



UMANE



ESTRATÉGIAS E EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE PARA POPULAÇÕES ISOLADAS E REMOTAS

2025





UMANE



ESTRATÉGIAS E EXPERIÊNCIAS EM SAÚDE PARA POPULAÇÕES ISOLADAS E REMOTAS

2025





Sumário dos achados

“Já naquele momento a gente observava o quê? Uma coisa é, quem cria o projeto estar lá em Brasília, São Paulo, no Sul, querer um projeto para ser realizado aqui no Amazonas, né? Porque a gente que já tem uma vivência, que mora em Manaus, a gente já passa despercebido várias situações do que acontece lá no interior, né? E aí a gente começou a trabalhar no projeto, sentir essas dificuldades da metodologia inicial [...] a gente começou a adaptar às nossas condições. E foi exatamente por isso que o projeto deu certo. E se a gente tivesse partido do que tinha sido construído anteriormente? Com certeza a gente ainda ia estar até hoje brigando e não teria construído nada bom.” (Entrevista 2)

Este relatório apresenta os resultados de um estudo conduzido entre agosto de 2024 e fevereiro de 2025, que investigou as estratégias e experiências inovadoras de atenção à saúde voltadas às populações isoladas e remotas, com foco na região Amazônia-águas. O estudo foi orientado por duas perguntas centrais: (1) Quais são as estratégias e experiências inovadoras de atenção à saúde dessas populações? (2) Quais recomendações podem ser feitas para promover a implementação e garantir a equidade no acesso à saúde nesses territórios?

A pesquisa abrangeu territórios rurais e remotos, analisando as particularidades geográficas, sociais e culturais que impactam a organização e oferta dos serviços de saúde. A partir de visitas de campo e entrevistas com profissionais de saúde, gestores públicos, comunidades e lideranças, foi possível mapear desafios e iniciativas dos serviços existentes, os fluxos de atendimento e a relevância das especificidades locais, que perpassam complexidades que vão do ciclo das águas e de saberes tradicionais incorporados às linhas de cuidado e processos de trabalho.

Foram identificados desafios significativos, como a inacessibilidade estrutural das unidades de saúde, a precariedade das infraestruturas energética e digital, a descontinuidade dos serviços fluviais, a escassez de profissionais e de formação adequada e a falta de integração entre diferentes níveis de atenção à saúde e políticas intersetoriais. Ademais, barreiras geográficas e econômicas acentuam as desigualdades de acesso, impactando especialmente comunidades ribeirinhas e quilombolas.

Apesar dos desafios, o estudo também revelou soluções locais criativas e sustentáveis, como a articulação de parcerias entre profissionais de saúde e organizações comunitárias, o fortalecimento do papel dos Agentes Comunitários de Saúde, o uso de telessaúde para suporte e formação, e a implementação de tecnologias simples para melhorar o abastecimento de água e energia. Soluções estas que podem ter resultados melhores com a ampliação em escala.

O relatório conclui com o capítulo “Caminhos a trilhar”, que propõe recomendações práticas para aprimorar a atenção à saúde nessas regiões, incluindo a ampliação do transporte fluvial de pacientes, equipes de saúde e insumos, incentivos para fixação de profissionais, investimentos em infraestrutura e tecnologias de comunicação, e a valorização dos saberes e das práticas de saúde tradicionais, entre outros.

Assim, esta pesquisa oferece um panorama abrangente das condições dos serviços de saúde na Amazônia brasileira e sugere caminhos viáveis para avançar na garantia do direito à saúde para populações remotas e isoladas, promovendo a justiça social e a equidade no cuidado.

FICHA TÉCNICA

Instituto Veredas

www.veredas.org

Autoras e Autores

Aíxa Lopes
Bethânia Suano
Caroline Cardoso
Laura Boeira
Victória Menin

Demandante

Umane
www.umane.org.br

Supervisão

Evelyn Santos e Fabiana Ferraz

Diagramação e capa

Gustavo Veiga

Período de investigação

agosto de 2024 a fevereiro de 2025

Metodologia aplicada

revisão documental, literatura científica, literatura cinzenta e análise de entrevistas virtuais e visitas aos territórios

Revisão e normatização

Bethânia Suano
Danilo Castro

Citação sugerida

LOPES, A.; SUANO, B.; CARDOSO, C.; BOEIRA, L.; MENIN, V. Estratégias e experiências em saúde para populações isoladas e remotas. São Paulo: Instituto Veredas, 2025.

Fotos

Aíxa Lopes, Bethânia Suano, Caroline Cardoso e Victória Menin, do Instituto Veredas; Alejandro Zambrana.

Creative Commons

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os sites nos quais podem ser encontrado o original: www.veredas.org | www.umane.org.br

Número do ISBN: 978-65-89059-20-2

Título: Estratégias e experiências em saúde para populações isoladas e remotas

Formato: Livro Digital

Veiculação: Digital

Índice

Sumário dos achados

1. INTRODUÇÃO	10
2. OS TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NA AMAZÔNIA-ÁGUAS	14
3. CAMINHO METODOLÓGICO	22
4. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E DO PROCESSO DE TRABALHO NA REGIÃO AMAZÔNIA-ÁGUAS E LOCAIS VISITADOS	28
4.1. SERVIÇOS E RECURSOS HUMANOS EXISTENTES	30
4.2. O PAPEL-CHAVE DESEMPENHADO PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	43
4.3. FLUXOS E LOGÍSTICA PARA O ACESSO À SAÚDE	46
4.4. SAÚDE BUCAL NAS COMUNIDADES RURAIS E REMOTAS	50
4.5. INICIATIVAS DE FORMAÇÃO, TELESSAÚDE E COMPARTILHAMENTO DE DADOS	55
4.6. SABERES TRADICIONAIS NAS LINHAS DE CUIDADO EM SAÚDE	63
5. PRINCIPAIS DESAFIOS ENFRENTADOS E SOLUÇÕES LOCAIS	66
5.1. ACESSIBILIDADE E INFRAESTRUTURA DE ATENDIMENTO	69
5.2. LONGAS DISTÂNCIAS FLUVIAIS	73
5.3. ARTICULAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS	76
5.4. RECURSOS HUMANOS E CONDIÇÕES DE TRABALHO	79
5.5. VULNERABILIDADES SOCIAIS E BARREIRAS DE ACESSO	83
5.6. ALIMENTAÇÃO, SAÚDE MENTAL E SAÚDE SEXUAL	87
6. CAMINHOS A TRILHAR - CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	106



Agradecimento

A equipe do projeto agradece a todas as pessoas generosas que contribuíram para elaboração deste estudo, citando as organizações nas quais atuam e que nos receberam virtual e presencialmente de modo tão acolhedor, compartilhando saberes inestimáveis e a esperança de que o direito humano à saúde seja garantido nas mais remotas localidades do território brasileiro. Nosso muito obrigado.

- Brigada de Combate a Incêndios de Afuá-PA
- Casa de Apoio aos Ribeirinhos – Carauari-AM
- Comunidade Nova Esperança- Resex do Médio Juruá –AM
- Comunidade Pupuáí – Resex do Médio Juruá –AM
- Coordenação de Atenção Primária – Carauari-AM
- Coordenação de Saúde Bucal – Ministério da Saúde
- Doutores das Águas
- Federação das Organizações Quilombolas de Santarém – FOQS
- Fundação Amazônia Sustentável FAS
- Grupo de pesquisa Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais
- Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio) – Reserva Extrativista Médio Juruá
- Remotos (APS MRR)
- Projeto OMULU
- Projeto Saúde e Alegria – Santarém-PA
- Quilombo Tiningu – Santarém-PA
- Secretaria Municipal de Meio Ambiente de Afuá-PA
- Secretaria Municipal de Saúde de Afuá-PA
- Secretaria Municipal de Saúde de Chaves-PA
- Secretaria Municipal de Saúde de Santarém-PA
- Telemedicina do Hospital Israelita Albert Einstein

- Telemonitoramento de Pré-Natal de Alto Risco do Estado no Amazonas – TELEPNAR
- Telessaúde UEPA – Universidade Estadual do Pará
- Telessaúde UFPA – Universidade Federal do Pará
- UBS Médico Drº Raimundo Chada – Afuá- PA
- UBS Fluvial – Manicoré-AM
- UBS Fluvial – Afuá-PA
- UBS Augusto Gama – Afuá-PA
- UBS Foz do Canumã-AM
- UBS São Damião – Afuá-PA
- UBS Manoel Perez – Afuá-PA
- USFR Arapixuna – Santarém-PA
- Unidade Mista de Saúde – Afuá-PA

Lista de Abreviaturas

- AC – Acre
- ACE – Agente Comunitário de Endemias
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- AP – Amapá
- APS – Atenção Primária à Saúde
- APS – MRR Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos no Brasil
- AM – Amazonas
- BPC – Benefício de Prestação Continuada
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CaSAPS – Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
- CCBS – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
- CIS – Consórcios Intermunicipais de Saúde
- COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
- DataSUS – Departamento de Informação e Informática do SUS
- DSEIs – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
- EPS – Educação Permanente em Saúde
- ESF – Equipe de Saúde da Família
- ESFF – Equipe de Saúde da Família Fluvial

- FAS – Fundação Amazônia Sustentável
- FOQS – Federação das Organizações Quilombolas de Santarém
- FormaSB – Formação em Saúde Bucal
- Funasa – Fundação Nacional de Saúde
- GTA – Grupo de Transporte Aéreo
- Hcal – Hospital de Clínicas Alberto Lima
- IEPS – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- LGBTQIAPN+ – Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer, Inter-sexo, Assexuais, Pan/Pôli, Não-binárias e mais
- MS – Ministério da Saúde
- NASH – Navio de Assistência Hospitalar
- ONGs – Organizações Não Governamentais
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PA – Pará
- PCCU – Preventivo Câncer de Colo de Útero
- PEC – Proposta de Emenda à Constituição
- PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar
- Proadi – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
- PSF – Programa Saúde da Floresta
- PPI – Programação Pactuada e Integrada
- PSE – Programa de Saúde na Escola
- Resex – Reservas Extrativistas
- Saps/MS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde
- SISAB/e-SUS – APS Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
- Sisreg – Sistema Nacional de Regulação
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- STT – Sistema de Telemedicina e Telessaúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TELEPNAR – Telemonitoramento de Pré-Natal de Alto Risco no Estado do Amazonas
- TRE – Tribunal Regional Eleitoral

- TFD – Tratamento Fora de Domicílio
- TSB – Técnico em Saúde Bucal
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UBSF – Unidade Básica de Saúde Fluvial
- UEPA – Universidade Estadual do Pará
- UFAM – Universidade Federal do Amazonas
- UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
- UFPA – Universidade Federal do Pará
- Unifesspa – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
- UOM – Unidade Odontológica Móvel

Lista de figuras

- Figura 01 – Mapa dos municípios rurais remotos na região Norte-águas, no ano de 2022
- Figura 02 – Caminho metodológico
- Figura 03 – Mapa com a localização das organizações locais abordadas pelo estudo
- Figura 04 – Serviços de saúde existentes na região Amazônia-águas, no ano de 2022

Lista de quadros

- Quadro 01 – Caracterização e Infraestrutura UBS Fluviais conforme preconiza o Ministério da Saúde
- Quadro 02 – Caracterização e processos de trabalho das experiências locais

Anexos

- Anexo 01 – Roteiros de entrevistas semi-estruturadas
- Anexo 02 – Roteiros de visitas (rodas de conversa e observação)
- Anexo 03 – Procedimentos da atenção primária em saúde, em municípios selecionados no Amazonas, de janeiro a agosto de 2024
- Anexo 04 – Procedimentos da atenção primária em saúde, em municípios selecionados no Pará, de janeiro a agosto de 2024



1.

Introdução





Fonte: Acervo Instituto Veredas.

No Brasil, as populações remotas e isoladas enfrentam desafios significativos no acesso a serviços de saúde que garantam a continuidade do cuidado adequado. Essas comunidades, muitas vezes localizadas em regiões de difícil acesso – como a Floresta da Amazônia, áreas rurais e comunidades tradicionais e indígenas – sofrem com a falta de infraestrutura, escassez de profissionais de saúde, especialistas, e recursos limitados. A desigualdade no acesso aos cuidados de saúde resulta em indicadores de saúde mais precários, com maiores taxas de morbidade e mortalidade.

Diante dessa realidade, **é fundamental buscar experiências inovadoras e inspiradoras que possam ser adaptadas para atender às necessidades específicas dessas populações somando-se às políticas públicas e as influenciando.** Neste sentido, este relatório apresenta a consolidação de informações sobre o acesso à saúde por populações em territórios remotos na região da Amazônia brasileira. Para tanto foi realizada revisão documental, revisão de literatura científica e cinzenta, além de entrevistas virtuais e visitas técnicas aos territórios. O estudo foi desenvolvido entre agosto de 2024 e fevereiro de 2025, cujas etapas e achados estão relacionados em detalhes a seguir.

A seção “Os territórios rurais e remotos na Amazônia-Águas” apresenta as características fundamentais do ponto de vista geográfico e sociocultural destes territórios e situa o estudo em termos de abrangência geográfica. Explora a diversidade de contextos que influenciam a organização dos serviços de saúde, evidenciando particularidades dos estados e municípios analisados. Essa compreensão territorial é essencial para adaptar soluções e políticas públicas às realidades locais.

Em “Caminho metodológico”, descrevemos estratégias e métodos utilizados para a coleta e análise dos dados, como referido, incluindo pesquisa bibliográfica, entrevistas com profissionais de saúde e outros agentes locais, bem como visitas técnicas. Também contextualizamos a abordagem dialogada adotada, com respeito ao conhecimento e vivência locais.

A seção “Caracterização do sistema de saúde e do processo de trabalho na região Amazônia-Águas” detalha os serviços disponíveis, a força de trabalho em saúde e as condições estruturais das unidades de atendimento. Destaca-se o papel essencial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam como elo entre o sistema e as comunidades. Também analisa-se fluxos e logística para o transporte de equipe, pacientes e insumos. Abordamos, ainda, as possibilidades trazidas pela telessaúde e o compartilhamento de dados, que ampliam o acesso a especialistas e reduzem deslocamentos. Além disso, investigamos como os saberes tradicionais convivem e são integrados às práticas de cuidado, promovendo abordagens culturalmente sensíveis e respeitosas com as tradições locais.

