial de FTS, demandando mecanismos que garantam oferta adequada de médicos nos serviços de APS e demais pontos da rede, com estratégica participação da instância estadual/regional. Merece retomada o modelo outrora abrangente do PMM, com eixos de

provimento – inclusive de FTS internacional, com expertise na APS – e também formação e melhoria da infraestrutura, que não tiveram plena implementação (Separavich e Couto, 2019; Giovanella et al., 2020). Como o estudo mostrou, modelos de atuação em territórios rurais remotos precisam observar condições materiais para o trabalho adequado. Esforços em formação e carreira médica no setor público para APS em MRR podem mudar distorções na trajetória dos médicos e incentivar a atuação mais ampliada e abordagem integral da saúde.

Como limites, destaca-se que a análise abrangeu amostra em âmbito nacional, não sendo possível identificar tipos ou padrões regionais de atuação, que merecem visão mais detalhada. São variados os contextos geográficos, socioculturais, familiares e das redes de atenção à saúde locais e regionais, que conformam desafios particulares às práticas dos médicos na APS em MRR. Outros olhares, como os dos gestores, enfermeiros, ACS e usuários devem complementar análises sobre a prática da APS em MRR.

Este artigo trouxe à tona, em síntese, que a atuação dos médicos em MRR era restrita a uma trajetória curta e direcionada à prática focalizada, a uma assistência limitada, centrada no adoecimento agudo e direcionada a uma abordagem focada na perspectiva individual e biomédica, que reforçam, de certa forma, uma concepção seletiva de APS. No entanto, não se quer negar o valor da presença dos médicos para as populações rurais remotas, nem sua implicação em uma APS de qualidade, apesar de generalizadamente reduzida, como se conclui. Nesse sentido, os achados apontam para necessário maior desenvolvimento da prática integral na ESF em MRR, sugerindo incisivo direcionamento público na formação e carreira da FTS na APS para o SUS.

## Referências

Allan J, Ball P, Alston M. 'You have to face your mistakes in the street': the contextual keys that shape health service access and health workers' experiences in rural areas. *Rural Remote Health* 2008; 8:835.

Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS et al. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(11):e00255020.

Anderson MIP, Rodrigues RD. O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade. *Revista HUPE* 2016; 15(3): 242-252.

Arouca SAS. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [tese]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975. 261 p.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos do (ser) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade* 2004; 13(3): 16-29.

Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF, Lima JG, Sousa ABL, Seidl H. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev Saude Publica* 2022; 56:73.

Brasil. Portaria nº 2.436. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União 2017; 21 set.

Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3033-3040.

Campos GWS, Figueiredo MD, Junior NP et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)* 2014; 18 Supl.1:983-995.

Carneiro MJ, Sandroni L. Tipologias e significados do “rural”: uma leitura crítica. In: Leite SP, Bruno R (orgs.). *O rural brasileiro na perspectiva do século XXI*. Rio de Janeiro: Garamond, 2019, pp. 43-58.

Carrió FB. *Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Carroll V, Reeve CA, Humphreys JS et al. Re-orienting a remote acute care model towards a primary health care approach: key enablers. *Rural Remote Health* 2015; 15:2942

Cecílio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(22): 345-363.

Chater AB, Rourke J, Strasser R, Couper I, Reid S. *WONCA Rural Medical Education Guidebook*. St. John’ Newfoundland: Memorial University of Newfoundland, 2016.

Coelho GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad Saude Publica* 2019; 35(1):e00170917.

Donnangelo MCF. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Fausto MCR, Fonseca HMS, Penzin VM. *Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil [online]*. 2019. Disponível em: <https://apsmrr.com.br>. Acesso em 16 nov 2022.

Fernandez N, Dory V, Ste-Marie LG et al. Varying conceptions of competence: an analysis



of how health sciences educators define competence. *Medical Educ* 2012; 46:357-365.

Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saude Publica* 2021; 37(7):e00310520.

Franco CM, Giovanella L, Bousquat AM. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? *Cien Saude Colet*[internet] (2022/Set). *Epub ahead of print*.

Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health* 2020; 19(1):54.

Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1475-1482.

Lermen Jr. N (org.). *Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14<sup>a</sup> ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2014.

Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2012; 22(4):1293-1311.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*. Genebra: OMS; 2021.

Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate* 2018; 42 (n.spe 1):302-14.

Reddy P, Hernan AL, Vanderwood KK et al. Implementation of diabetes prevention programs in rural areas: Montana and south-eastern Australia compared. *Aust J Rural Health* 2011; 19:125-34.

Ridolfi F, Peetluk L, Amorim G et al. TB treatment outcomes in Brazil: different predictors for each type of unsuccessful outcome. *Clin Infect Dis* 2022; 5: ciac541. *Epub ahead of print*.

Santos M. *Técnica, espaço, tempo*. 5<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Edusp; 2008.

Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEPRAB* 2007; 79: 71-94.

Scheffer M. *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020.

Schraiber L. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cad Saude Publica* 1995; 11(1): 57-64.

Separavich MA, Couto MT. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e da universalização da atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2021; 26 Supl.2:3435-3446.

Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Stralen, AC van, Carvalho CL, Girardi SN et al. O escopo da prática de médicos na atenção primária nas áreas rural e urbana do Brasil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(9):e00211520.

Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract* 2003; 20:457-63.

Strasser R, Kam SM, Regalado SM. Rural Health Care Access and Policy in Developing Countries. *Annu Rev Public Health* 2016; 37: 395-412.

Thomas S, Wakerman J, Humphreys J. What does it cost to provide equity of access to high quality, comprehensive primary health care in rural Australia? A pilot study. *Rural Remote Health* 2017; 17:4019.

Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, Kuiper P, Entwistle P, Jones J. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008; 29(8):276.

World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). *Blueprint for rural health*. Bangladesh: WONCA; 2021.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese, ao analisar como os médicos da ESF atuam em territórios rurais e remotos, delineou desafios da APS nesses territórios e respostas com base na atuação dos médicos. No primeiro artigo, experiências internacionais em desafios do acesso, organização e FTS na saúde rural foram identificados na literatura, contribuindo à formulação de categorias de análise e posterior discussão dos resultados. No segundo artigo, dilemas do processo de trabalho na ESF em MRR foram abordados no perfil da atuação dos médicos na UBS e no território, verificando atuação predominante na UBS em detrimento do território, centralizada na sede municipal, com ênfase na demanda espontânea e flexibilidade da carga horária. No último artigo, ao buscar compreender a abrangência da atuação dos médicos, um saber fazer/ser no rural remoto foi descrito, denotando limitações tanto organizacionais como das competências próprias dos médicos.

A revisão integrativa sistematizou questões de acesso, organização e FTS da APS em um panorama sobre saúde rural na literatura internacional nos últimos vinte anos, com uma diversidade de cenários rurais, olhares e realidades socioeconômicas e espaciais. Além de uma visão ampla dos desafios, já bastante reconhecidos, realçou estratégias, modelos e fundamentos de políticas, planejamento e práticas de saúde em áreas rurais. Foram identificados temas em relação ao acesso à saúde em áreas rurais e remotas que diziam respeito a aspectos geográficos das comunidades rurais, necessidades de deslocamento dos usuários e acesso aos serviços hospitalares e especializados. Sobre a organização da atenção à saúde, os temas da revisão incluíram estrutura e insumos dos serviços de saúde, funcionamento dos serviços e gestão com base na comunidade. Quanto à FTS, os artigos analisados trataram do perfil e papel profissional e de fatores de atração e fixação da FTS.