Em “Principais desafios enfrentados e soluções locais”, reunimos as dificuldades mais recorrentes, ao lado de estratégias criativas e eficientes desenvolvidas ou adaptadas pelas próprias gestões municipais e comunidades para superar tais barreiras.

Por fim, a seção “Caminhos a trilhar” traz reflexões e recomendações para aprimorar a atenção à saúde dessas populações. Reforçamos que iniciativas simples e estratégicas podem ser implementadas para fortalecer a infraestrutura, valorizar os profissionais locais e promover a sustentabilidade dos serviços, com o objetivo de assegurar mais dignidade e equidade para as comunidades isoladas e remotas do Brasil.



2.

Os territórios rurais e remotos na Amazônia-Águas



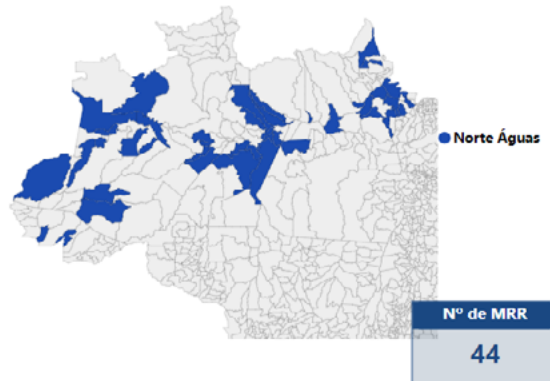


Paisagem Médio Juruá – Amazonas.
Fonte: Acervo Instituto Veredas.

A delimitação do território na região da Amazônia é fluída, e não foi distinto neste estudo. Inicialmente, focamos em uma lógica de recorte territorial elaborada pelo grupo Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos no Brasil (APS-MRR) da chamada região Norte-Águas¹, constituída por 44 municípios rurais remotos ocupando os estados do Acre, Amapá, Amazonas e Pará (**Figura 01**). Dado que o território fluvial da Amazônia possui diversos municípios com desafios estruturais de acesso à saúde por suas comunidades, para fins deste estudo a abrangência territorial foi ampliada, para o que chamamos de “Amazônia-águas”.

¹ Para conhecer melhor sugere-se a visita ao site: <https://apsmrr.ensp.fiocruz.br/norte-aguas/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

Figura 01 – Mapa de municípios rurais remotos na região Norte-Águas, no ano de 2022



Fonte: <https://apsmrr.ensp.fiocruz.br/painel-de-estabelecimentos-de-saude-em-municipios-rurais-remotos-brasileiros/29748/>.

Dessa forma, embora as buscas e os contatos iniciais tenham focado nos 44 municípios classificados como rurais remotos pelo IBGE, este recorte foi ampliado na etapa de campo para abranger quaisquer municípios que demonstrem necessidade ou já tenham desenvolvido estratégias para superação dos desafios de garantia do direito à saúde por comunidades de difícil acesso territorial.

O deslocamento no território Amazônia-Águas ocorre de maneira variada, utilizando lanchas a jato, barcos de vários tipos e, quando possível, transporte terrestre. Muitos desses deslocamentos começam antes do amanhecer. Além disso, o trajeto é influenciado pelo sentido do rio, ou seja, se a navegação está sendo contra ou à favor da corrente do rio, o que pode prolongar ou reduzir a duração da viagem. Em algumas localidades, o nível do rio também é influenciado pelo movimento do oceano, fazendo com que, ao longo do dia, haja mais ou menos água, e, quando o nível está muito baixo, a travessia se torna inviável.

Dentre as populações ribeirinhas visitadas no estado do Pará é comum a utilização de rabetas pelos ACS para realizar visitas domiciliares mensais às famílias por eles acompanhadas. Entre localidades do Marajó e a capital do Amapá, Macapá, por exemplo, o trajeto pode ser feito em lanchas expressas, de fibra, com capacidade para até 260 pessoas, também com ar condicionado e internet disponíveis, em viagens de no mínimo 2h30 de duração, a depender do destino, ou em embarcações maiores, de madeira, que são mais lentas e no mesmo trajeto levam até 5h.

Essas comunidades apresentam características de organização econômica que se baseia no uso de recursos naturais renováveis, já que seu padrão de consumo combina com as atividades econômicas baseadas no ciclo da natureza e de sua cultura associados às atividades de produção como a caça, pesca e atividades extrativistas (Barroso, 2015). Visivelmente, nestes locais a gestão comunitária tem capacidade de engajar alternativas viáveis para a melhoria da qualidade de vida, os líderes comunitários têm papel fundamental na luta pelo acesso a bens e serviços sociais, saúde, educação, habitação, energia, dentre outros. (Chaves, 2024). No entanto, essa realidade enfrenta riscos crescentes, seja pela falta de interesse dos jovens em permanecer nos locais, bem como perpetuar os saberes tradicionais, seja pelos impactos das mudanças climáticas que afetam os ciclos naturais e a subsistência dessas populações.

Estudos realizados sobre a implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) na Amazônia demonstram que a capacidade de adaptação dos serviços de saúde às condições e singularidades das zonas remotas levam a resultados positivos, especialmente os modelos de unidades que são adaptados aos rios (Souza et al., 2022). Há algumas características que demarcam o território:

- A **sazonalidade dos rios e a salinização das águas** são fatores que limitam o acesso às comunidades ribeirinhas. O período de seca influencia fortemente o cotidiano da população e afeta o acesso aos serviços de saúde. A falta de chuva entre os meses de agosto e outubro acaba refletindo no baixo nível dos rios, dificultando o transporte fluvial e isolando geograficamente essas populações (Gama et al., 2018). Os obstáculos estão relacionados principalmente ao custo de deslocamento, à manutenção da equipe de trabalho, às características geográficas e ao déficit de registros municipais das populações ao longo dos rios e igarapés (Pontes, 2009). Para superar obstáculos como a estiagem, o governo do Amazonas e o Ministério da Saúde implementam medidas preventivas. Kits de medicamentos e insumos estratégicos são disponibilizados para enfrentar os efeitos da estiagem no estado, sendo destinados especialmente às regiões do Madeira, Juruá, Purus e Alto (Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas, 2024b).
- Já as **condições de saneamento básico** retratam uma situação precária no interior. É frequente, nas localidades remotas, o consumo de água dos rios, enquanto nas sedes das cidades o abastecimento de água proveniente de poços artesianos é realizado por microssistemas (Lima et al., 2021). A precariedade no saneamento básico e o consumo impróprio de água de rios e lagos podem aumentar a incidência de doenças transmitidas pela água, como as enteroparasitoses (Gama et al., 2018), a malária e diarreia (Lourenço, 2012). Por meio da participação de comunitários no processo de tomada de decisões, junto a associações, uma das pequenas soluções é a instalação um microssistema comunitário de abastecimento de água, como foi observado em campo no estado do Amazonas, no entanto, a purificação da água é por meio do cloro distribuído pelos agentes comunitários de saúde. Em outras regiões, como Santa-

rém-PA, organizações da sociedade civil chegam a distribuir filtros de purificação que funcionam como garrafas de água, onde o líquido vai passando por este filtro para um outro recipiente para que esteja apta para o consumo.



Microsistema de Abastecimento do Posto de Saúde da comunidade Serraria Pequena. Fonte: Acervo Instituto Veredas.



Microsistema de Abastecimento Comunitário-Resex do Médio Juruá-AM. Fonte: Acervo Instituto Veredas.

O desconhecimento do território, a falta de formação ou de experiências prévias sobre a realidade da Amazônia são questões fundamentais para atuação de profissionais de saúde nas microáreas da região (Franco; Giovanella; Bousquat, 2023; Sousa; Fonseca; Bousquat, 2023). A singularidade da região Amazônica pode gerar problemas na atuação de gestores e profissionais de saúde, pois muitos possuem experiência de trabalho em ambientes urbanos. Ao desconsiderar essa particularidade, as relações entre os profissionais de saúde e as comunidades atendidas podem se tornar limitadas, o que reforça a fragilidade na atenção à saúde (Sousa, 2022). Nesse contexto, o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se ainda mais desafiador, especialmente entre grupos tradicionais, como ribeirinhos e indígenas, que possuem necessidades específicas (Fausto; Giovanella, 2021). Estes achados da fase de pesquisa bibliográfica foram constatados e reforçados na fase empírica, em entrevistas e visitas técnicas, como será notório nas seções 4 e 5 deste relatório. As localidades mais remotas e com a vida cotidiana atrelada aos rios têm problemas e soluções específicas e diferentes das realidades urbanas.

Explorando o território...

Uma das visitas técnicas ocorreu no município de Carauari e na Reserva Extrativista (Resex) do Médio Juruá, no Amazonas. Para chegar a Carauari, partimos de Manaus em uma lancha a jato, com uma viagem de aproximadamente 39 horas sem paradas. É importante salientar que esse é o meio de transporte fluvial mais rápido da região; em embarcações convencionais, o mesmo trajeto pode levar até sete dias. Outro ponto relevante é o custo da viagem, que gira em torno de mil reais apenas na ida. Tanto o tempo quanto o valor do percurso ilustram as dificuldades de acesso ao território e ajudam a explicar a escassez de recursos e os altos preços em comunidades de difícil acesso, pois as mercadorias precisam percorrer todo esse trajeto desde a capital.

Para chegar à Resex do Médio Juruá, enfrentam-se ainda longos trajetos de barco a partir de Carauari. O tipo de embarcação impacta diretamente o tempo de viagem e o consumo de combustível. No nosso deslocamento até as Comunidades de Nova Esperança e Pupuai — dentre as mais próximas da cidade dentro da Resex — gastamos cerca de duas horas somente na ida e aproximadamente 700 reais em gasolina para a ida e a volta. Cabe destacar que utilizamos uma embarcação rápida; as comunidades locais costumam utilizar barcos menores, que podem levar até cinco horas no mesmo percurso e um gasto aproximado de 500 reais em gasolina. Já para as comunidades mais distantes dentro da Resex, as viagens podem atingir oito horas, só de ida, em embarcações rápidas, e demandar custos elevados de combustível; nas embarcações tradicionais dos moradores, esse mesmo trecho pode durar dois ou três dias.

Em todo o território da Resex, não há serviços de saúde e os únicos profissionais disponíveis são Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que também moram nas comunidades. Dessa forma, para obter medicamentos ou qualquer outro tipo de assistência em saúde, é preciso se deslocar até a cidade ou aguardar a visita da UBS fluvial. O longo tempo de viagem e o alto custo de combustível evidenciam, portanto, as dificuldades enfrentadas pelas comunidades para acessar serviços básicos de saúde, principalmente visto que são comunidades que têm como principal fonte de renda o Programa Bolsa Família.



Moradias e arruamento característicos da Comunidade Pupuai (RESEX). Fonte: Acervo Instituto Veredas.



3.

Caminho metodológico





Ambulanchas do município de Afuá-PA
Fonte: Bethânia Suano.

Na primeira fase do projeto foi realizada uma revisão rápida, em agosto de 2024, por meio de busca manual na biblioteca do, já mencionado, grupo APS em MRR, e busca estruturada na Biblioteca Virtual de Saúde², utilizando-se os descritores “populações isoladas” AND *brazil*; “populações remotas” AND *brazil*; “população rural” AND *brazil* AND (*mj*: (“Acessibilidade aos Serviços de Saúde”)) AND (*year_cluster*: [2010 TO 2024]). Foram identificados 84 estudos na busca inicial, e, após exclusão de duplicatas e artigos que não tratavam da região priorizada, foram extraídas informações de 62 estudos.

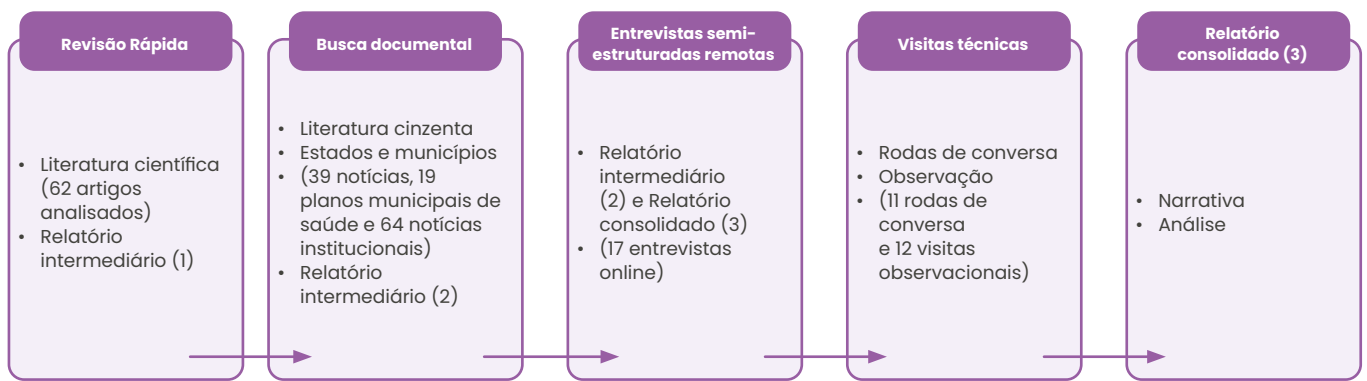
Em seguida, foram realizadas buscas de literatura cinzenta, identificando 39 notícias, os planos municipais de saúde de 19 municípios, e 64 notícias institucionais de municípios do Acre, Amapá, Amazonas e Pará. Nesses materiais, foram buscadas informações sobre experiências inovadoras de atendimento em saúde na região. Desses, 53 documentos informaram a construção de parte significativa do sumário por trazerem dados especificamente relevantes para os tópicos-chave.

Nesses materiais, foram buscadas informações sobre experiências inovadoras de atendimento em saúde na região.

² Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

Na terceira fase, diante da complexidade do tema e da pluralidade de aspectos a serem abordados para encontrar as melhores estratégias de inovação³ e diversidade de desafios para o acesso à saúde por populações remotas, foram utilizados três principais métodos empíricos: entrevistas, rodas de conversa e visitas observacionais⁴. O ponto de partida para definição de instituições abordadas para entrevistas e visitas técnicas foram os sites oficiais da gestão municipal e informações levantadas em notícias encontradas na busca pela internet. Os contatos iniciais foram feitos por email e a partir de então, conforme resultados positivos e disponibilidade dos interlocutores, foram agendadas entrevistas e, em um momento posterior, as visitas técnicas.