Questões de espaço e população, com intensas necessidades de saúde (Brieger et al., 2015; Ambruso et al., 2019; Thomas et al., 2017) levantaram preocupação recorrente sobre custos, carências em infraestrutura dos serviços e FTS (Thomas et al., 2017) na saúde rural, devido insuficiência em quantidade e competências (Strasser et al., 2016; Sbauroni et al., 2012; Haggerty et al., 2014). Embora o olhar sobre deficiências da saúde rural seja predominante, Wakerman e Humphreys (2019) chamam a atenção para concepções e abordagens inovadoras, diferentes da racionalidade urbana, que servem para refletir sobre APS em todo o sistema. No conjunto, os artigos da revisão apontam para além da perspectiva da economia de escala (Wakerman et al., 2008), com críticas a um modelo rural de APS seletiva, focada em programas verticais e fragmentados, que aplicam noções estreitas de

custo-eficiência e arcabouço da história natural das doenças para a saúde de populações rurais.

Transversalmente ao acesso, organização e FTS na APS em áreas rurais, algumas ações e estratégias despontaram para informar categorias iniciais na análise da atuação dos médicos em territórios rurais remotos. Entre elas estão a atuação comunitária, os modelos de extensão ou visitação, o emprego de TIC, o acesso à assistência e a formação e desenvolvimento profissional.

A atuação comunitária se mostrou indissociada da necessidade de responder à determinação social dos processos de saúde-adoecimento, com envolvimento das comunidades na organização da atenção à saúde, ênfase em estratégias horizontais de cuidado integral, da vigilância à assistência, intersetorialidade, integração nas redes locais/regionais de saúde e valorização do vínculo dos trabalhadores com comunidades rurais (Brieger et al., 2015; Ambruso et al., 2019; Strasser et al., 2016). Modelos de extensão/visitação se referiram a dinâmicas variadas que garantam cuidado adequado na multiplicidade de contextos, com planejamento complexo da FTS, de meios logísticos e do uso do espaço e colaboração desde o nível local das comunidades até esferas governamentais mais altas (Strasser et al., 2016; Wakerman et al., 2008; Carey et al., 2018). Emprego de TIC ampliam oferta de práticas em saúde, contribuem a tornar mais efetivos diagnósticos, planos e acompanhamentos, tanto em nível individual quanto comunitário, e possibilitam alcançar lugares desprovidos de assistência e vigilância (Wakerman et al., 2008; Ambruso et al., 2019; Naeem et al., 2015).

O acesso à assistência engloba não apenas profissionais médicos, mas ainda de enfermagem, agentes comunitários, assistentes sociais e profissionais de práticas integrativas/complementares. A multidisciplinaridade e o trabalho em equipe são estratégias importantes, junto a ações de cuidado contínuo, e conformações na oferta de assistência variando com as circunstâncias, como vulnerabilidades específicas em populações rurais, possibilidades de acesso e de recursos locais, peculiaridades culturais e disponibilidade de FTS (Strasser et al., 2016; Pei et al., 2018; Allan et al., 2008). A formação e desenvolvimento profissional foi uma outra dimensão de estratégias, pontuando competências expandidas, generalistas e específicas; atitudes culturalmente sensíveis; e cuidados adequados para longitudinalidade e coordenação da atenção. Abrange ainda educação permanente, práticas avançadas (*task-shifting*) de profissionais como enfermeiros e ACS e formação da FTS a partir de membros das comunidades rurais, exposição em ambientes rurais e conteúdos sobre saúde rural (Strasser et al., 2016; Wakerman e Humphrey, 2019; Labhardt et al., 2010).

Essas ações transversais aos desafios do acesso, organização e FTS em áreas rurais e remotas, extraídas da revisão integrativa da literatura internacional, foram contrastadas com o material empírico da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil”, para produzir categorias de análise sobre o estudo do perfil de atuação dos médicos na UBS e no território e da extensão das suas ações e desafios da prática na ESF em MRR. Essas categorias precisaram se ajustar ao roteiro de entrevista e ao conteúdo pré-analisado, tornando-se mais específicas.

No perfil de atuação dos médicos na UBS e território, a perspectiva de médicos na ESF em MRR mostra que o processo de trabalho com base no território foi um evidente desafio. Além de um desafio, poderia se pensar, do ponto de vista dos médicos, tratar de um dilema: a assistência vinculada ao território adscrito era desejável, porém mais importante era garantir acesso ao máximo de usuários, inclusive de áreas mais afastadas, devido às barreiras geográficas e dinâmica de deslocamentos nos interiores. Porém, tal dilema se revela, na análise da atuação dos médicos nos dois últimos artigos da tese, mais ligado ao conflito de atuação no modelo de atenção da ESF que aos territórios rurais remotos em si. Destarte, sem desconsiderar os importantes limites das políticas públicas para esses territórios, os próprios médicos eram atores que participavam dos modelos de atuação na APS em disputa na saúde em MRR.

No pano de fundo do processo de trabalho na APS em MRR, independente do vínculo de referência no território da ESF, populações dispersas e pequenas tinham oferta de serviços da APS principalmente na sede municipal, com limitado alcance dos médicos aos interiores dos MRR. Observou-se que os médicos tinham obscurecida noção dos territórios de sua responsabilidade, obstaculizando ações de vigilância. Na análise da extensão das ações e desafios da prática na ESF em MRR, demonstrou-se que a assistência no cuidado longitudinal e oportuno foi caracterizada pela ênfase na demanda espontânea e no adoecimento agudo, com prejuízo de ações de promoção da saúde. Equipes baseadas em atendimento por demanda espontânea, muitas vezes com alto fluxo e sem distinção de territórios, somadas às dificuldades de deslocamento da população e de oferta de serviços, minimizavam ações preventivas da ESF, priorizando-se ações diagnósticas, terapêuticas medicamentosas e adoecimento agudo, semelhante aos achados de Garnelo et al. (2020). A baixa participação em ações de busca ativa e atividades coletivas se opõem a medidas voltadas ao cuidado abrangente na APS, que se beneficiaria do papel estratégico dos médicos (Ridolfi et al., 2022; Reddy et al., 2011).

O trabalho com integração da equipe se verificou pouco valorizado. Pelo prisma dos

médicos, nas equipes da ESF em MRR se nota uma divisão do processo de trabalho, atribuindo a enfermeiros e ACS papel de compreensão do território, de vigilância em saúde e de ações comunitárias, enquanto o foco do trabalho médico estava na assistência à demanda espontânea.

A abordagem psicossocial e comunitária na atuação dos médicos mostrou-se frágil. As atitudes eram contrárias à compreensão da saúde como fenômeno complexo, que envolve mais do que a dimensão biológica (Campos, 2011; Ayres, 2004). O pouco que realizavam quanto a ações intersetoriais, de planejamento ou a práticas com competência cultural tinha influência de determinações externas. Em muitos casos se verificou um discurso ambivalente, em que o contato com as condições de vida da população despertava o reconhecimento da necessidade de uma atuação mais comunitária. Ainda assim, foram fortes as expressões de preconceitos em relação à ruralidade e pobreza. A postura prescritiva na comunicação com os usuários dificultava abordar a adesão terapêutica nas contingências diversas nos MRR: sociais, culturais, econômicas e de acesso à informação.