Figura 02 - Caminho metodológico



Fonte: elaboração própria.

As entrevistas foram realizadas de forma remota, pela internet com uso das plataformas Zoom e Google Meet, este para os casos em que a pessoa entrevistada dispunha apenas de celular e não de computador, pois, dentre as duas opções, é o aplicativo mais leve para realização em aparelho móvel e também que demanda rede de internet menos forte. Foram adotados roteiros semi-estruturados (Anexo 01) para estas entrevistas, de modo a levantar os principais pontos de interesse do estudo e permitir à pessoa interlocutora destacar o que considerasse mais relevante de sua experiência. A maior parte das entrevistas foi individual, mas em alguns casos estiveram presentes dois ou mais integrantes da equipe da organização de interesse. Foram 17 entrevistas, sendo 14 individuais e 3 em pequenos grupos – nestes casos com um(a) interlocutor(a) liderando. Sobre os locais de atuação das pessoas entrevistadas: 8 são do estado do Pará, 6 do estado do Amazonas e 3 com atuação nacional.

3 Inovação para os fins deste projeto é considerada forma estratégica de lidar com desafios locais, adaptações incrementais ou radicais diante das especificidades de cada território.

4 Não serão identificadas expressamente as pessoas e organizações que colaboraram com entrevistas, rodas de conversas e visitas técnicas. Ao final apresenta-se lista de agradecimento nominal às organizações, sua colaboração e de cada pessoa, foi essencial para a qualidade das evidências levantadas.

Entrevistas em números:

- 14 entrevistas individuais
- 3 entrevistas grupos
- total 17 entrevistas

Território de atuação:

- 8 atuavam no Pará
- 6 atuavam no Amazonas
- 3 atuavam a nível Nacional

Em um segundo momento da fase empírica, o estudo foi a campo, conhecer localidades que enfrentam desafios diversos para o acesso à saúde, fundamentalmente em função de longas distâncias rio adentro. Os municípios base para estas visitas foram: Carauari no estado do Amazonas e Santarém e Afuá no estado do Pará. A partir destas cidades “sede” foram feitos deslocamentos para locais mais remotos, como distritos e vilas, além da Reserva Extrativista do Médio Juruá. Nestas oportunidades foram realizadas **rodas de conversas com agentes locais** sobre as principais questões do acesso à saúde e **visitas observacionais (Anexo 02).**

Nas rodas de conversa participavam profissionais de saúde ou de apoio aos serviços de saúde, dentre os quais: gestor(a) público(a), lideranças locais, agente comunitário de saúde, médico(a), enfermeiro(a), psicólogas, piloto de barco em serviço de apoio à saúde, técnico(a) de enfermagem, gestor(a) de projetos. Além de profissionais de saúde, também foram realizadas rodas de conversa com a população das comunidades locais e lideranças comunitárias. Ao todo foram **11 rodas** de conversa, sempre com a **presença de no mínimo 3 participantes do território.**

Foram realizadas 12 visitas para observação, além dos locais conhecidos nas rodas de conversa, que ocorreram também com o propósito de conhecer a infraestrutura e a dinâmica cotidiana dos processos de trabalho. A maior parte das visitas foi guiada por agentes locais apresentando os serviços e equipamentos públicos ou de suas organizações. Dentre os locais visitados estão: unidade básica de saúde, incluindo na modalidade fluvial, hospital municipal, universidade, sede de organizações da sociedade civil, unidade de saúde da família⁵, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sede de secretarias municipais de saúde e meio ambiente, território quilombola, comunidade ribeirinha, reserva ambiental e posto de brigada, que atua como Corpo de Bombeiros e em apoio ao SAMU. Também é importante mencionar a **observação de meios de transporte** não convencionais utilizados para o apoio ao acesso à saúde, como os meios de transporte fluviais: ambulanchas, rabetas e voadeiras e, não fluviais: **as peculiares bicilâncias**, utilizadas especificamente no município de Afuá/PA. Ao longo do relatório essas especificidades serão apresentadas em maiores detalhes.

5 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) são postos de atendimento em atenção primária, contudo nos USF é necessário contar com uma Equipe de Saúde da Família, conforme verifica-se em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saude-na-hora/faq/formatos-de-adesao/qual-e-a-diferenca-entre>. Acesso em: 25 fev. 2025.



Bicilância do município de Afuá-PA. Fonte: Acervo Instituto Veredas.

Etapa empírica em números:

- 17 entrevistas
- 11 rodas de conversa
- 12 visitas observacionais
- 40 organizações

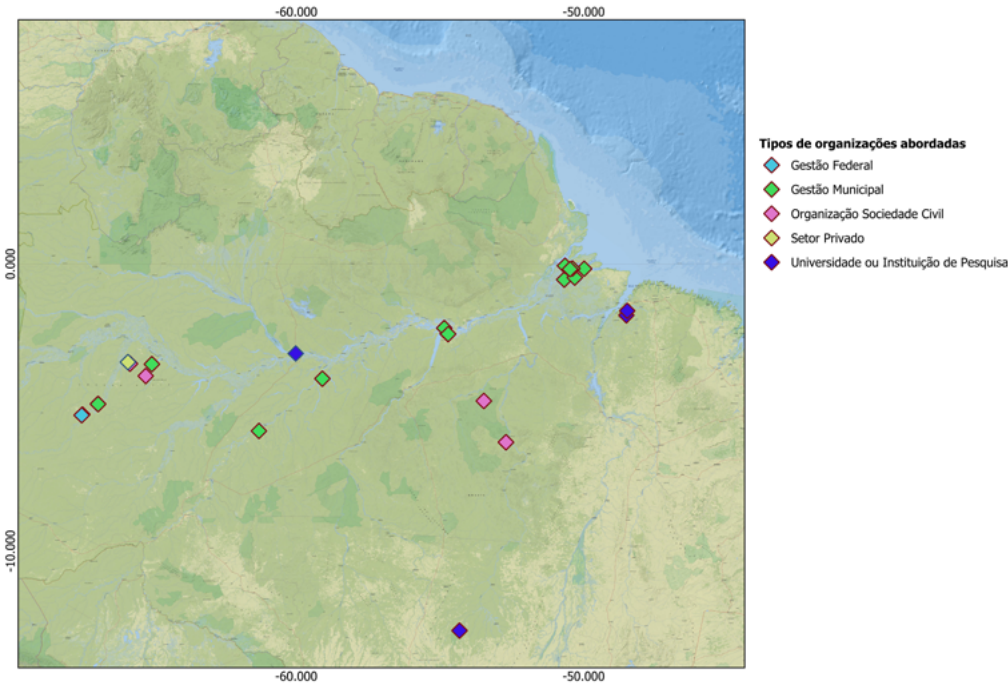
Tipos de organizações abordadas:

- 25 Gestões Municipais
- 5 Organizações da Sociedade Civil
- 6 Universidades ou Instituições de Pesquisa
- 3 Áreas Técnicas da Gestão Federal
- 1 Setor privado

Abrangência territorial de atuação das organizações:

- 25 Pará
- 13 Amazonas
- 3 Nacional

Figura 03 – Mapa com a localização das organizações locais abordadas pelo estudo



Fonte: elaboração própria.



4.

Características do sistema de saúde e do seu processo de trabalho na região Amazônia-Águas e locais visitados





Carauari (AM).
Fonte: Acervo Instituto Veredas.

4.1. Serviços e recursos humanos existentes

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal garantia de acesso à saúde para a população residente na região Amazônia-águas. Neste território, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS) convencionais (**Figura 04**), existem pequenos postos de saúde e as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)⁶, embarcações que abrigam Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), garantindo às populações cuidados de atenção primária básica (Brasil, 2024). A UBSF conta com uma equipe composta por enfermeiro(s), auxiliar(es) de enfermagem, médico(s), agentes comunitários e dentista. A UBSF tem como objetivo promover cuidados preventivos, centrados em ações básicas de saúde, suas ações são itinerantes e exigem logísticas de período aproximado de dez dias dentro das embarcações (Kadri et al., 2019; Fran-

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal garantia de acesso à saúde para a população residente na região Amazônia-águas.

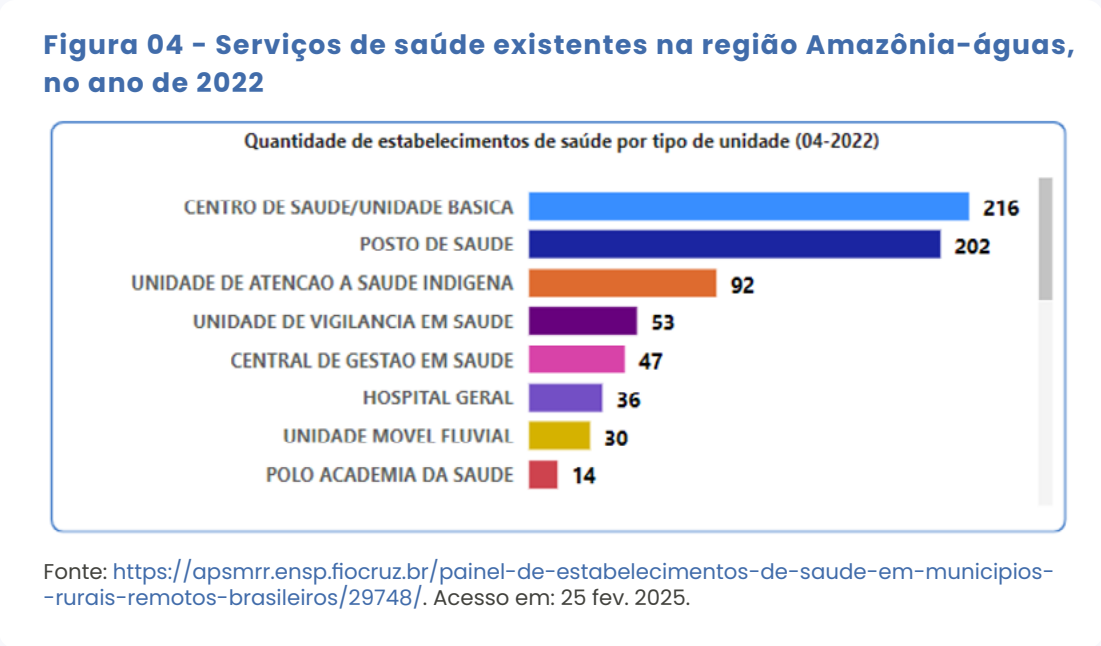
⁶ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ubsf>. Acesso em: 25 fev. 2025.

co; Giovanella; Bousquat, 2023). As UBS Fluviais possuem uma estrutura adaptada para oferecer atendimento básico de saúde e, em alguns casos, até pequenos procedimentos médicos Estratégia Saúde da Família Fluvial (ESFF), que atua na Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). Nele, as equipes de saúde podem incluir profissionais além do que prevê a Estratégia Saúde da Família (ESF) e contam com estruturas de apoio exclusivas, realizando atendimentos clínicos e odontológicos para comunidades ribeirinhas (Kadri et al., 2019; Brasil, 2024).

Quadro 01- Caracterização e Infraestrutura UBS Fluviais conforme preconiza o Ministério da Saúde⁶

Serviços	Descrição
Atendimentos Clínicos e Odontológicos	Realização de atendimentos clínicos e odontológicos para comunidades ribeirinhas.
Serviços de Saúde e Ações Integradas	Disponibiliza serviços médicos e de enfermagem, imunização, testes rápidos para ISTs e malária e serviços odontológicos; emissão de RG, atualização de cadúnico, cadastro e atualização de benefício de prestação continuada (BPC) e bolsa família, atendimento psicossocial e carteira do idoso; o tribunal regional eleitoral (TRE) com cadastro e atualização de título de eleitor.
Atendimentos Específicos na UBSF	Atendimentos de saúde de odontologia, consulta médica e de enfermagem, preventivo, testagem rápida para ISTs, exames de malária, atendimento com médico veterinário e atualização de carteira de vacinação.
Infraestrutura Mínima	consultório médico; consultório de enfermagem; consultório odontológico; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiros; equipe de saúde e atendimento.
Composição das Equipes de Saúde	Equipes formadas por: enfermeiro(a); técnico(a) ou auxiliar de enfermagem; médico(a); agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes fluviais podem permanecer até 20 dias embarcadas por mês, conforme a logística de deslocamento do município.
Procedimentos Médicos Realizados (pequenas cirurgias).	Curativos e tratamento de ferida; sutura de pequenos cortes e lacerações; pequenos procedimentos ginecológicos; eletrocardiograma (ECG) e monitoramento de sinais vitais.

Fonte: Elaboração própria, com base em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ubs>> . Acesso em: 25 fev. 2025.



As UBSF, embora apresentem desafios, são um recurso significativo para a promoção da APS em regiões remotas, possibilitando a redução das dificuldades logísticas enfrentadas pelas comunidades de áreas mais distantes para acessar os serviços de saúde e atendendo de forma customizada as realidades dos territórios (Lima et al., 2023). **Assim, em vez de o usuário ter que buscar atendimento, o serviço se aproxima da sua localização.** Essas ações itinerantes, apesar de não serem contínuas em muitos municípios rurais e remotos, são consideradas positivas por gestores, profissionais de saúde e usuários (Fausto; Giovanella, 2021).

Da UBS Fluvial ao navio-hospital

Para garantir a integralidade do cuidado, o Navio de Assistência Hospitalar (NAsH) “Soares de Meirelles”, realizou Ações de Assistência Hospitalar em comunidades ribeirinhas de Amaturá (AM), na qual foram realizados 71 atendimentos médicos, 90 odontológicos e 71 de enfermagem nas comunidades de Niterói e Nova Esperança, localizadas no município de Amaturá (AM) (Marinha do Brasil, 2023).

Podemos perceber que, do ponto de vista da sociedade civil organizada (entrevista 7), **uma política pública eficaz é capaz de se encarregar da logística de deslocamentos das equipes de saúde itinerantes, pois, essas equipes promovem a fixação do ribeirinho no local a qual pertence, evitando assim o risco envolvido (como a invasão de madeireiros, garimpeiros, dentre outros) de deixar suas terras por dias para se deslocarem em busca de serviço de saúde.**

Além de serviços de saúde, as UBSF podem levar serviços diversos aos povos que vivem em todas as calhas de rios e não têm a facilidade de se deslocarem até a sede do município. São exemplos a emissão de RG e do Título de Eleitor, a atualização do CadÚnico, o cadastro e atualização de Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do Bolsa Família, e a emissão de 1ª e 2ª vias de Certidão de Nascimento. Tais serviços não são realizados de forma rotineira, mas em ações específicas como a ação “Prefeitura Presente” em Atalaia do Norte (Tenazor, 2024).