Havia acentuada dissociação dos espaços da UBS e território adscrito no processo de trabalho na ESF, expressa na relação frágil e distante entre médicos, com maior domínio na UBS, e ACS, atuantes nos territórios. A atuação do médico quase sempre desconectada da equipe, com atendimento à demanda espontânea para condições agudas de saúde, “desterritorializada”, era ainda acompanhada da superposição de funções desses médicos com outros pontos de atenção, como o trabalho também desempenhado nos prontos atendimentos desses municípios.

O perfil dos profissionais médicos foi indicativo da dificuldade de alocação de médicos nos MRR do Brasil, como ocorre em outros países (OMS, 2021; WONCA, 2021). O processo de trabalho era marcado pela intermitência do trabalho médico. Embora o PMM fosse importante estratégia de provisão de médicos para MRR, discute-se o quanto pudesse faltar compreensão sobre necessidade de atuação no território e com maior equilíbrio entre acolhimento à demanda e cuidado integral longitudinal pelo próprio perfil dos médicos, em geral iniciando aventureira prática tanto na saúde rural quanto na APS. Os cubanos predominantes no PMM antes, distintamente, tinham formação especializada em APS, maior experiência e notabilizaram-se em ações comunitárias (Franco et al., 2018; Stralen et al., 2021). No Brasil, onde corporações médicas têm estrito controle sobre o mercado de trabalho, com favorecimento da prática privada-liberal (Ney e Rodrigues, 2012), MRR se colocam à margem do *ethos* médico e se tornam lugar para aqueles formados no exterior, através do PMM.

A pesquisa alcançou um perfil de médicos majoritariamente vinculada ao PMM, no período de quase um ano após a saída dos médicos cubanos. A provisão de médicos após a saída de Cuba em função das posições do governo Bolsonaro (2019-2022) se caracterizou pela inserção de brasileiros, com origem e formação externa aos MRR, a maioria fora do país. Internacionalmente, é comum que áreas rurais e remotas sejam servidas por estratégias de recrutamento de médicos de origem estrangeira (OMS, 2021). Neste estudo, entretanto, os jovens médicos que ingressavam nos MRR e na APS tinham horizonte curto de atuação, até revalidação de diploma e especialização.

A inserção nos MRR assemelhava-se a certo desterro. De certo os médicos tinham que buscar sua própria territorialidade, tal como no estudo de Allan et al. (2008), e vivenciavam um espaço em que direitos sociais estavam, de modo geral, fora do alcance da população. As atitudes discriminatórias dos médicos, que se repetem na saúde rural mundo afora (Strasser et al., 2016, WONCA, 2021), reafirmam um significado de ruralidade em oposição e reminiscência ao urbano (Carneiro e Sandroni, 2019). Atuar em MRR e na APS se colocava como um “não-lugar” (Santos, 2008) aos médicos, em sua imagem de elevada posição social.

Um achado relevante na análise de conteúdo das entrevistas dos médicos foi a indissociabilidade de um saber fazer com um saber ser, pois as posturas dos médicos diante da ruralidade tinham franca relação com o que realizavam. Tal saber fazer/ser na aplicação de conhecimentos para o trabalho faz parte da noção de competência, que engloba conhecimentos, habilidades e atitudes (Fernandez et al., 2012) e expressam uma práxis dialética (Campos, 2011; Cecílio, 2007), reconhecida por competências desenvolvidas a priori e a posteriori na atuação em MRR.

Constatou-se, afinal, uma atuação com generalizada restrição, fosse pelo cenário próprio dos MRR, sem configurações específicas da ESF, fosse pelos médicos mesmos, desde sua trajetória a seu exercício na assistência e na abordagem às pessoas de MRR. Um constrangimento importante à atuação dos médicos foi a marcante restrição de recursos diagnósticos e terapêuticos, suficientes somente para prestação de serviços básicos mínimos. A estrutura dos serviços de APS em MRR era importante condicionante das práticas, com sustentação administrativa e financeira restrita, concentração na sede municipal e relativo isolamento do restante da rede de atenção que resultavam na priorização de problemas de saúde mais imediatos. A ESF funcionava quase como extensão dos prontos atendimentos de centros de saúde e pequenos hospitais dos MRR.

Inadequação das condições de infraestrutura e insumos costuma ocorrer com maior

frequência na APS rural em países mais pobres, refletindo sua posição periférica nesses sistemas de saúde (Franco et al., 2021). Uma APS efetiva requer grandes e contínuos investimentos. Os custos da APS em áreas rurais e remotas, com a particularidade da deseconomia de escala, são debate em todo o mundo (Thomas et al., 2017). No Brasil, faltam políticas mais específicas que garantam recursos de manutenção de infraestrutura na APS e que conformem modelos mais adequados da ESF aos desafios de territórios de MRR (Almeida et al., 2021). Ademais, políticas universais e integrais na APS têm sido ameaçadas no país (Giovanella et al., 2020). Esse constrangimento ao modo de atuação na ESF converge com ameaças a um modelo territorializado de APS em curso no país, a partir de uma inflexão explicitamente voltada a uma agenda neoliberal desde o governo Temer (Faria, 2020; Giovanella et al., 2020).

O dilema, portanto, não era exatamente sobre uma atuação ou na UBS ou no território, mas sobre uma atuação conforme o modelo da ESF, em suas características mais essenciais, incluindo a prática territorializada (Brasil, 2012, 2017; Giovanella et al., 2020). De fato, outros estudos (Almeida et al., 2021; Pessoa et al., 2018) mostram que, em vez de territórios contíguos às UBS, administram-se territórios extensos na ESF em MRR, com populações de difícil acesso geográfico, espalhadas sobretudo em pequenas comunidades nos interiores dos MRR. Mesmo assim, outras realidades que enfrentam a remotidade e rarefação da população, por exemplo na Austrália, deseconomias de escala na saúde rural são abordadas com modos diferentes de organização, em que territórios mais remotos tendem a ter conformações mais integradas e integrais da APS (Wakerman et al., 2008).

Conforme Paim (2012), o processo de trabalho se refere às combinações tecnológicas orientadas pelos modelos de saúde, pois estes são “(...) uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados na prática de saúde” (p.463). O que se percebe é que a falta de um arranjo territorializado de práticas na ESF próprio a cenários rurais e empecilhos de FTS servem de justificativa para delinear um processo de trabalho na APS conforme modelo hospitalocêntrico. Não há compreensão de um conceito de saúde com necessidade de serviços contínuos e baseados na oferta, mas sim de serviços pontuais e baseados na demanda, determinados pela lógica da doença.

A atuação foi muito baseada no cuidado de âmbito individual e biomédico, embora na perspectiva do melhor exercício profissional possível e, por vezes, reforçada pela organização do processo de trabalho. Realçou-se positivamente, por exemplo, a ampla capacidade resolutiva de alguns médicos e a promoção de hábitos mais saudáveis, porém, ainda distante do prisma de uma clínica ampliada (Campos et al., 2014). Mesmo



considerando os constrangimentos organizacionais para práticas mais abrangentes, o foco predominante sobre a atenção individual remete a uma prática de período prévio ainda ao SUS, que, sem interferir sobre a determinação social na saúde-doença, mantém e reproduz amarras da estrutura de classes (Arouca, 1975; Donnangelo, 1976). Para Carrol et al. (2015), a base para mudar modelos de saúde rural pautados no cuidado individual e a doenças agudas é a integração e participação comunitária.