Este estudo resultou no encontro de uma **multiplicidade de cenários e especificidades locais com relação ao acesso à saúde por populações mais longínquas de centro urbanos no contexto da Amazônia brasileira.** As políticas públicas existentes são variadas e já adotam estratégias contextuais, entretanto notadamente ainda não chegam a todas as pessoas. Seguimos com a apresentação de exemplos significativos para pensar desafios tão plurais para a garantia do direito à saúde de forma universal como preconiza o sistema nacional.

Variabilidade de serviços, equipamentos e instituições encontrados neste estudo

Unidades de serviços de saúde: UBS, UBS Fluvial, USF, Navio-Hospital, postos de saúde, postos de apoio, Unidade mista e Hospital

Embarcações de apoio: Além das UBS Fluviais e Navios-Escola, outros tipos de embarcações são equipamentos essenciais para o acesso à saúde por populações remotas, como ambulância para transporte de pacientes, voadeiras para transporte de equipes e rabetas dos ACS.

Instituições provedoras

São provedores de serviços de saúde ou de apoio ao acesso à saúde outras instituições, além do Ministério da Saúde, as secretarias municipais, estaduais e universidades, como: Marinha, ONG, entidades religiosas.

Afuá-PA



Cidade de Afuá-PA. Fonte: Bethânia Suano.

O município de Afuá-PA tem características únicas, pois é um município fronteiriço feito de palafita com concreto e, por isso, o deslocamento dentro da cidade não é realizado através de automóveis, mas sim por meios alternativos, como é o caso da utilização de bicicletas. Essa característica marcante do município também traz alternativas para o meio de transporte para urgência e emergência. Ao invés de utilizar a tradicional ambulância, o território conta com bicilância e ambulância.

Nos territórios cercados por rios, o atendimento é descentralizado e distribuído entre as comunidades ribeirinhas. Com Postos de Saúde que são percebidos como referência para a localidade e os Postos de Saúde utilizados como apoio pelas equipes de saúde quando estão realizando ação itinerante de saúde, além de uma UBS Fluvial. Esses postos de referência buscam suprir as necessidades da popula-

ção no acesso aos serviços de saúde básica dessas comunidades já que o tempo de deslocamento entre os municípios-base e as comunidades ribeirinhas é demorado e custoso. Em casos de emergência, o deslocamento é realizado por meio de ambulanchas e, em casos mais graves, por transporte aéreo, isso é, aeronaves, utilizando, por exemplo, o Grupo de Transporte Aéreo (GTA) ou Transporte Aéreo Anfíbio.

Para levar assistência de saúde para a população ribeirinha, o município de Afuá conta com a Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas, além de uma Unidade Básica Fluvial que atua desde 2019. Apesar de importante para o acesso de serviços de saúde, a UBS Fluvial só foi cadastrada junto ao governo federal e teve acesso aos recursos federais em 2024, como explica a entrevista 4 ao afirmar que *“a gente conseguiu resgatar nesse mesmo período uma unidade básica fluvial que até... essa unidade, esse ano [2024], que ela foi credenciada [junto ao governo federal], mas ela chegou em 2019”*.

Um dos desafios na execução dos serviços prestados pela UBS Fluvial de Afuá é o alto custo de logística e manutenção. Isso porque mesmo credenciada e recebendo recursos federais, o aumento do preço do combustível é um dos fatores que superfaturam a utilização de seus serviços. Ademais, existem os custos de manutenção da UBS Fluvial, que acaba sofrendo avarias no casco do barco devido aos impactos causados por objetos que são descartados no rio, até mesmo os troncos de árvores flutuantes utilizados para transportar mercadorias, como a madeira legal ou ilegal, e pessoas de um local para outro pelo rio, como foi observado na visita de campo.

Carauari-AM



Reserva Extrativista (Resex) do Médio Juruá-AM. Fonte: Acervo Instituto Veredas.

A visita técnica a Carauari e à Reserva Extrativista (Resex) do Médio Juruá foi o deslocamento mais extenso realizado no âmbito do projeto. A grande distância e os altos custos de transporte, principalmente relacionados ao combustível, figuram entre as principais barreiras ao acesso aos serviços de saúde na região. Em todo o território da Resex, não há serviços de saúde estruturados, e os únicos profissionais presentes são Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Para receber atendimento, as comunidades precisam se deslocar até a sede do municí-

pio, arcando com despesas próprias, ou aguardar a visita da UBS fluvial, que ocorre, em média, uma vez ao ano.

Além do distanciamento e do custo elevado, o atendimento muitas vezes se resume a ações pontuais, no estilo “mutirão”, sem garantir a continuidade e o planejamento de longo prazo na assistência à saúde. Para mitigar esse problema, o município criou a Casa de Apoio ao Ribeirinho, uma espécie de UBS localizada na cidade de Carauari, voltada exclusivamente aos moradores da Resex. Um diferencial da Casa de Apoio é a estrutura com quartos, que garante a estadia na cidade de pacientes que necessitam cuidados mais complexos. Apesar de ainda demandar deslocamentos, a Casa de Apoio foi bem avaliada pela população local, que encontra um atendimento mais ágil ao chegar à cidade e suporte com estadia e alimentação para casos mais graves. Entretanto, o serviço funciona de forma mais próxima a uma unidade de pronto atendimento do que a uma UBS convencional, o que mantém o desafio de assegurar acompanhamento contínuo às comunidades da Resex.

Chaves-PA

A UBS Fluvial do município de Chaves ainda não é credenciada junto ao Ministério de Saúde, mas já está sendo atuante no atendimento à saúde da população. Por não receber recursos federais ainda, a UBS Fluvial do município utiliza recursos municipais para chegar até as comunidades ribeirinhas. Com todos os desafios de custeio materiais e recursos humanos, ela funciona da seguinte forma:

“Como a nossa não é habilitada, a gente não consegue sair todo mês? É, a gente já saiu aí esse ano [2024] umas 2, 3 vezes. E [se] não estou enganado, 3 vezes. É, custeio 100% do município, então o custo é muito alto, né?. A..., só de óleo a gente gasta 15 mil reais, pra levar, é, saúde pública dentro da UBS fluvial. Aí vai o dentista, vai médico, é farmacêutico, vai toda uma equipe, é, de logística, é, o refeitório, de limpeza, então é hora extra, adicional noturno para mais de 20, 30 pessoas. O custo é muito alto, mas a gente tem corrido aqui para tentar regularizar ela o quanto antes para a gente poder pegar o custeio financeiro. Por exemplo, Afuá, recentemente, agora, conseguiu, né?, é, habilitar. Ela está fazendo as viagens dela mensalmente, mas está habilitada. E aí quando a gente programa a viagem na UBS fluvial, a gente faz um calendário de atendimento, divulga nas redes sociais, as comunidades todas têm grupos de WhatsApp. E aí a gente paga um determinado local num ponto de apoio, perto de uma escola, perto do... de um posto. É, para a gente fazer o atendimento 1, 2 dias já sair pra outro local e assim sucessivamente.” (Entrevista 5)

Marajó I - PA e o estado do Amapá



Porto de Afuá-PA. Fonte: Bethânia Suano.

A população dos municípios fronteiriços localizados na região do Marajó I acabam muitas vezes por acessar os serviços de saúde no município de Macapá, no Estado do Amapá. Isso porque o custo benefício é muito maior do que seria o deslocamento para a capital do próprio estado, Belém/PA. O acesso a serviços de saúde em Macapá é percebido como vantajoso, pois ao ir até a cidade para realizar outras demandas como, por exemplo, a venda dos produtos extrativistas. A ida até Macapá se dá tanto com recursos próprios quanto por meio do deslocamento do paciente da “ambulancha” do município, já que em os hospitais do município absorve as demandas de casos graves.

Santarém-PA

O município de Santarém, por sua vez, possui três UBS Fluvial, sendo estas: a Abaré I, Abaré II e Ailton Barros. As embarcações realizam viagens periódicas para fornecer os serviços de saúde às comunidades ribeirinhas.

No campo na região de Santarém foi observado que as ações itinerantes ocorrem de 15 em 15 dias nas comunidades, em média concentra-se 5 dias para cada, englobam atendimentos de enfermagem, vacinação, exame preventivo de câncer de colo de útero (PCCU), acompanhamento e crescimento do desenvolvimento da criança, e demanda livre.

Cuieiras-AM

Na comunidade de Cuieiras, estado do Amazonas, por exemplo, um posto de saúde local funciona como ponto de apoio para a triagem dos pacientes, que posteriormente são encaminhados para as UBSF. A depender da localidade geográfica, o deslocamento da margem até a UBSF ocorre por meio de rabetas e canoas tradicionais (Sousa; Fonseca; Bousquat, 2023; Silva; Fausto; Gonçalves, 2023).

Autazes-AM

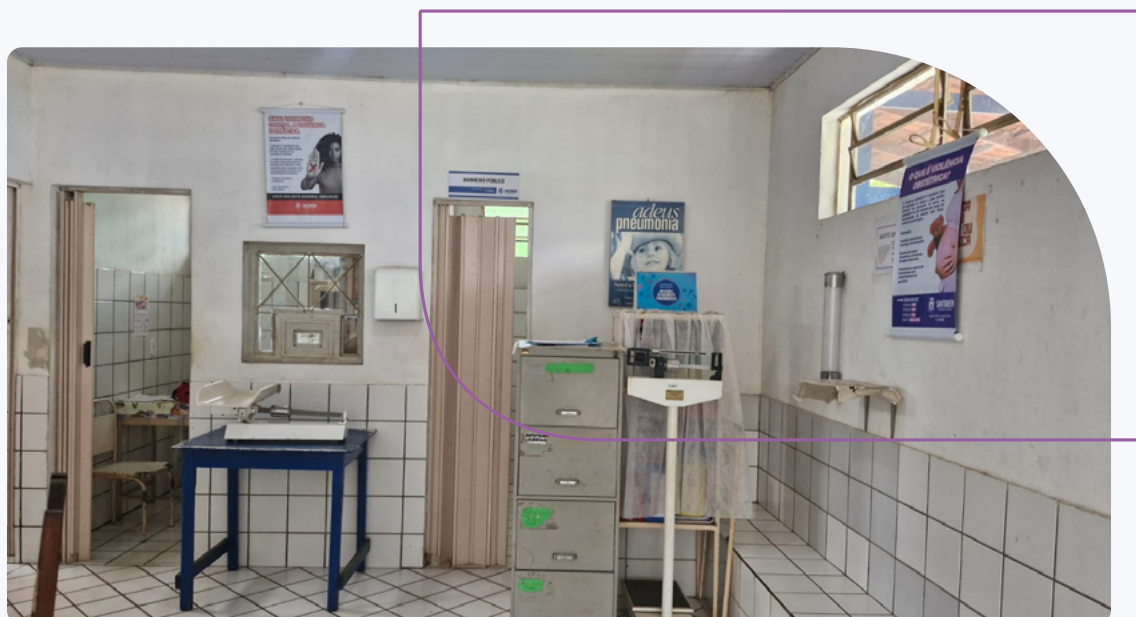
No município de Autazes (AM), por exemplo, as equipes de saúde ribeirinhas possibilitaram mais acesso aos moradores da zona rural e ampliação dos serviços oferecidos durante as viagens itinerantes e o acesso aos pacientes até a sede do município por meio de “ambulanchas” (Autazes, 2021).

Agendamento de consultas

A marcação de consultas especializadas ocorre tanto por intermédio dos ACS quanto de forma *online*. A Secretaria de Estado de Saúde do Amapá, por exemplo, realiza marcações de consultas *online* com especialistas em locais listados de acordo com os municípios, utilizando o Sistema Nacional de Regulação (Sisreg). Inicialmente, este tipo de agendamento de consultas especializadas era realizado apenas em Macapá, na Central de Atendimento Especializado do Hospital de Clínicas Alberto Lima (Hcal), mas o número de municípios que realizam esses agendamentos foi expandido progressivamente. Uma vez agendada a consulta, os usuários são avisados por telefone sobre a data e o local, que prioritariamente será o mais próximo de sua residência (Governo de Amapá, 2018).

Uma das principais queixas das comunidades durante as visitas técnicas foi a falta de especialistas na rede de saúde no local de residência ou próximo, que vai desde o acesso a cirurgias até a falta de profissionais qualificados para realização de diagnósticos. Entretanto, esta demanda social por “especialistas” pode ser na realidade reflexo da dificuldade de acesso à atenção primária já preconizado na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)⁷. O que de certo modo indica uma baixa resolutividade da APS, com questões de falta de insumos, número de recursos humanos, problemas de infraestrutura básica, como veremos ao longo deste relatório.

7 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/cartazes-e-cartilhas/casaps-versao-profissionais-saude-gestores-completa.pdf/view>. Acesso em: 25 fev. 2025.



Infraestrutura Básica – Santarém – PA. Fonte: Acervo Instituto Veredas.

Para oferecer atendimento especializado, o encaminhamento de usuários para municípios maiores da região de saúde é o fluxo normal do SUS, todavia muitos gestores incluem em seu planejamento a aquisição direta de serviços com profissionais ou clínicas privadas de maneira isolada (Nunes et al., 2022). O financiamento para cuidados especializados pode ocorrer por meio de prestação pública por Programação Pactuada e Integrada (PPI), bem como por consórcios intermunicipais de saúde (CIS). Esses consórcios, que visam ao atendimento especializado com abrangência regional, são financiados por recursos públicos captados pelos municípios. No entanto, esses recursos frequentemente são utilizados apenas em situações urgentes e em casos de dificuldades de acesso mais significativas (Almeida et al., 2021b).

A maior parte das equipes atuantes nas áreas rurais e remotas são equipes de atenção primária, com profissionais da medicina, enfermagem e odontologia, além dos ACS. Os ACS indígenas e não indígenas são figuras essenciais, mas há a carência de esforços para o treinamento continuado do pessoal local e a supervisão desses agentes em áreas amazônicas, especialmente respeitando e adaptando as singularidades locais, tendo cuidado cultural adequado, holístico e acessível (Souza et al., 2022). É comum, nesses territórios, a coexistência dos serviços gerais do SUS com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), os quais envolvem serviços e profissionais capacitados especificamente para o atendimento aos povos indígenas e suas demandas. Os ACS indígenas, por exemplo, são responsáveis por intermediar o conhecimento tradicional e o não tradicional, buscando diminuir a desigualdade de relações de poder entre profissionais e povos indígenas (Souza et al., 2022).