Os achados mostram que é necessário associar à agenda para demanda espontânea a agenda para ações programadas de vigilância em saúde e de prevenção de problemas específicos do território. Denotou-se as visitas domiciliares como proeminente meio de acompanhar as linhas de cuidado, de reconhecer o território e de integração com ACS. Estudos nacionais e internacionais destacam relevância da atuação integrada às equipes de APS de agentes comunitários, com fundamental ampliação do escopo de práticas em áreas rurais (Labhardt, 2010; Garnelo et al., 2020; Lima et al, 2021).

A análise reitera recomendações de outros trabalhos para superar desafios presentes no processo de trabalho na ESF em MRR. A desconcentração de UBS e equipes nas comunidades dos interiores e necessária territorialização que considere acessibilidade e conte com efetiva participação popular se alinha às distinções de espaços nos MRR e necessidade de distribuição mais equitativa de serviços de saúde em favor dos interiores (Almeida et al., 2021; Fausto et al., 2022). A oferta regular e acessível de transporte nos MRR e a melhora de condições para prática territorializada dos profissionais de saúde, destinando mais recursos à frota, pontos de apoio e vias de acesso também são indicados por outros autores (Pessoa et al., 2018; Savassi et al., 2018). Arranjos alternativos da ESF, como ESF ribeirinha e fluvial, apesar de pouco implantados (Carneiro et al., 2017), são bons exemplos de processos de trabalho que se adequam à realidade de seus territórios, mantendo a APS sob perspectiva do modelo da ESF e prevendo condições diferenciadas (Brasil, 2018). A atenção itinerante pode ser estratégia pertinente na APS em MRR, se bem desenhada. Na Austrália algumas formas para esse itinerário no território em áreas rurais e remotas já vem sendo observadas, como modelos *hub-and-spoke* – remontando a padrões da aviação, de distribuição de viagens a partir de um centro (*hub*) – e *fly-in-fly-out* – semelhante à atuação em campos de petróleo e mineração, de períodos integrais de trabalho compensados após com tempo livre (Wakerman et al., 2008).

A pesquisa corrobora importância de programas federais de provisão de profissionais na ESF. O PMM prova ser estratégia ampla e bem-sucedida, que deve ser reforçada e desenvolvida, em vez de desmontada, com retrocessos à universalidade do SUS/ESF

(Giovanella et al., 2020; Stralen et al., 2021). Considerar um modelo assistencial apropriado implica necessariamente em observar a gestão da FTS (OMS, 2021; Almeida et al., 2021). Reconhece-se que, embora não se resolva totalmente o problema da rotatividade médica, demanda-se mecanismos, de preferência em nível estadual/regional, que garantam atuação adequada de médicos nos serviços de APS e demais pontos da rede.

As restrições à qualificação e educação permanente em MRR ampliava as dificuldades para a atuação médica. O acesso à formação em saúde, graduação e pós-graduação, é desafio crucial para atração e atuação em áreas rurais e remotas, com grande potencial do ensino à distância, verificado neste e em outros trabalhos (Strasser et al., 2016; Stralen et al., 2021; WONCA, 2021; OMS, 2021). A tese indica a premência de formação médica para a APS, em diferentes níveis, com currículos e práticas dedicadas a cenários rurais. Uma estratégia a ser reforçada é a atuação médica na APS a partir da Medicina de Família e Comunidade, que se ancora em princípios da Conferência de Alma-Ata, por atributos sistematizados por Starfield (2002) e por uma medicina centrada na pessoa (WONCA, 2021; Coelho et al., 2019). No entanto, é preciso que seja direcionada a um sentido público, uma vez que também esta especialidade está sujeita à captura do mercado privado (Giovanella et al., 2020). Tal contradição ressalta a importância de se fortalecer nos processos formativos os valores e objetivos do trabalho em saúde, sua racionalidade da práxis, mais que tecnológica, e a produção compartilhada de cuidado (Campos, 2011; Cecílio, 2007).

Esforços em formação e carreira médica no setor público para APS em MRR podem mudar distorções na trajetória dos médicos e incentivar a atuação mais ampliada e abordagem integral da saúde. Esses investimentos precisam ocorrer tendo por base o modelo preconizado pela ESF, com os atributos da APS, o trabalho em equipe, o empoderamento e participação popular. Vale ainda incluir as competências previstas no âmbito da Medicina de Família e Comunidade, como a medicina centrada na pessoa e a atuação de caráter mais abrangente no processo saúde-adoecimento, como fenômeno biopsicossocial, a partir do paradigma sistêmico.

Como limites, destaca-se que a opção da análise sobre perspectiva em âmbito nacional dificultou um foco para as regiões, apesar de outras análises terem tido esse olhar mais específico para as áreas da pesquisa. Neste trabalho não foi possível identificar tipos ou padrões regionais, cuja visão mais detalhada seria importante, pois são variados os contextos, conformando desafios particulares às práticas dos médicos na APS em MRR. Ademais, participar de um projeto mais amplo traz grandes vantagens, como a possibilidade

de apreciar diferentes campos de pesquisa, que um pesquisador individualmente não seria capaz de percorrer, contudo impõe condicionantes, já que a pesquisa nacional precisa contemplar objetivos para além daqueles específicos da atuação dos médicos.

Outra limitação foi que a perspectiva dos médicos sobre sua própria atuação na ESF em territórios rurais remotos era parcial, com pouco tempo de atuação. Particularmente, a pesquisa se desenvolveu poucos meses após a saída dos médicos cubanos do PMM. Não obstante, a própria intermitência do trabalho médico pôde ser captada como elemento de realidade em MRR. Outros estudos podem compor ângulos distintos de análise, incluindo como sujeitos de pesquisa gestores, usuários, enfermeiros e ACS. Além da questão da saída de Cuba do PMM, desde 2019, quando foi realizada a pesquisa de campo, houve mudanças significativas na Atenção Básica, como o lançamento de políticas de retrocesso no governo Bolsonaro e a pandemia de coronavírus, sendo, portanto, importante ter em conta a discussão dos achados para o contexto atual.

Vale sublinhar ainda que a revisão integrativa de literatura, mesmo vasta e com amplo panorama global, pela restrição ao idioma inglês, não pôde captar experiências discutidas em contextos rurais remotos de regiões do mundo, em particular da América Latina. A opção por artigos comunicados em língua inglesa se deveu ao escopo internacional pretendido na revisão. Contudo, reconhece-se que experiências de formação e atuação médica de base territorial e comunitária mais consistentes acontecem em nosso continente (Giovanella, 2015). Países ocidentais, especialmente de origem anglo-saxã, quando fazem abordagem de base territorial na APS, fazem-no mais de modo paralelo à equipe, não raro, médico-centrada.

Em síntese, destaca-se três pontos principais de corolário da tese, a partir da análise da atuação dos médicos da APS em territórios rurais remotos:

- **Um modelo diferenciado de ESF para as especificidades de territórios rurais remotos.** Significa reconhecer o papel essencial dos ACS, da integração entre os membros da equipe da ESF, inclusive Naf, e de redes de atenção à saúde também mais integradas. Quer dizer ainda reconsiderar o arranjo centralizado nos MRR e construir um desenho de práticas itinerantes da equipe da ESF bem formulado, para garantir atenção longitudinal regular e equânime. Implica em aportar mais recursos nesses territórios, com investimentos em infraestrutura logística e na capacidade de práticas avançadas.
- **Uma política de FTS para o SUS mais robusta, com particular atenção a territórios rurais remotos.** É mister compreender que tais territórios dependem de

mecanismos além dos estabelecidos simplesmente pelo mercado de trabalho. Neste sentido, requerem a retomada de um projeto político amplo sobre a FTS, que permita uma disponibilidade contínua de médicos e demais profissionais de saúde, sem limitar-se apenas à provisão emergencial. Ressalta-se a importância de fortalecer e valorizar os vínculos de prestação pública de serviços, com especial atenção a MRR, cuja realidade de múltiplos empregos dos médicos, em particular, erode predicados da APS.

- **Um saber fazer e ser na APS singularizado aos territórios rurais remotos.** São métodos de abordagem resolutivos, singulares e abrangentes na prestação de cuidados aos usuários desses territórios, que reiteram uma clínica ampliada. Além disso, precisam superar o preventivismo para uma atuação pautada em um paradigma de processo saúde-adoecimento-cuidado. São também habilidades e atitudes de relação com as pessoas, os lugares e os territórios, que demandam desenvolvimento, em um caminho de desconstrução e co-construção. É necessário chamar a atenção para uma problematização sobre o status do médico na estrutura social, na qual sua relação com territórios rurais remotos se coloca em grande descompasso. Portanto, sobressaem-se esforços em formação, especialmente para estudantes com origem nesses territórios, e valorização de uma prática médica especializada na APS, sobretudo da especialidade de Medicina de Família e Comunidade, propriamente para cenários rurais e remotos.

Esses pontos identificam linhas gerais de base a proposições de arranjos de atuação na ESF em territórios rurais remotos que devem ser formuladas no âmbito local, valorizando a criatividade, a participação social e a adequação aos contextos, tendo em vista os modos de vida e de uso do território. Para realidades ribeirinhas e fluviais, os arranjos alternativos da ESF ribeirinha e fluvial podem ser implantados de forma mais plena, realizando-se os necessários ajustes à dinâmica das populações. Para outros rurais remotos, há ainda um vácuo de proposições mais concretas, em que os entes federal e estadual têm capacidade de induzir e orientar, especialmente a partir do planejamento regional, respeitando-se a diversidade territorial, com suas soluções próprias.

Emergem dos resultados da tese alguns elementos para desenhar modelos assistenciais em territórios rurais remotos que podem ser observados e incorporados, como a territorialização, a composição das equipes, a agenda de atividades, as instalações e recursos para as ações, a gestão de FTS e o financiamento das equipes nos territórios rurais

remotos.

Os achados demonstram que a territorialização precisa considerar que as equipes sejam dispostas em UBS mais próximas das diversas comunidades presentes nos MRR, não apenas na sede municipal. Essa territorialização deve ser realizada com participação social, sendo coerente aos fluxos do território, adequando-se a movimentos como os de *outshopping* e provendo à população transporte acessível e regular aos serviços de saúde. Vale lembrar que a extensão dos territórios deve ser conformada de maneira que os profissionais consigam alcançar e serem alcançados por todos seus usuários adscritos, apropriando-se de fato do território como matriz de cuidado.

No rural remoto, requer-se uma composição diferenciada e flexível nos membros da equipe. Reforça-se a crucial importância dos ACS, respeitando limites de inserção em comunidades que permitam a eles ser atuantes e familiarizados com o dia-a-dia de suas microáreas. A quantidade de técnicos de enfermagem e eventualmente de enfermeiros pode ser mais elevada nas equipes, possibilitando maior oferta de cuidados. Os ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiros têm o potencial de desenvolver práticas avançadas, com mudanças de tarefas (*task shifting*), com colaboração dos médicos. O Nasf nas equipes rurais remotas é muito importante também no sentido da ampliação das práticas. Uma das mais destacadas diferenças das equipes de ESF para MRR é a inclusão dos condutores de veículos, especificamente previstos como membros da ESF nessas localidades.

A agenda das atividades precisa ser organizada de modo a atender demanda espontânea e programada, com ações tanto na UBS quanto no território, que deem conta do adoecimento agudo e crônico, bem como da vigilância em saúde, do acompanhamento da situação de saúde e da promoção da saúde dos usuários, sob ponto de vista individual, familiar e coletivo. A jornada deve ser maleável o suficiente para absorver volume variável de consultas conforme o acesso dos usuários e os deslocamentos dos profissionais. Dada ainda a importância do apoio pessoal e familiar aos profissionais, de considerar seu processo de adaptação e das demandas de formação e educação permanente, é possível prever cargas horárias flexíveis e alternância de equipes, desde que mantida a formalização e a estreita integração, para que não se rompam o vínculo e o cuidado longitudinal dos profissionais a seus usuários. Ressalta-se que a agenda pode ser composta de ações itinerantes nas comunidades e domicílios do território, mas é mister frisar a regularidade do itinerário, garantindo efetivamente presença contínua nas localidades. As diretrizes da ESF fluvial e ribeirinha dão bons parâmetros de jornada e agenda dos profissionais, marcando-se, contudo, a necessidade de intervalos mais próximos no acompanhamento das populações rurais

remotas.

As instalações e recursos para as ações de equipes de ESF rurais remotas, igualmente, devem ser mais variadas. Unidades satélites, devidamente cadastradas e com condições de oferecer respostas concretas aos cuidados dos usuários, são estratégias que podem ser atulizadas. Para que sejam efetivas, tais unidades precisam de infraestrutura adequada, incluindo TIC, e de insumos, medicamentos e testes diagnósticos, com exemplos destacados na literatura de práticas avançadas de enfermeiros e, em algumas experiências, de agentes comunitários (Brieger et al., 2015; Labhardt et al., 2010), em linhas de cuidado e protocolos específicos, que propiciam melhor aproveitamento e acesso seguro da população a cuidados nas unidades satélites. Outro recurso imprescindível são os veículos, para garantir o transporte da população e para o deslocamento dos profissionais. Há que se prever às equipes rurais remotas de ESF meios de locomoção adequados às vias de acesso no território, com combustível, manutenção e troca periodicamente, permitindo oferta constante das ações nos territórios.

A gestão da FTS se sobressai nos artigos da tese, a partir da necessidade de uma política específica para territórios rurais remotos, dentro de um projeto nacional mais amplo para a FTS. Tal gestão perpassa formação, educação permanente, carreira e provisão de profissionais, em especial os médicos. Fica claro que a origem local dos estudantes e trabalhadores deve ser incentivada e que benefícios devem ser concedidos para estimular a atração e fixação de profissionais nessas localidades.

Em termos de formação, esforços devem ser realizados *para e com* os médicos de MRR, tanto em nível de graduação (escolas/faculdades rurais, vivências rurais remotas, conteúdo de saúde rural remota), quanto de pós-graduação, especialmente no que toca à residência de Medicina de Família e Comunidade e outras especializações, mas também de produção de pesquisa. A educação permanente é crucial, uma vez que é comum que médicos venham de formação em lugares diversos, inclusive do exterior, para atuar em realidade socio sanitária que desconhecem, ademais de sua possibilidade de reconstrução crítica de um saber fazer/ser no rural remoto. Vale pontuar novamente a centralidade das TIC na oferta tanto de cursos quanto de supervisões clínico-pedagógicas para áreas afastadas de polos educacionais.