A ausência de profissionais de saúde, particularmente médicos, é um dos principais problemas enfrentados pela gestão municipal, especialmente em áreas mais distantes. Esse problema está relacionado à alta rotatividade, o que provoca a descontinuidade dos serviços (Fausto; Giovanella, 2021). Em alguns casos, os médicos acumulam funções no serviço público, atuando como clínicos gerais nos municípios e como plantonistas nas APS. Essa estratégia permite um complemento da renda que acaba servindo como um mecanismo de fixação desses profissionais (Nunes et al., 2022), ainda que não permita a vinculação total ao território remoto. No entanto, a alta rotatividade de profissionais de saúde acaba se tornando um obstáculo na construção de vínculos e, consequentemente, relações de confiança entre profissionais de saúde e pacientes, influenciando negativamente o acesso aos serviços básicos de saúde (Rodrigues et al., 2021).

Atrair e fixar os profissionais de saúde, principalmente médicos, para as áreas remotas, de difícil acesso (em termos de transporte) e com relativa baixa infraestrutura, é um desafio para municípios com alta prevalência de população ribeirinha. Na entrevista 4, com uma gestão de saúde, foi destacado que, co-

mumente, estes profissionais cobram valores considerados altos pelos municípios, que conseguem levá-los para atender suas populações com pouca frequência. Em geral, alegam que estes profissionais preferem trabalhar nos municípios maiores e mais urbanizados. Como parece ser o caso de municípios na Ilha de Marajó e na sua relação com municípios como Macapá e Belém. Sobre a falta de fixação de profissionais em comunidades ribeirinhas remotas, foi informado que:

“Dessas 35 unidades básicas, somente 9 nós conseguimos ter a equipe mínima, que é com a figura do profissional médico, às demais a gente ainda não conseguiu implantar porque são comunidades onde não tem energia, dificuldade de acesso à internet são a... o estilo de de viagem para chegar até as comunidades é... é bem delicada. Não, não, não é atrativo aos olhos de muitos médicos, então eles acabam não aceitando, é, em ir para as comunidades para que a gente de fato consiga instalar a estratégia das equipes mínimas nas comunidades.” (Entrevista 10)

Um dos principais desafios diz respeito à boa parte dos profissionais de saúde não receberem formação para atuarem nesses territórios.

Muitos profissionais se formam sem terem exercido as práticas clínicas esperadas e acabam por finalizar seu processo de aprendizado durante sua atuação profissional. Isso contribui para uma maior insegurança para os profissionais, além da realização de exames insatisfatórios e insuficientes junto à população (Fernandes et al., 2019). Para abordar essa lacuna de conhecimento, a Universidade Federal do Amazonas implementou um projeto de qualificação destinado a profissionais da saúde, promovendo eventos em diversas localidades, como Manacapuru, Anamã, Anori, Beruri e Caapiranga. Esses eventos são focados na Atenção Primária e, em particular, no monitoramento remoto de casos de gravidez de alto risco por meio do Projeto TELEPNAR. As atividades abordam temas relacionados ao pré-natal de alto risco, como infecções urinárias, hipertensão e diabetes.

Outro ponto percebido nas visitas técnicas é que há uma lacuna de conhecimento, entre profissionais de saúde, sobre o SUS, seus princípios e diretrizes, o que pode gerar desafios tanto nos atendimentos quanto na continuidade do cuidado.

A fixação dos profissionais de saúde em localidades remotas é um desafio que perpassa por muitos fatores. Os profissionais que atendem em locais mais longínquos acabam enfrentando desafios infraestruturais e de acesso. Nas visitas de campo, foi verificado que, por vezes, a ida até as UBS ou postos de saúde nas comunidades ribeirinhas é realizada por meio de transportes fluviais precários,



que não protegem esses profissionais da chuva, sol ou mesmo do refluxo da maré, especialmente quando está indo de encontro às correntezas, nem sempre utilizando de equipamentos de segurança como coletes salva-vidas. Além disso, os postos de saúde que não possuem energia e água potável acabam por criar um ambiente de trabalho insalubre, já que os atendimentos que são realizados em ambientes quentes e, ainda, a falta de água potável dificulta que os profissionais se hidratem de forma regular e, quando não há instalações adequadas de banheiro também evitam beber água para diminuir a necessidade de idas ao banheiro, principalmente no caso de profissionais mulheres.

As tecnologias leves de cuidado e as habilidades sociais são elementos-chave da atenção à saúde, em especial junto a populações remotas e isoladas. Além da construção de relação de confiança e respeito, os atendimentos humanizados apresentam maior respeito à dignidade da pessoa humana, especialmente em exames físicos realizados com respeito, privacidade e sem preconceito (Shimizu et al., 2018). Para adolescentes que acessam os serviços de saúde, por exemplo, há uma valorização de receber atendimento em uma unidade de referência com profissionais já conhecidos (Santana et al., 2021). A confidencialidade também é um requisito importante ao promover a confiança de que os profissionais de saúde observarão sigilo nas informações dos prontuários dos pacientes (Shimizu et al., 2018). Além disso, a escuta ativa e empática, a assistência psicossocial e o encaminhamento para os serviços especializados, com articulação intersetorial, torna o setor de saúde essencial para o combate de desafios sociais complexos, como a violência contra as mulheres (Borth et al., 2018).

Ressalta-se, assim, que as políticas públicas de saúde destinadas aos territórios precisam ser construídas levando em conta as particularidades de cada município e suas localidades.

Quadro 02: Caracterização e processos de trabalho das experiências locais

Iniciativa e Local	Descrição Geral	Principais Ações/Serviços	Desafios e Observações
Casa de Apoio ao Ribeirinho (Carauari-AM)	Espaço criado pela gestão municipal para atender populações de comunidades sem Unidade Básica de Saúde (UBS) no próprio território. Oferece acolhimento, alimentação e estadia para pacientes em tratamento prolongado e com demandas de saúde complexas.	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento diário (turno da manhã) de 20 a 30 pessoas de áreas remotas Priorização de exames e encaminhamentos para saúde bucal em UBS próxima Acomodação e alimentação para usuários que necessitam de cuidados específicos ou graves. Maior facilidade em conseguir uma consulta durante estadia na cidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de atendimentos ocorre como se fossem realizados pela UBS fluvial, o que pode distorcer dados Localização distante do porto dificulta a mobilidade de quem chega por barco Desafio em oferecer atendimento alinhado às diretrizes da Atenção Primária Saúde com acompanhamento contínuo das famílias, ações planejadas, cuidado longitudinal e processos de vigilância em saúde do território.
Projeto Saúde e Alegria (Santarém-PA)	Organização que atua em parceria com diversos atores (ex.: Fundação Banco do Brasil, UEPA), voltada à melhoria do acesso à saúde em comunidades ribeirinhas. Destaca-se pelo “KIT UBS da floresta” e pelas iniciativas de telessaúde.	<ul style="list-style-type: none"> Fornecimento do “KIT UBS da Floresta” (geladeira com termômetro, autoclave, placas de energia solar etc.) Telemedicina e telessaúde em áreas de difícil acesso. Educação permanente em saúde para ACS (sensibilização para câncer de pele e de colo de útero, entre outros) 	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de infraestrutura mínima para instalação (ex.: energia solar, internet) Retenção de profissionais em áreas remotas permanece um desafio. Integração com políticas públicas locais e articulação com conselhos comunitários para prover internet e suporte.
Internet Comunitária (Região de Santarém-PA, Carauari-AM)	Em algumas comunidades ribeirinhas, conselhos locais negociam com provedores para garantir acesso gratuito à internet na UBS.	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimento da participação cidadã e do uso de ferramentas tecnológicas para agendamentos e orientações Comunicação entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e famílias por meio de WhatsApp 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidade e qualidade de sinal podem ser irregulares Requer articulação constante com provedores e lideranças locais
Bicilância e Ambulância (Afuá-PA)	Município onde o deslocamento urbano é feito predominantemente por bicicletas. Para urgência e emergência, utiliza-se bicilância e ambulância (lancha adaptada).	<ul style="list-style-type: none"> Viabilização de transporte alternativo em saúde. Adaptação às condições geográficas e culturais locais 	<ul style="list-style-type: none"> Limitação de velocidade e capacidade de atendimento em situações mais complexas.
Formação Profissional em Localidades Remotas (Carauari-AM, Santarém-PA)	Estratégias de formação e fixação de profissionais de saúde em áreas distantes, valorizando a população local. Exemplos: Licenciatura em Pedagogia do Campo (UEA) na Resex do Médio Juruá, com possibilidade de replicar modelo para cursos da área da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> Aulas presenciais em territórios ribeirinhos Parceria entre universidades, governos municipais e organizações da sociedade civil Metodologias adaptadas à realidade local 	<ul style="list-style-type: none"> Deslocamento de docentes e infraestrutura necessária podem ser onerosos, já que em muitas comunidades não existe a “casa comunitária”. Necessário apoio institucional amplo para validação de diplomas e continuidade do projeto

Iniciativa e Local	Descrição Geral	Principais Ações/Serviços	Desafios e Observações
Curso FormaSB (Coordenação de Saúde Bucal, MS, 2024)	Iniciativa de qualificação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Coordenação Geral de Saúde Bucal, Ministério da Saúde para equipes de saúde bucal de todo o Brasil, com foco em aprimorar práticas clínicas e ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal em áreas de difícil acesso.	<ul style="list-style-type: none"> Capacitação técnica via plataformas de ensino a distância e/ou encontros regionais Padronização de protocolos de atendimento e procedimentos em saúde bucal 	<ul style="list-style-type: none"> Adoção consistente de tecnologias de tele-educação depende de conectividade Fixação de profissionais de saúde bucal em localidades remotas ainda é desafio.
Comunicação ACS e População Ribeirinha (Amazonas, Afuá-PA)	ACS utilizam instruções impressas e folhetos para orientar as famílias, além de grupos e contatos individuais em WhatsApp, marcando visitas domiciliares e comunicando ações de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> Facilitação do contato e do fluxo de informações entre equipe de saúde e comunidade Acompanhamento longitudinal das famílias Maior adesão a atendimentos e procedimentos preventivos 	<ul style="list-style-type: none"> Limitações de acesso à internet em algumas localidades. Limitação de letramento digital de ACS em comunidades mais remotas. Necessidade de materiais impressos e atualizados periodicamente
Tele Posto (Nova Esperança, Resex do Médio Juruá, AM)	Espaço estruturado para a realização de teleconsultas, garantindo privacidade e condições adequadas de atendimento remoto.	<ul style="list-style-type: none"> Garantia de sigilo e atendimento em tempo real com profissionais especializados Redução de deslocamentos onerosos em áreas de difícil acesso. 	<ul style="list-style-type: none"> Dependência de conexão de qualidade para teleconsultas. Necessidade de suporte técnico local para manuseio dos equipamentos.
Telessaúde (Carauari-AM) e Teleodontologia (Santarém-PA e MS)	Parcerias para ofertar serviços de telemedicina e teleodontologia em regiões onde há escassez de profissionais. Atuação no suporte diagnóstico (ex.: tele estomatologia) e educação permanente.	<ul style="list-style-type: none"> Apoio de instituições de ensino e projetos de extensão (ex.: Universidade Federal do Amazonas (UFAM)) Interconsultas à distância para casos complexos Atualização de equipes locais por meio de teleducação, estratégia para fortalecer a linha de cuidado ao câncer de boca. 	<ul style="list-style-type: none"> Exige infraestrutura mínima e conexão constante Adoção depende de engajamento municipal e formação dos profissionais
Projeto Saúde e Alegria: Arte-Educação (Santarém-PA)	Conjunto de ações itinerantes em saúde e atividades lúdicas (ex.: circo) em territórios de difícil acesso. Visa promover prevenção, diagnóstico precoce e educação em saúde.	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento de saúde integrado a apresentações culturais Distribuição de orientações sobre higiene bucal, vacinação infantil e cuidados na gravidez Mobilização comunitária e sensibilização sobre práticas saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> Organização logística complexa (transporte de equipamentos, equipes, artistas) Sustentabilidade financeira e institucional do programa requer parcerias constantes.

Iniciativa e Local	Descrição Geral	Principais Ações/Serviços	Desafios e Observações
Tratamento Fora de Domicílio (Aveiro-PA)	Tratamento Fora de Domicílio (TFD) com recursos administrados pelo Estado, estratificados por demanda. Prioridade para casos de emergência (ambulância/ambulância), urgência (agendamento prévio) e eletivos (encaminhamento para municípios de referência).	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte financeiro para alimentação, hospedagem e deslocamento do paciente e acompanhante em casos eletivos • Organização de transporte adequado ao perfil da urgência (ex.: lancha, ambulância) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exige gestão articulada entre município, Estado e serviços de referência • Limitações de infraestrutura e pactuações podem retardar o atendimento
Colaboração interprofissional e intersetorial (Acre)	Colaboração interprofissional e intersetorial em equipes de saúde da família e órgãos como Funasa e Secretaria de Estado da Saúde, com compartilhamento de informações sobre doenças crônicas e agravos (malária, hanseníase, leishmaniose etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração conjunta de planos estratégicos de eliminação de doenças • Maior eficiência na detecção de surtos e no acompanhamento vacinal • Troca de informações contínua entre diferentes esferas de gestão 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção da comunicação constante entre órgãos distintos • Alinhamento de protocolos e dados em sistemas integrados

Fonte: Elaboração própria.

4.2. O papel-chave desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm uma forte presença nos municípios rurais remotos e desempenham um papel fundamental ao conectar a população com os serviços básicos de saúde. São os primeiros a serem procurados pelas comunidades devido ao forte vínculo que estabelecem e ao conhecimento geográfico das regiões, muitas vezes fornecendo seu número de telefone pessoal e seu endereço para facilitar o contato da comunidade (Fausto et al., 2023, Sousa; Almeida, 2023). O expediente de trabalho dos ACS não se limita aos horários formais de ocupação laboral (Santos et al., 2020). As atividades típicas dos ACS incluem visitas domiciliares às famílias com crianças, gestantes, pessoas com doenças crônicas e idosos, que são alguns dos procedimentos mais realizados pela atenção primária nesses municípios, conforme demonstram os **Anexos 03 e 04**. Em alguns casos, devido à localização na zona rural, as visitas ocorrem mensalmente. Nas unidades localizadas nas zonas urbanas, efetuam visitas domiciliares a adultos sem comorbidades, com uma periodicidade definida pelas equipes (Sousa; Almeida, 2023).