Carreira para médicos em territórios rurais remotos certamente é necessária, com vínculo forte e público. O arranjo interfederativo na implantação das carreiras é fundamental para a maioria dos MRR, sendo estratégica sua perspectiva dentro do âmbito regional. Um quesito primordial na gestão de FTS é a provisão, que deve ter iniciativa perene para

territórios rurais remotos, por meio de incentivos e mecanismos que regulam período de práticas nesses territórios.

Por último, aponta-se um financiamento diferenciado para a saúde em territórios rurais remotos, levando em conta que é preciso relativizar a economia de escala em prol do acesso com equidade em MRR. Uma noção de custo-eficiência, parte da concepção neoliberal de cobertura universal da APS, revela-se não apenas insuficiente como injusta a esses territórios, não à toa sendo invisibilizados. O financiamento nesses espaços requer montantes significativos em investimentos públicos, com base na solidariedade e no reconhecimento da dignidade de modos de vida e uso do território outros, que não aqueles impostos por verticalidades urbano-centradas.

Contribuindo com análise sobre regiões que não têm sido o campo prioritário das investigações em Saúde Coletiva, a interpretação dos resultados trouxe à tona desafios, disposição organizacional, competências e influências da inserção dos médicos em sua atuação na ESF em MRR. Em populações urbanas, a atuação na ESF restrita, desvinculada do território, organizada a partir da demanda espontânea e tensionada pelo modelo biomédico também ocorre, mas para populações rurais rarefeitas se constituem em desafios adicionais, sem políticas próprias para atuação nessas realidades, que reforçam uma concepção seletiva de APS. Mesmo reconhecendo que a presença desses médicos é essencial para garantia do acesso à saúde nos MRR, os achados apontam para necessário maior desenvolvimento da prática integral na ESF em MRR, sugerindo incisivo direcionamento público na formação e carreira da FTS na APS para o SUS. Levantam-se possibilidades de novos modelos, condizentes com propósitos da ESF de uma APS comunitária e territorializada.

## REFERÊNCIAS

- ALLAN J, BALL P, ALSTON M. 'You have to face your mistakes in the street': the contextual keys that shape health service access and health workers' experiences in rural areas. *Rural Remote Health* 2008; 8(1): 835.
- ALMEIDA PF, SANTOS AM, CABRAL LMS, FAUSTO MCR. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(11):e00255020.
- AMBRUOSO L, MERWE M, WARIRI O, BYASS P, GOOSEN G et al. Rethinking collaboration: developing a learning platform to address under-five mortality in Mpumalanga province, South Africa. *Health Policy Plan* 2019; 34(6): 418-429.
- ANDERSON MIP, RODRIGUES RD. O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade. *Revista HUPE* 2016; 15(3): 242-252.
- ARAÚJO E, MAEDA A. *How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: A Guidance Note*. Washington: Health, Nutrition and Population Family: Human Development Network: World Bank, 2013. (Série Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper).
- AROUCA SAS. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [tese]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975. 261 p.
- AYRES JRCM. O cuidado, os modos do (ser) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade* 2004; 13(3): 16-29.
- BOUSQUAT A, GIOVANELLA L, FAUSTO MCR, FUSARO ER, MENDONÇA MHM et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública* [online] 2017; 33(8): e00037316.
- BOUSQUAT A, FAUSTO MCR, ALMEIDA PF, LIMA JG, SOUSA ABL et al. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev Saude Publica* 2022; 56:73.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. *Política nacional de Atenção Básica*. Diário Oficial da União. 26 Mar 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. 1a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2a. ed. Brasília: Ministério da



Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Oficina de equipes de Saúde da Família Ribeirinha e equipes de Saúde da Família Fluvial* [apresentação]. Marabá: 2018. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/Oficina\\_eSFF\\_eSFR\\_AB\\_Maraba.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/Oficina_eSFF_eSFR_AB_Maraba.pdf). Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.979, de 12 de novembro de 2019. *Institui o Programa Previne Brasil*. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.

CAMPOS GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cien Saude Colet* 2000; 5(2): 219-230.

CAMPOS GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3033-3040.

CAMPOS GWS, FIGUEIREDO MD, JUNIOR NP et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)* 2014; 18 Supl.1:983-995.

CAREY TA, SIRETT D, WAKERMAN J, RUSSEL D, HUMPHREYS JS. What principles should guide visiting primary health care services in rural and remote communities? Lessons from a systematic review. *Aust J Rural Health*. 2018; 26(3): 146-156.

CARNEIRO FF, PESSOA VM, TEIXEIRA ACA (orgs). *Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde*. Brasília: Editora UnB, 2017.

CARNEIRO MJ, SANDRONI L. Tipologias e significados do “rural”: uma leitura crítica. In: LEITE SP, BRUNO R (orgs.). *O rural brasileiro na perspectiva do século XXI*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2019, pp. 43-58.

CARVALHO M, SANTOS NR, CAMPOS GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde Debate* 2013; 37(98): 372-387.

CASTRO ALB, MACHADO CV, LIMA LD. Financiamento da Atenção Básica no Brasil. In: MENDONÇA MHM et al. (orgs.). *Atenção primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018: pp.73-94.

CECÍLIO LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(22): 345-363.

CHATER AB, ROURKE J, STRASSER R, COUPER I, REID S. *WONCA Rural Medical Education Guidebook*. St. John’ Newfoundland: Memorial University of Newfoundland,

2016.

COMISSÕES DE COORDENAÇÃO ESTADUAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS (CCE). *Nota nacional sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil*. Ofício 002/2022. Brasil, 31 de maio de 2022.

COIMBRA JR. CEA. Saúde Rural no Brasil: tema antigo mais que atual. *Rev Saúde Pública* 2018; 52(Supl.1): 2s.

CONILL EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 1417-1423.

COSTA LA, CARNEIRO FF, ALMEIDA MM, MACHADO MFAS, DIAS AP et al. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. *Saúde Debate* 2019; 43(spe8): 36-49.

COUTO MP. *O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil*. 2015. 198p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2015.

COMISSÃO PASTORAL DA TERRA (CPT). *Conflitos no Campo Brasil 2017* [online]. 2017. Disponível em: <https://www.cptnacional.org.br/publicacoes-2/destaque/4371-conflitos-no-campo-brasil-2017>. Acesso em: 05 fev. 2021.

DELGADO NG, LEITE SP, SCHMITT CJ, GRISA C, KATO K et al. Concepções de ruralidade e políticas públicas na América Latina e na Europa: análise comparativa de países selecionados. In: MIRANDA C, SILVA E (orgs.). *Concepções de ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras*. Brasília: IICA, 2013a, pp. 149-352. Série Desenvolvimento Rural Sustentável, v.21.

DELGADO NG, LEITE SP, SCHMITT CJ, GRISA C, KATO K et al. Tipologias de ruralidade em agências multilaterais e organismos internacionais selecionados. In: MIRANDA C, SILVA E (orgs.). *Concepções de ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras*. Brasília: IICA, 2013b, pp. 77-148. Série Desenvolvimento Rural Sustentável, v.21.

DONNANGELO MCF. Medicina na Sociedade de Classes. In: DONNANGELO MCF, PEREIRA L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ELLERY AEL, PONTES RJS, LOIOLA FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis* 2013; 23(2): 415-437.

FARIA RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(11):4521-4530.