A figura dos ACS também é central para mediar a marcação de consultas e exames com a população da microárea e, posteriormente, o agendamento na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que fica na área central dos municípios. Por vezes, os ACS atuam como **“navegadores” do sistema de saúde**, acompanhando a pessoa até o fim de seus procedimentos/tratamentos. Os ACS, em al-

gumas situações, marcam consultas de difícil acesso no SUS, como as oftalmológicas, em clínicas privadas, negociando valores. Há, ainda, relatos de que os próprios ACS ofertavam procedimentos de enfermagem domiciliares de caráter simples e não invasivos como é o caso da aferição de pressão arterial, glicemia capilar, temperatura axilar, realização de curativo, retirada de pontos e administração de medicações na sua rotina diária (Santos et al., 2020). A expressão “navegadores” encaixa-se perfeitamente com a realidade local das comunidades em que **os ACS utilizam-se de rabetas** para realizar as visitas domiciliares, acrescentando-se que estas embarcações são de propriedade dos próprios ACS e que, muitas vezes, também são responsáveis pelo custo com combustível e precisam também saber pilotar ou ter um acompanhante dentre sua própria rede pessoal de contatos. Demonstrando-se assim que as visitas técnicas comprovaram o que a literatura afirmava na primeira fase do estudo.

Na realidade dos contextos rurais remotos na Amazônia, como em Maués-AM, os ACS são os profissionais mais presentes nas regiões do interior, muitas vezes sendo os únicos representantes da ESF no local (Lima et al., 2021). Assim, esses profissionais ganham destaque no estabelecimento de uma comunicação entre a população e os serviços de saúde. Isso porque trabalham na linha de frente da APS, realizando o primeiro contato com os usuários e compartilhando informações e orientação (Santos et al., 2020).

Durante as visitas técnicas, observamos que os ACS frequentemente assumem funções além daquelas originalmente previstas, devido às especificidades do território. Em algumas localidades, a UBS mais próxima exige uma **viagem longa e onerosa** por embarcação, o que torna os ACS o principal elo entre a comunidade e a UBS. Nesses contextos, uma das principais atribuições dos ACS é trazer as medicações da cidade até as comunidades, garantindo o acesso dos moradores, que não dispõem de condições para realizar esse deslocamento mensalmente.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham um papel fundamental na promoção dos serviços de saúde, pois são responsáveis por estabelecer uma conexão direta com a comunidade e, em alguns casos, oferecem cuidados

básicos. A entrevista 16, junto com as percepções do campo, informa que os ACS levam orientações de saúde até as famílias, além de fornecer produtos de tratamento da água em locais onde a única fonte de água é o rio que cerca a comunidade. Isso porque *“a população, ela capta aquela água, daquele braço de Rio, [o] uso pelo cloreto sulfato, férreo, de alguma forma ela [a população] faz aquilo para auto sustentar, né? Para tomar banho, lavar alimentos e tudo mais”* (Entrevista 5).

Em localidades onde há o fornecimento de produtos de tratamento de água, os ACS realizam orientações sobre o correto manejo desses produtos. Algumas comunidades apresentam resistências a implementar essa medida, em que justificam a mudança do sabor da água por causa dos produtos, mas na grande maioria as orientações são bem recebidas e seguidas. Outro serviço de saúde oferecido pelos ACS é o acompanhamento de pacientes que têm pressão alta e diabetes.

“[o] acompanhamento, principalmente, das pessoas que têm certas comodidades, né? como pressão alta, diabetes, a gente faz o acompanhamento integral, semanal, e faz todas as orientações pessoalmente com mais idosos, mantêm, de certa forma, o exercício... sabemos que não é tão fácil morar na região dessas, pessoa tem um lugar adequado, né, para uma pessoa de idade já fazer um certo... como posso dizer? mas a gente... temos um futebol aqui... a gente orienta que eles façam caminhada, coisa do tipo, para não estar caindo no sedentarismo precocemente.” (Entrevista 16)

Comunicação ACS e população ribeirinha

Uma das formas que o ACS leva as orientações do tratamento correto para as famílias ainda é através da distribuição de instruções impressas, **folhetos**.

Nas localidades em que o uso de internet já é mais generalizado verificou-se também a articulação de ACS com a população por meio de **whatsapp**, em grupos ou individualmente, comunicando por mensagens datas de visitas domiciliares e informações sobre as datas de presença da equipe completa em UBS ou de UBSF.

4.3. Fluxos e logística para acesso à saúde

O cadastro e o agendamento das famílias nos municípios rurais remotos são, em grande parte, feitos pelos ACS, por vezes de forma manual e, posteriormente registrados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica⁸ (SISAB/e-SUS APS) já na UBS do município sede, que possuem computadores e acesso à internet. Algumas UBS do interior possuem característica de priorizar demanda programada, de modo a exigir que o usuário compareça somente no dia da consulta, forma de agendamento considerada mais positiva na visão dos profissionais de saúde (Lima et al., 2023), no entanto, por vezes, esse formato constitui barreira devido à disponibilidade limitada de vagas (Lima et al., 2021; Silva; Fausto; Gonçalves, 2023). O acesso por demanda espontânea em outros momentos também se demonstra insuficiente, há situações indicadas nas visitas técnicas em que o médico da equipe de UBS ribeirinha, em 1 (uma) consulta se depara com 7 (sete pessoas) de uma família com demandas distintas, ou seja, na realidade está diante de 7 consultas, sendo que num período (manhã ou tarde) programado para 20 consultas para toda a comunidade.

Há desafios como a falta de cadastro ou a desatualização dos usuários, o atendimento insuficiente por médicos e enfermeiros, e a realização de registros manuais pelos ACS. Além disso, há dificuldades nos agendamentos de consultas, o que prejudica o quadro clínico dos usuários e o encaminhamento oportuno para atendimento especializado (Sousa e Almeida, 2023; Nunes et al., 2022).

É comum a locomoção da população das comunidades rurais até a UBS de municípios maiores, associada a viagens em busca de outros serviços, otimizando o deslocamento para diversas necessidades. Em muitos casos, essa preferência pelas unidades em localidades maiores ocorre devido à oferta de atendimento especializado e de exames complementares. Na porção oeste do Pará, municípios como Jacareacanga, Rurópolis e Prainha contam com a presença de hospitais e unidades de saúde. No entanto, em Aveiro e Curuá, as unidades sede apresentam infraestrutura precária (Lima et al., 2023; Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). O deslocamento da população e de profissionais, em certos casos, é realizado pelo mesmo veículo que transporta materiais e demais insumos necessários às unidades de saúde, o que pode ocasionar atrasos e provocar insatisfação (Fernandes et al., 2019).

Para garantir o acesso da população a exames específicos de saúde, pode ocorrer o agendamento sob demanda de forma semanal ou quinzenal, sendo que, na área rural, o turno ofertado para esse serviço de saúde é preferencialmente o matinal, de modo a contabilizar o tempo de deslocamento. No caso do exame citopatológico, por exemplo, diversas modalidades foram testadas, tais

⁸ Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

como o rastreamento oportunista⁹, a oferta em “unidades satélites” que percorriam localidades de quatro em quatro meses ou por meio do deslocamento de profissionais da enfermagem às microáreas para realizarem o exame citopatológico de forma domiciliar. Por fim, com o objetivo de diminuir as barreiras no acesso ao exame citopatológico, também é disponibilizado esse exame também em mutirões anuais do Programa de Bolsa Família (Fernandes et al., 2019). Como alternativa para solucionar o alto volume de agendamentos na atenção especializada, a prefeitura de Autazes implementou o “Programa Zero Fila na Saúde”. O programa tem como objetivo oferecer serviços de saúde com mais agilidade, disponibilizando exames laboratoriais e de imagem, cirurgias eletivas e consultas com especialistas (Fator Amazônico, 2024).

Durante as visitas técnicas, observou-se que o exame citopatológico é disponibilizado às populações em áreas de difícil acesso, principalmente por meio da UBS fluvial e de mutirões de saúde voltados à saúde da mulher. Entretanto, além de oferecer o exame em si, é fundamental garantir o retorno dos resultados e o encaminhamento para tratamento adequado em casos de alterações. Esse acompanhamento pós-exame constitui um desafio para as moradoras de localidades distantes das UBS.

Outra estratégia utilizada para a redução das filas de espera por consultas e cirurgias são os mutirões de saúde. No estado do Amazonas, o mutirão oftalmológico, realizado em abril de 2024, também contribui. Os municípios contemplados — Elvira, Boca do Acre, Itamarati e Eirunepé — realizaram cirurgias de catarata e remoção de carne crescida para mais de 400 pacientes. É importante destacar que, nos mutirões, os pacientes passam previamente por uma triagem nas unidades de saúde e, após avaliação, são encaminhados para os procedimentos. É frequente, ainda, que os recursos que custeiam tais ações sejam obtidos por ações parlamentares, como neste caso específico (Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas, 2024a).

Parcerias com universidades também apoiam a estruturação da rede de atenção em municípios de difícil acesso. A Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa) de-

⁹ Exame realizado em situações em que a mulher procurou a unidade de saúde por outro motivo, mas, para garantir que ela teria acesso ao procedimento, o mesmo é ofertado naquela ocasião. Comumente realizado com mulheres que não têm frequência na UBS ou vivem em áreas sem ACS.



Vista Rio Amazonas, região de Afuá-PA.
Fonte: Acervo Instituto Veredas.

senvolve o projeto “Avaliação Estrutural Oftalmológica de Populações Residentes em Áreas Remotas da Amazônia e Avaliação de Doenças com Ênfase em Glaucoma e Doenças da Retina” que tem como população alvo a população ribeirinha. O projeto conta com uma logística complexa para alcançar as comunidades mais isoladas, que demandam recursos financeiros e apoio institucional, com a busca ativa por parceiros privados que lhe forneçam sustentabilidade a longo prazo (Santos, 2024).

Quando há necessidade de tratamento especializado nas sedes municipais, o recurso Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é o principal recurso utilizado, auxiliando com passagens de ônibus ou veículos. No entanto, o financiamento do TFD conta com repasses ainda insuficientes e não atende todas as necessidades da população atendida fora do seu território, sendo assim, muitas vezes os gestores complementam com recursos municipais (Nunes et al., 2022; Almeida et al., 2022). Em casos mais graves e urgentes, o traslado de pessoas ocorre em locais indevidos, por exemplo em redes ao invés de macas, em longos percursos realizados a pé por seus familiares até os locais em que o transporte da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) chega (Rodrigues et al., 2021).

No município de Aveiro-PA, por exemplo, o TFD tem seus recursos financeiros gerenciados pelo Estado, com estratificações por demanda de saúde. Em casos de emergência com risco de vida, os pacientes são encaminhados por ambulância ou lancha para a cidade mais próxima que disponha do tratamento necessário. Já nos casos de urgência, os pacientes são enviados de ambulância para municípios com os quais Aveiro possui pactuação, mediante agendamento prévio. Por fim, nos casos eletivos, os pacientes são direcionados para municípios de referência, e a Secretaria Municipal de Saúde inicia o processo de encaminhamento, providenciando ajuda de custo para alimentação, pernoite, se não houver uma casa de apoio no município que recebe os pacientes, e deslocamento do paciente e de um acompanhante (Aveiro, 2021).

Uma experiência de boa prática ocorrida no estado do Acre apontou que a colaboração interprofissional e intersetorial é benéfica. Viu-se o compartilhamento coeso de informações sobre pacientes com doenças crônicas entre os profissionais de saúde de equipe de saúde da família (ESF), o acompanhamento vacinal da população e até mesmo maior eficiência no acompanhamento e detecção de surtos e doenças como a hanseníase e a leishmaniose. Essa articulação de rede levou a facilitação da elaboração e implementação de planos estratégicos para a eliminação de doenças como a malária, por exemplo. Houve também a cooperação entre as Equipes da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Secretaria do Estado de Saúde e unidades básicas de atendimento à população indígena (Rodrigues et al. 2021).

Há um papel de destaque da assistência social na viabilização da continuidade e da integralidade do cuidado em saúde. Em alguns casos, a Secretaria de Assistência Social colabora com a Secretaria de Saúde fornecendo recursos financeiros para as ESF realizarem os tratamentos ou transportes de pacientes moradores de áreas rurais. Foram, também, relatadas experiências em que houve a necessidade de mobilização de redes de apoio social mais amplo, tais como a articulação conjunta da Secretaria de Saúde, Centro de Referência de Assistência Social, do Conselho Tutelar, entre outros (Rodrigues et al. 2021).

As igrejas, ONGs e forças armadas também desempenham um papel complementar ao preencher as lacunas do sistema público de saúde, realizando ações itinerantes em áreas rurais. As igrejas, por sua vez, oferecem espaço para atividades de saúde e até mesmo servem como ponto de apoio para a produção e venda de medicamentos caseiros (Rodrigues; Almeida; Fausto, 2021). A comunicação com a população para o compartilhamento de informações sobre saúde é realizada de diversas formas. As redes sociais, como as igrejas e as lideranças comunitárias, despontam como redes de assistência para os usuários, mostrando que é essencial a articulação entre saúde e apoio social (Santos; Silva, 2014). Em duas das entrevistas realizadas foram citadas organizações religiosas que desempenham apoio ao serviço de saúde por meio de atividades assistenciais, como divulgação de informações e eventuais encaminhamentos. Além disso, a presença constante das forças armadas em campo, que tem sido um apoio significativo para as comunidades ribeirinhas, soluciona demandas que não exigiam transporte até o município mais próximo, as atividades envolvem a distribuição de medicamentos, atendimentos odontológicos e fornecimento de materiais de higiene.

Casa de Apoio ao Ribeirinho - Carauari-AM

A Casa de Apoio ao Ribeirinho é uma estratégia criada pela gestão municipal para atender populações que vivem em comunidades que não possuem UBS em seu território. A Casa de Apoio pretende suprir a necessidade de atendimento ágil da população que tem dificuldade de locomoção até os serviços de saúde, oferecendo um atendimento exclusivo para essas pessoas. Um dos pontos interessantes é que a Casa de Apoio também oferece estadia e alimentação para as pessoas que precisam de um tratamento mais longo, garantindo que consigam ser atendidas em local apropriado e sem custos relacionados a estadia.