FAUSTO MCR, ALMEIDA PF, BOUSQUAT A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA

- MHM et al. (orgs.). *Atenção primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018: 51-72.
- FAUSTO MCR, FONSECA HMS, PENZIN VM. *Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil [Relatório]*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz. 2019. Disponível em: <https://apsmrr.com.br>. Acesso em: 16 nov. 2022.
- FAUSTO MCR, GIOVANELLA L, LIMA JG, CABRAL LMS, SEIDL H. A sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Cien Saude Colet* 2022; 27(4): 1605-1618.
- FENNER ALD, MACHADO JMH, SOUZA MS, MAIOLI OMG (orgs.). *Saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas: a Fiocruz e sua atuação estratégica na temática de saúde e ambiente relacionada aos povos e populações do campo, da floresta e das águas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. Disponível em: [https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/07\\_saude\\_POVOS\\_final\\_.pdf](https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/07_saude_POVOS_final_.pdf). Acesso em: 05 fev. 2021.
- FERNANDEZ N, DORY V, STE-MARIE LG et al. Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence. *Medical Educ* 2012; 46:357-365.
- FLOSS M, FRANCO CM, MALVEZZI C, VIEIRA KV, COSTA BR et al. A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. *Cad Saude Pública* 2020; 36(7): e00108920.
- FRANCO CM, ALMEIDA PF, GIOVANELLA L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Pública* 2018; 34(9): e00102917.
- FRANCO CM, LIMA JG, GIOVANELLA L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saude Publica* 2021; 37(7):e00310520.
- FRANCO CM, GIOVANELLA L, BOUSQUAT AM. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? *Cien Saude Colet* [internet] (2022/Set). *Epub ahead of print*.
- GARNELO L, PARENTE RCP, PUCHIARELLI MLR, CORREIA PC, TORRES MV et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health* 2020; 19(1):54.
- GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA L et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012: p.493-546.
- GIOVANELLA L. *Atención Primaria de Salud em Suramérica*. Rio de Janeiro: Instituto Sul-americano de Governo em Saúde, ISAGS, 2015. Disponível em: [http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_saude\\_2015\\_esp-2.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf). Acesso em: 06 mar. 2023.

GIOVANELLA L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saude Publica* [internet] 2018; 34(8).

GIOVANELLA L, FRANCO CM, ALMEIDA PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1475-1482.

GIRARDI SN, STRALEN ACS, CELLA JN, WAN DER MAAS L, CARVALHO CL et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciêns Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2675-2684.

GORSCHER RG, WOLOSCHUK W. Rural physicians' skills enrichment program: a cohort control study of retention in Alberta. *Aust J Rural Health* 2012; 20(5):254-258.

GRISA C, DELGADO NG. Entre a concepção e a implementação das políticas territoriais no Brasil: ideias, interesses e instituições na governança multinível. In: Leite SP, Bruno R (orgs.). *O rural brasileiro na perspectiva do século XXI*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2019, pp. 227-248.

GROBLER L, MARAIS BJ, MABUNDA S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; 6: CD005314.

GRUEN RL, WEERAMANTHRI TS, KNIGHT SE, BAILIE RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; 4: CD003798.

HAGGERTY JL, ROBERGE D, LÉVESQUE JF, GAUTHIER J, LOIGNON C. An exploration of rural-urban differences in healthcare-seeking trajectories: implications for measures of accessibility. *Health Place* 2014; 28:92-98.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (ILO). *Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries*. ESS document n.47, 2015.

JOLLIVET M. *Pour une Science Sociale à travers champs*. Paris: Arguments, 2001 [1997].

KIELING RI, SILVEIRA LL. O rural, o urbano e o continuum urbano-rural no contexto do desenvolvimento regional. *Erechim* 2015; 39(148): 133-143.

KULIG JC, ANDREWS MA, STEWART NL, PITBLADO R, MACLEOD MLP et al. How do registered nurses define rurality? *Aust J Rural Health* 2008; 16(1): 28-32.

LABHARDT ND, BALO JR, NDAM M, GRIMM JJ, MANGA E. Task shifting to non-physician clinicians for integrated management of hypertension and diabetes in rural

Cameroon: a programme assessment at two years. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 339-340.

LERMEN Jr. N (org.). *Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015.

LEITE SP, BRUNO R (orgs.). *O rural brasileiro na perspectiva do século XXI*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2019.

LIMA JG, GIOVANELLA L, FAUSTO MCR, ALMEIDA PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(8): e00247820.

MACINKO J, GUANAIS FC, SOUZA MFM. Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1): 13-19.

MACINKO J, DOURADO I, AQUINO R, BONOLO PF, LIMA-COSTA MF et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff* 2010; 29(12): 2149-2160.

MALTA DC, SANTOS MAS, STOPA SR, VIEIRA JEB, MELO EA et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciê Saúde Coletiva* 2016; 21(2): 327-338.

MARTIN A, O'MEARA P, FARMER J. Consumer perspectives of a community paramedicine program in rural Ontario. *Aust J Rural Health* 2016; 24(4): 278-283.

MCFARLANE KA, JUDD J, WAPAU H, NICHOLS N, WATT K et al. How primary health care staff working in rural and remote areas access skill development and expertise to support health promotion practice. *Rural Remote Health* 2018;18(2): 4413.

MCGRAIL MR, HUMPHREYS JS. Spatial access disparities to primary health care in rural and remote Australia. *Geospat Health* 2015; 4(10):358.

MEDINA MG, ALMEIDA PF. *Programa Mais Médicos no Brasil: Panorama da Produção Científica*. Brasília: OPAS, 2017.

MEHRY EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MELO MA. Parâmetros do Programa Previne Brasil e os impactos na Atenção Básica no SUS. In: GIOVANELLA L (coord.). *Previne Brasil: destruição da APS no SUS? Aspectos críticos e proposições para o financiamento de uma APS integral, resolutiva, de base territorial e comunitária*. 1º. Seminário Rede APS 2022 [online]. Abrasco, 8 de julho de 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zBcK3OsH4kg>.

MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-enferm* 2008; 17(4):758-764.

MENDES-GONÇALVES RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR, 1992. [Cadernos CEFOR – Textos 1].

MENY I, THOENIG JC. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel Ciencia Política, 1992.

MINAYO MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2014.

MIRANDA C, SILVA E (orgs.). *Concepções de ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras*. Brasília: IICA, 2013. Série Desenvolvimento Rural Sustentável, v.21.

MONKEN M, BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(3):898-906.

MOREIRA RJ. Identidades rurais, natureza, multiplicidades e subalternia. In: LEITE SP, BRUNO R (orgs.). *O rural brasileiro na perspectiva do século XXI*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2019: 21-42.

MOROSINI MVGC, FONSECA AF, LIMA LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018; 42(116): 11-24.

NAEEM SB, BHATTI R. Clinical information needs and access in primary health care: a comparative cross-sectional study of rural and non-rural primary care physicians. *Health Info Libr J*. 2015; 32(4): 287-299.

NETTO JJM, RODRIGUES ARM, ARAGÃO OC, GOYANNA NF, CAVALCANTE AES et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2018; 4: e2.

NEY MS, RODRIGUES PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2012; 22(4):1293-1311.