A Casa de Apoio foi avaliada como positiva pelas comunidades atendidas, visto que antes sua população precisava acessar buscar aces-

so em uma das UBS da cidade, disputando as vagas de atendimento com a população já usuária daquela UBS, resultando, muitas vezes, na desistência do atendimento. Na Casa de Apoio, são realizados atendimentos no turno da manhã para moradores de comunidades distantes em demanda livre, recebendo entre 20 e 30 pessoas nesse período. Quando há necessidade de exames, os pacientes aguardam na cidade e recebem prioridade na realização dos procedimentos. Para serviços de saúde bucal, também há encaminhamento prioritário para a UBS mais próxima de sua hospedagem. No entanto, a casa de apoio não realiza atendimentos para gestantes.

Entre os desafios encontrados, destacam-se possíveis falhas no registro dos atendimentos, que é registrado como se fosse um atendimento realizado pela UBS fluvial, e a distância em relação ao porto, o que dificulta o deslocamento de quem chega de barco. Além disso, do ponto de vista da Atenção Primária à Saúde (APS), há preocupação de que a Casa de Apoio se assemelhe mais a um serviço de pronto atendimento do que um serviço de Estratégia de Saúde da Família, que preconiza continuidade dos atendimentos e o planejamento de ações em saúde.

4.4. Saúde bucal nas comunidades rurais e remotas

A iniciativa das Unidades Odontológicas Móveis (UOM) visa otimizar o atendimento nessas comunidades remotas, oferecendo soluções mais eficientes e adequadas às suas necessidades específicas. A proposta das UOM teve início com as primeiras entregas no final de 2011, expandindo mais significativamente em 2012, mas enfrentando uma estagnação nos anos seguintes. Em 2018, houve uma nova rodada de implementação, embora em quantidade reduzida. Em 2024, a iniciativa foi retomada, contando atualmente com 240 UOM cofinanciadas pelo governo federal com os municípios. Contudo, existem outras estratégias de implementação que são financiadas exclusivamente por municípios ou em parceria entre municípios e estados, sem a participação do governo federal. Essa retomada busca ampliar o alcance das UOM para atender populações com acesso limitado a serviços odontológicos. **Em parceria com Universidades, a Coordenação-Geral de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, planeja fortalecer a estratégia de tratamento odontológico em 2025.** A proposta prioriza as populações indígenas e ribei-

rinhas da Região Norte, que atualmente possuem acesso limitado de atendimento odontológico. Podendo assim otimizar o atendimento nessas comunidades remotas, oferecendo soluções mais eficientes e adequadas às suas necessidades específicas (entrevista 8).

As UOM possuem a mesma estrutura e oferta de serviços de um consultório odontológico fixo da atenção básica, mas adaptadas a um veículo móvel, incluindo equipamentos como raio-x. A rotina de cuidado oferecidos por uma unidade inclui procedimentos como orientações de higiene bucal, restaurações, remoção de tártaro, reparos de próteses e atendimentos de urgência. Ao chegar em áreas remotas, é necessário encontrar um local adequado para o atendimento, com espaço de espera físico para usuários e acesso à energia e água, indispensável para o funcionamento dos equipamentos odontológicos, garantindo conforto e eficiência no atendimento.

Existem alguns critérios para receber o cofinanciamento federal. As unidades devem ser operadas por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com carga horária de 40h semanais distribuídas entre a UBS e a UOM. Essa estratégia busca atender áreas remotas e de maior necessidade, promovendo equidade no acesso à saúde bucal. Também existem desafios de saúde e de recursos humanos que a UOMs enfrentam. As demandas de saúde bucal mais frequente são relacionadas à cárie dentária. Já os principais desafios em termos de recursos humanos se dão no próprio território, com a disponibilização de profissionais, especialmente em municípios fronteiriços e de pequeno porte. Nesses municípios, frequentemente surge a dificuldade de reter os profissionais de saúde, como nos outros tipos de atendimento de saúde (entrevista 8).



Casa de Apoio ao ribeirão. Fonte: Acervo Instituto Veredas.



Consultório de odontologia em Jupaty, Afuá-PA Fonte: Acervo Instituto Veredas.

Teleodontologia

O papel das tecnologias na saúde bucal vincula-se ao fornecimento da teleodontologia. As poucas experiências que já ocorreram foram exitosas e estão localizadas na região Norte do Brasil com parceria da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) (entrevista 8). Uma das iniciativas de telessaúde lançada pela Coordenação Geral de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, foi a tele estomatologia, em que atua como apoio nas tele interconsultas.

“Uma das estratégias já implementadas pela coordenação geral de saúde bucal, é a estratégia para fortalecer a linha de cuidado ao câncer de boca através de um aplicativo, que é o que a gente chama de tele estomatologia. Então, esse aplicativo, ele tem aí como uma das suas características, é, o apoio nas teleinterconsultas.” (Entrevista 8)

A estratégia da tele estomatologia funciona da seguinte forma:

“Então, eu tô lá atendendo em uma comunidade indígena, é, eu observei lá, realizei o atendimento lá a um usuário, observei que tem uma lesão ali suspeita que pode indicar ou pode avançar para um possível câncer de boca. Então, profissional lá [no município], em posse desse aplicativo que ele baixa gratuitamente aí nessas lojas de aplicativo, ele fotografa lesão e envia para este apoiador, né? Para este consultor que vai estar lá cadastrado no aplicativo, o consultor [do tele estomatologia], ele avalia essa lesão através dessa foto que ele registrou no aplicativo e com isso ele vai colocar lá qual é a suspeita diagnóstica e a orientação de conduta, é, terapêutica e de busca e de serviços. E aí com isso, ele pode agilizar, né? essa suspeita diagnóstica e agilizar a resposta é desse usuá-

rio. A partir do momento que o profissional envia essa fotografia para esse consultor, ele tem um prazo aí de até 72 horas para resposta e isso pode agilizar bastante o diagnóstico. E se, por exemplo, confirmado aí como positivo para lesão de câncer, isso coloca aí o prognóstico desse usuário, né? você tende a melhorar o prognóstico porque você vai ter uma resposta mais rápido.” (Entrevista 8)

Foi realizada uma capacitação voltada para informar melhor sobre a estratégia da tele estomatologia, por meio digital na plataforma do DataSUS.

Em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a Coordenação Geral de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, lançou em 2024 um curso de qualificação FormaSB¹⁰. A formação foi voltada para todas as equipes de saúde bucal do Brasil, mas trouxe particularidades importantes que destacaram a prioridade dada a regiões com maior vulnerabilidade social. Essa política reforça o compromisso com a equidade e a redução das desigualdades regionais, buscando garantir que os profissionais dessas áreas tenham maior qualificação para atender às demandas locais e oferecer serviços de saúde mais eficazes e abrangentes.

Existem perspectivas para novas qualificações direcionadas ao Técnico em Saúde Bucal (TSB), profissionais indispensáveis nas equipes de saúde bucal da atenção primária no Brasil. Segundo a entrevista 8, o país enfrenta uma insuficiência na oferta desses técnicos, o que limita a resposta às demandas de saúde bucal da população. Para enfrentar esse desafio, a Coordenação-Geral de Saúde Bucal tem se empenhado em ampliar a formação desses profissionais, fortalecendo as equipes do SUS e promovendo um acesso mais equitativo e eficaz aos serviços de saúde bucal em todo o território nacional. Essa política busca garantir maior equidade no financiamento da atenção primária à saúde, considerando as particularidades dessas localidades. Essa diferenciação reflete mais uma estratégia para assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde, reconhecendo as especificidades e os desafios enfrentados por essas populações.

Os atendimentos odontológicos em geral ocorrem na sede dos municípios, com alguns ACS das áreas rurais acompanhando os usuários no dia agendado para o atendimento, ajudando na organização e assegurando o acesso de todas as pessoas. Em comunidades ribeirinhas, o serviço odontológico é oferecido de forma esporádica, sendo realizado principalmente em embarcações equipadas com consultórios odontológicos (Sousa; Almeida, 2023). A menor utilização de serviços odontológicos nas áreas rurais pode estar relacionada com o baixo financiamento e necessidades odontológicas percebidas, além da ausência de registros de cuidados na APS (Herkrath et al., 2020). Durante as visitas técnicas, moradoras de comunidades remotas relataram maior dificuldade em conseguir atendimento

¹⁰ Disponível em: <https://www.ufmg.br/dedd/noticia/formasb-curso-de-atualizacao-para-equipes-de-saude-bucal-promove-aula-inaugural-no-dia-3-de-setembro/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

odontológico em comparação a outros atendimento em saúde. Além disso, gestores de saúde dessas localidades relatam preocupação com o alto índice de extrações dentárias, que evidencia tanto a fragilidade dos mecanismos de prevenção quanto as dificuldades de acesso contínuo aos cuidados odontológicos.

Continuidade do cuidado em saúde bucal

Existem alguns facilitadores para a implementação e continuidade da saúde bucal no Brasil. A forma como a saúde bucal é ofertada é um deles, já que ela é um direito constitucional garantido. Inclusive, este é um fator que diferencia a assistência bucal brasileira de outros países.

“[...] do jeito que a gente oferta hoje a gente não tem experiências internacionais que se equiparam. Como é que a gente oferta? Primeiro, colocando a saúde bucal como direito constitucional. Se a gente for fazer uma varredura aí nos sistemas universais do mundo, certamente não encontraremos. [...] Então é garantir saúde bucal como direito constitucional, esse é um aspecto e digamos assim, muito positivo, que é um aspecto que coloca inclusive a saúde bucal como direito humano fundamental. [...] No Brasil, o nosso sistema de saúde, ele é universalista e o que significa? Significa que o direito à saúde é direito do cidadão. Então, ele não vai estar ligado à necessidade de um vínculo trabalhista, então nosso modelo não é um modelo conservador, como era um modelo INANPiano¹¹ ou seja, para eu ter direito à saúde é preciso ser cidadão eu não preciso estar vinculado formalmente ao mercado de trabalho.” (Entrevista 8)

Outro facilitador é a compreensão de que a saúde bucal faz parte da estrutura estatal do sistema de saúde pública, vinculado ao modelo ideológico de saúde bucal coletiva. Essas atividades fomentadas pela Política Nacional de Saúde Bucal precisam ser oferecidas diretamente por unidades públicas, garantidas pela administração pública. Com isso, a saúde bucal brasileira deve ser gratuita e atender as especificidades locais.

“[...] Então, se a gente for observar a política nacional de saúde bucal, a gente não prevê na nossa organização a participação privada no sentido de provimento direto das ações, ou seja, as equipes de saúde bucal é atenção especializada e hospitalar, ela precisa estar dentro da... precisa estar dentro da estrutura pública. O que você pode, digamos assim, complementar com a iniciativa privada é uma ou outra estratégia, mas o provimento direto, ele precisa ser é garantido pela administração direta. [...] está ligado a um modelo ideológico no sentido do campo da ideia que é o da saúde, da saúde coletiva. Na saúde bucal, a gente fala em saúde bucal coletiva, que é uma proposta ideológica que nasce aí com intelectuais latino-americanos, ou seja, a gente não se espelha numa realidade norte ocidental. A gente se espelha na nossa realidade, que é a realidade latino-americana, entendendo aí as nossas particularidades e as nossas necessidades.” (Entrevista 8)

¹¹ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974 no regime militar, vigorou até 1993, quando foi extinto pela Lei nº 8.689.

4.5. Iniciativas de formação, telessaúde e compartilhamento de dados

Iniciativas como a telessaúde são compreendidas como uma alternativa essencial para que a população rural ou remota tenha acesso a serviços de saúde (Bousquat et al., 2022). No entanto, a telessaúde ainda é pouco utilizada devido a dificuldades de conectividade e baixa informatização das UBS (Fausto et al., 2023). Há necessidade de investimentos em informação e comunicação em áreas isoladas, principalmente incentivo e ampliação da telessaúde e prontuários eletrônicos, como também, redução da desigualdade de acesso computador, internet e redes telefônicas. Também há frequentes falhas de conectividade, falta de energia elétrica e limitações na transmissão via rádio, principalmente no interior (Franco; Lima; Giovanella, 2021; Fausto; Giovanella, 2021; Rodrigues et al., 2021). Por este motivo, não ocorre uso rotineiro de telessaúde devido a insuficiência de internet e computadores (Almeida et al., 2021). Em outros territórios, como Minas Gerais e a Bahia, a telessaúde foi implementada com maior sucesso para condições específicas, como doenças crônicas cardíacas, e para teleconsulta e telediagnóstico, com aquisição de equipamentos em municípios com maior carência. Nos locais onde a infraestrutura é limitada, há apenas ações de capacitação de profissionais por meio de telechamadas (Almeida et al., 2021a; Almeida et al., 2021b).

Esta análise decorrente da revisão bibliográfica se confirmou no território visitado e nas entrevistas realizadas, inclusive na prática, em momentos de baixa conectividade das pessoas entrevistadas tendo que “fechar a câmera” ou reagendar entrevistas. O Projeto Saúde e Alegria, em Santarém-PA, desenvolve uma



Tele Posto (Nova Esperança, Resex do Médio Juruá, AM). Fonte: Acervo Instituto Veredas.

iniciativa de Educação Permanente em Saúde (EPS) voltada à capacitação de profissionais de saúde para identificar as manchas suspeitas que têm possibilidade de câncer de pele e colo de útero (Projeto Saúde e Alegria, 2025). Isso permite que o profissional tenha um olhar mais sensível para realizar o encaminhamento do paciente de forma célere e eficiente. Há também teleeducação fornecidas pelas universidades que oferecem os serviços de telessaúde, através de palestras e cursos. Além disso, o Ministério da Saúde desenvolve a iniciativa “Mais Saúde com Agente”¹², ofertando cursos técnicos em Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE).

Outra iniciativa interessante do **Projeto Saúde e Alegria**, Santarém-PA, é que esta organização atua para facilitar o acesso ao **Programa Saúde da Floresta (PSF)** e leva atendimentos em Saúde e arte-educação através de atividades lúdicas dentro dos territórios. Nas visitas técnicas relatou-se, que durante apresentações de circo, são fornecidos diversos atendimentos de saúde, incluindo a sensibilização para práticas mais saudáveis de higiene bucal.