NORONHA JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(5): 847-849.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *OECD regional typology* [internet], 2010. Disponível em: [https://www.oecd.org/cfe/regional-policy/OECD\\_regional\\_typology\\_Nov2012.pdf](https://www.oecd.org/cfe/regional-policy/OECD_regional_typology_Nov2012.pdf). Acesso em: 16 nov. 2022.

OLIVEIRA FP, VANNI T, PINTO HA, SANTOS JTR, FIGUEIREDO AMN et al. “Mais Médicos”: um programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54): 623-634.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Mundial da Saúde. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Mundial da Saúde. *Rural poverty and health systems in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010b. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/rural-poverty-and-health-systems-in-the-who-european-region>. Acesso em 20 jan 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Mundial da Saúde. *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*. Geneva: WHO; 2021.

PAIM JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA et al. (orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012: pp.459-492.

PEI H, SUN Y, BAI Z, YU Z, CHANG P et al. Selective admission policy of medical undergraduates in western China: applicants' real attitudes to the choice of a rural medical career. *Rural Remote Health* 2018; 18(4): 4519.

PESSOA VM, ALMEIDA MM, CARNEIRO FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate* 2018; 42 (n.spe 1):302-14.

PINHEIRO R, MATTOS RA (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

PROBST JC, LADITKA JN, LADITKA SB. Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions: an analysis across eight US states. *BMC Health Serv Res* 2009; 31(9): 134.

RASHIDIAN A, JOUDAKI H, KHODAYARI-MOEZ E, OMRANIKHOO H, GERAILI B. The impact of rural health system reform on hospitalization rates in the Islamic Republic of Iran: an interrupted time series. *Bull World Health Organ* 2013; 91(12): 942-949.

REDDY P, HERNAN AL, VANDERWOOD KK et al. Implementation of diabetes prevention programs in rural areas: Montana and south-eastern Australia compared. *Aust J Rural Health* 2011; 19:125-134.

RIDOLFI F, PEETLUK L, AMORIM G et al. TB treatment outcomes in Brazil: different predictors for each type of unsuccessful outcome. *Clin Infect Dis* 2022; 5: ciac541. *Epub ahead of print*.

RODRIGUES RD, ANDERSON MIP. Complexidade e integralidade na medicina de família e comunidade e na Atenção Primária à Saúde: aspectos teóricos. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípio, formação e prática*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2018, v. 1: pp. 81-92.

ROSA JG. *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

- RUIZ ENF, GERHARDT TE. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. *Physis* 2012; 22(3): 1191-1209.
- RUSSELL D, HUMPHREYS J. Meeting the primary healthcare needs of small rural communities: lessons for health service planners. *Rural Remote Health* 2016; 16: 3695.
- SANTOS M. *Território globalização e fragmentação*. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.
- SANTOS M, SILVEIRA ML. *O Brasil. Território e Sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.
- SANTOS M. O Espaço: sistema de objetos, sistemas de ações. In: *Técnica, Espaço, Tempo*. 5ª ed. São Paulo: Edusp, 2008: 85-91.
- SAVASSI LCM, ALMEIDA MM, FLOSS M, LIMA MC. (orgs.). *Saúde no caminho da roça*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.
- SBAROUNI V, TSIMTSIOU Z, SYMVOULAKIS E, KAMEKIS A, PETELOS E et al. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. *Rural Remote Health* 2012; 12: 2156.
- SCHEFFER M (coord.). *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020.
- SCHRAIBER L. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cad Saude Publica* 1995; 11(1): 57-64.
- SILVEIRA ML. Novos acontecimentos, novas territorialidades. In: Dias LC, Ferrari M (orgs.). *Territorialidades Humanas e Redes Sociais*. 2. ed. Florianópolis: Editora Insular, 2013: 39-62.
- SILVEIRA R, PINHEIRO R. Sobre o rural, a interiorização na saúde e a formação médica: concepções e ações com destaque para o contexto da Amazônia Legal. In: PINHEIRO R, LOPES T, MÜLLER NETO JS. *Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. 1ed. Rio de Janeiro: 2013.
- SOUZA MT, SILVA MD, CARVALHO R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 2010; 8(1): 102-106.
- STARFIELD B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- STRALEN ACV, CARVALHO CL, GIRARDI SN et al. O escopo da prática de médicos na atenção primária nas áreas rural e urbana do Brasil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(9):e00211520.
- STRASSER R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Family Practice* 2003; 20: 457-463.



STRASSER R, KAM SM, REGALADO SM. Rural Health Care Access and Policy in Developing Countries. *Annu Rev Public Health* 2016; 37: 395-412.

TARGA LV, ANDO NH, SILVA AL, SILVEIRA RP, ALMEIDA MM, AMARAL FILHO RCG et al. As recomendações da Wonca para a Saúde das Populações Rurais. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 1(80): 4.

THOMAS S, WAKERMAN J, HUMPHREYS JS. What does it cost to provide equity of access to high quality, comprehensive primary health care in rural Australia? A pilot study. *Rural Remote Health* 2017; 17: 4019.

TRAVASSOS C, OLIVEIRA EXG, VIACAVA F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 975-986.

VAZ FILHO FA. *Pajés, benzedores, puxadores e parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia*. Santarém: UFOPA, 2016.

WALLACE RG. *Big Farms Make Big Flu: Dispatches on Infectious Disease, Agribusiness, and the Nature of Science*. Nova York: Monthly Review Press, 2016.

WAKERMAN J, HUMPHREYS JS, WELLS R, KUIPER P, ENTWISTLE P et al. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008; 29(8):276.

WAKERMAN J, HUMPHREYS JS. Sustainable primary health care services in rural and remote areas: innovation and evidence. *Aust J Rural Health* 2011; 19(3): 118-124.

WANDERLEY MNB, FAVARETO A. A singularidade do rural brasileiro: implicações para as tipologias territoriais e a elaboração de políticas públicas. In: MIRANDA C, SILVA E (orgs.). *Concepções de ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras*. Brasília: IICA, 2013, pp. 413-464. Série Desenvolvimento Rural Sustentável, v.21.

WHITTEMORE R, KNAFL K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52(5): 546-553.

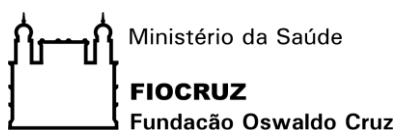
WOLLMANN STN, BANDEIRA CLJ, COSTA MC, WOLLMANN T. Atenção primária em saúde no contexto da ruralidade e os desafios da pandemia do COVID-19: olhar a partir da prática assistencial. *Brazilian Journal of Development*, 2022; 8(1), 6313–6323.

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS (WONCA). *Blueprint for rural health*. Bangladesh: WONCA; 2021.

WONG ST, REGAN S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural Remote Health* 2009; 9(1): 1142.

ZUBIETA L, BEQUET SA. Factors of primary care demand: a case study. *Rural Remote Health* 2010; 10(4): 1520.

## ANEXO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS AOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS



### 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)**

Território: ( ) Matopiba; ( ) Vetor Centro Oeste; ( ) Norte-Águas; ( ) Norte-Estradas;  
( ) Norte de Minas; ( ) Semiárido

Nome do município:

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, microssistemas)
- 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 Atenção Básica? 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
	Sala de vacina ( )sim ( )não
Equipamentos/ Insumos	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
Equipamentos de TIC	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

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 de 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, benzedadeiras, pajés, 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 a 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)!!!**

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, especificar: \_\_\_\_\_

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 (TIC)

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:

---

---

---

---

---

---

---

---