“Viemos com arte-educadores, comunicadores populares, fazendo oficinas com os jovens para criação de produtos educativos, TikTok, programa de rádio, fotonovela, história em quadrinhos, isso em parceria com a escola. E, depois de tudo isso, o grande resumo de tudo, vem no grande circo Mocarongo, que é um grande espetáculo que acontece à noite nas comunidades, com todos os artistas das comunidades, talentos locais e tudo que os grupos produziram” (Projeto Saúde e Alegria, 2025)

Há um crescimento das iniciativas de telessaúde na região, com algumas especialidades apresentando maior adesão. No Amazonas, dados da Secretaria de Estado de Saúde (SES-AM) indicam que, dentre as 12 especialidades oferecidas, a maior demanda no primeiro semestre de 2024 foi para psiquiatria clínica, seguida de neurologia pediátrica e neurologia clínica para adultos (Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas, 2024c). Já a Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará lançou, em 2021, o Projeto “Telemedicina Pará”, em um projeto que conta com a parceria do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi) com o Hospital Israelita Albert Einstein. Por meio deste projeto, são ofertadas teleconsultas em sete especialidades médicas: endocrinologia, neurologia, neurologia pediátrica, pneumologia, cardiologia, psiquiatria e reumatologia, cobrindo aproximadamente 40 municípios (Vilanova, 2021; Lira, 2021; Lira, 2022; Pinho, 2022).

¹² Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mais-saude-com-agente>. Acesso em: 25 fev. 2025.

Sobre a Telessaúde

O termo “telemedicina” refere-se a procedimentos realizados ou sob responsabilidade de médicos. As iniciativas encontradas nos territórios abrangem muito mais procedimentos e, portanto, o termo “telessaúde” se aplica melhor, pois engloba o uso das tecnologias de informação e comunicação para compartilhar informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde, por profissionais de saúde, como informa o Conselho Federal de Medicina (Brasil, 2022).

Através da Portaria nº 3.691/2024, foi instituída a Ação Estratégica SUS Digital por meio da Telessaúde. As modalidades de serviços assistenciais que são disponibilizados pela telessaúde, são: teleconsultoria (síncrona e assíncrona); triagem; teleconsulta; telediagnóstico; telemonitoramento; teleinterconsulta; teleducação; telerregulação e teleorientação (Brasil, 2024).

A Universidade Federal do Pará (UFPA) e a Universidade Estadual do Pará (UEPA) têm projetos de telessaúde para vários municípios, incluindo os municípios rurais e remotos. Os serviços fornecidos pelo programa de Saúde Digital-UEPA¹³ são: teleconsulta e teleducação. A UFPA fornece os serviços de telessaúde em teleconsultoria, teleducação e telediagnóstico, com perspectivas futuras para disponibilizar a teleconsulta e o tele interconsulta. A teleducação é realizada de acordo com as demandas locais dos profissionais de saúde e do próprio município (entrevista 12). As capacitações online realizadas pela UEPA são disponibilizadas em uma plataforma gratuita e de acesso livre pelo canal do youtube “SAÚDE DIGITAL UEPA CCBS”¹⁴ e a UFPA utiliza o Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT) tanto para a teleconsultoria quanto para a teleducação. Um dos benefícios trazido pela telessaúde não é apenas diminuir o tempo de espera para uma consulta com especialista, mas também reduzir os custos para o SUS.

A teleconsultoria assíncrona é um serviço de saúde disponibilizado pela UFPA que possibilita a comunicação entre médicos, profissionais e gestores da área da saúde para o esclarecimento de dúvidas e a busca por orientações especializadas. A capacitação dos profissionais de saúde influencia os serviços fornecidos às populações remotas. Por meio do Sistema de Telemedicina e Telessaúde (STT), um profissional de saúde pode descrever um caso complexo e encaminhá-lo a um teleconsultor. Dessa forma, a teleconsultoria assíncrona fortalece a rede de assistência à saúde, ampliando o acesso a informações especializadas e promovendo maior eficiência na tomada de decisões clínicas.

13 Disponível em: <https://ccbs.uepa.br/sausedigital/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

14 Disponível em: <https://www.youtube.com/@sausedigitaluepa>. Acesso em: 25 fev. 2025.

Outro serviço de telessaúde da UFPA é o telediagnóstico que permite a realização de diagnósticos à distância, facilitando a superação de barreiras geográficas e temporais. Por meio da plataforma STT, imagens de exames de pacientes realizadas nos municípios são enviadas para análise remota. O serviço abrange diferentes áreas, como Teledermatologia, Teleeletrocardiograma e Teleradiologia, possibilitando que mais pessoas tenham acesso a avaliações médicas precisas sem a necessidade de deslocamento imediato. Dessa forma, o telediagnóstico contribui para a ampliação da assistência especializada e a melhoria dos serviços de saúde, promovendo um atendimento mais eficiente e acessível.

O sistema utilizado pelo Programa Saúde Digital-UEPA para a realização das teleconsultas é o e-SUS. Nas consultas de telessaúde, é utilizado o Prontuário Eletrônico do e-SUS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Os médicos são contratados a partir de um processo formal via edital, publicado no site da própria universidade estadual. A equipe é composta por médicos especialistas, coordenador geral, profissionais da área de enfermagem, profissionais de tecnologia da informação, além de técnicos, analistas e outros profissionais necessários para dar suporte a execução de um projeto dessa magnitude.

O Saúde Digital-UEPA prevê implementar um projeto de pesquisa atrelado às atividades de telessaúde já existentes no Programa. Tendo, entre outros, o objetivo seria o de mapear as demandas endêmicas mais urgentes dos municípios e poderem atuar em cima desse levantamento.

“[...] o Ministério solicitou uma programação do que pode vir a ser implementado, é... de incluir um projeto de pesquisa dentro do próprio projeto, entendeu? Colocar alguns alunos, nós já temos, nós temos 8 bolsista, 4 de medicina [...] 4 alunos do curso de medicina que, é, auxiliam a equipe médica no atendimento digital e 2 de fisioterapia, 2 de enfermagem, então nós queremos ampliar esse número de alunos com uma nova coordenação, que fosse implementar um projeto de pesquisa. É feito um levantamento que no caso seria é todo conhecimento, é, online para fazer um levantamento das famílias junto aos municípios para saber quais são as doenças mais endêmicas, quais são os problemas de saúde para, assim, a gente chegar num denominador de atender outras especialidades quando a gente for fazer a inclusão e o aumento também dos médicos. Aliás, com a inclusão das especialidades e a inclusão de outros municípios.” (Entrevista 12)

Referido Programa UEPA realiza também um trabalho de educação a nível municipal junto aos profissionais de saúde para que haja adesão dos usuários do SUS à telessaúde. Isso porque como algo novo ainda gera desconfiança da população acerca das consultas online. Para que haja essa desmistificação aos esses serviços de saúde disponibilizados pelo projeto Saúde Digital, é realizado uma:

“[...] capacitação junto aos profissionais das unidades de saúde dos municípios para que eles possam ter uma qualidade junto à população para que a faça adesão ao projeto. [Por] que antigamente, eles tinham muita rejeição, eles achavam que uma consulta online não era a mesma coisa com uma consulta presencial. Hoje em dia não, e nós temos tido, inclusive, muitos casos de atendimento na ortopedia, que é uma coisa mais específica, mais de osso, uma arte coluna, mas nós temos tido muito, muita demanda para essa especialidade, né? Assim como a parte psiquiátrica também nós temos desenvolvido de forma é praticamente nós não estamos 100%, mas nós temos que trabalhar feito um trabalho de excelência.” (Entrevista 12)

A **teleinterconsulta** que a telessaúde da UFPA está planejando implementar diz respeito a um novo serviço de saúde com a intenção de promover a “interação remota para a troca de opiniões e informações clínicas, laboratoriais e de imagens entre profissionais de saúde, com a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, facilitando a atuação interprofissional” (Brasil, 2024). Essa interação entre especialista-médico do território-paciente trará enormes benefícios, desde a continuidade do cuidado desse paciente pelo médico do território quando a promoção de uma teleeducação para o profissional que estará na consulta junto com o paciente e o especialista.

“[...] essa teleinterconsulta, a gente consegue fazer educação permanente com esse médico, né, então pode ser que o caso da dona Joana, que esteja discutindo com esse médico cardiologista agora, seja o caso do seu João mais pra frente, e aí ele já vai ter o conhecimento de como manejar esse paciente, e é por isso que a gente preza por essas teleinterconsultas, para que ele seja direcionado dessa forma. Então, a gente faz educação permanente.” (Entrevista 11)

O município de Afuá/PA também tem experiência com a implementação dos serviços do projeto Telessaúde-COSEMS-PA¹⁵ e com a Telemedicina do Hospital Israelita Albert Einstein. Os serviços de telessaúde do município abrange as especialidades de Cardiologia, Neurologia, Endocrinologista, Alergista, Pediatra (até 14 anos) Urologista, Pneumologista, Gastroenterologista, Dermatologista, Ginecologista e Obstetrícia (Prefeitura Municipal de Afuá, 2022). Destaca-se que, em geral, as teleconsultas são de especialidades e não urgentes.

“A primeira experiência do município com a saúde digital foi quando a gente implantou o PEC, né? Em 2014 para 2017. Em uma unidade que foi a primeira para a gente fazer nessa... Essa organização de teste que foi muito bom! A gente colocou essa unidade, que era a única e a mais completa que tinha. [...] A gente conseguiu captar o recurso, né, para equipar [...] e desde lá a gente atua com o PEC, com essa unidade, ela é a nossa referência, até para colocar os projetos, né? E ela lembra das outras demandas que o município precisa e aos poucos a gente está caminhando [...] que a gente precisa [...] ser pé no chão, né? [...] O que que a gente pode expandir com a nossa realidade?” (Entrevista 4)

Os serviços de telessaúde contribuem para reduzir o tempo de espera e minimizar o deslocamento de pacientes e profissionais de saúde (Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas, 2024c). Uma outra iniciativa de destaque é o Projeto de Telemonitoramento de Pré-Natal de Alto Risco no Estado do Amazonas (TelePNAR)¹⁶, fruto de uma parceria entre o Hospital Universitário Getúlio Vargas da Rede Ebserh, a Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e o Ministério da Saúde. O Projeto tem como objetivo assessorar as equipes de saúde que estão em áreas remotas, com uma plataforma que fornece informações em tempo real para os profissionais e pode ser acessada por celular ou tablet. Os casos são estratificados como gravidez de alto risco ou risco intermediário e contam com apoio de equipe de enfermagem e obstetrícia para o manejo a nível local, minimizando o deslocamento de gestantes.

“Então, o que que a gente observou ao longo desse tempo aí que a gente já está atuando? Que a gente conseguiu diminuir os casos de transferência para Manaus, que muitos casos a gente consegue estar resolvendo dessa forma, orienta: ‘Olha, faz isso, pede tal exame’. Em outras situações a gente sinaliza: ‘olha, é melhor você já encaminhar essa paciente logo de uma vez’. E, quando é possível, a gente já até tenta entrar em contato com as unidades aqui, com os colegas aqui, de forma a facilitar a chegada dessa paciente de forma mais rápida. Com isso também a gente percebeu que aquelas pacientes que estão transferidas, elas chegam aqui melhores condições, que antes elas ficavam lá tentando, ficavam adiando a transferência delas e, quando chegava aqui, a gente já tinha perdido o timing pra poder estar agindo” (Entrevista 2)

15 Disponível em: https://portal.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/experiencias/144_o-projeto-telemedicina-cosems-pa-como-estrategia-de-oferta-de-consultas-especializadas. Acesso em: 25 fev. 2025.

16 Disponível em: <https://www.pnar.sites.ufam.edu.br/sobre-o-projeto.html>. Acesso em: 25 fev. 2025.

Em todas as entrevistas em que foi mencionada a telessaúde parece ser muito bem-vinda pelos municípios e demonstra resultar em bons aprendizados, tais experiências fornecem uma compreensão maior sobre os desafios que os municípios enfrentam na implementação e manutenção desse serviço. As questões de infraestrutura para a realização de teleconsultas, por vezes, envolvem transportar pacientes para os locais onde há internet e eletricidade, para acompanhamento pelo profissional de saúde local. Do ponto de vista do atendimento, são ressaltadas a importância do profissional de saúde que está presencialmente com o paciente ter bons conhecimentos para o apoio e a operabilidade de sistemas dos bancos de dados, por exemplo, para quando o paciente muda de cidade seu prontuário poder ser disponibilizado na nova localidade.

O município de Chaves-PA conta com duas parcerias na disponibilização dos serviços de telessaúde: a do Hospital Israelita Albert Einstein e da Universidade Federal do Pará, que fornecem os serviços de profissionais especialistas para o município. Tais parcerias em telessaúde suprem uma demanda de saúde que o município não atendia no local (entrevista 5).

Foi informado que **a telessaúde agregou bastante no período pandêmico**, pois a crise sanitária muitas vezes impossibilitou a busca de atendimento médico da população de Afuá em Macapá, como ocorria (e ocorre) frequentemente. Nesse período, uma parceria com a Organização das Nações Unidas (ONU) possibilitou o acesso a este serviço dentro do arquipélago do Marajó:

“a gente conseguiu algumas doações de tablet, computador para funcionar o telemedicina [pra atender casos que] não tinha como você encaminhar para outras regiões se tava, é, em situação de emergência, não é? E aí a gente tem que resolver no município, principalmente os casos de autismo, né? [...] fechamento de casos, que agora é na telemedicina [...]” (Entrevista 4)

Em Santarém, há a disponibilização dos serviços de telessaúde por meio de parcerias. Os serviços de telemedicina fornecidos pelo município são realizados através de uma parceria com os já mencionados: Projeto Saúde e Alegria e a Saúde Digital-UEPA. Além da adesão ao Programa Saúde da Floresta, idealizado pela Fundação Amazônia Sustentável (FAS) que disponibiliza o acesso a internet a algumas comunidades ribeirinhas. Estes serviços de telessaúde são direcionados especialmente onde há maior dificuldades em reter profissionais de saúde no local.

Mesmo com todo este cenário na telessaúde, o uso de ferramentas de tecnologias da informação e compartilhamento de dados e informações ainda é pouco desenvolvido nos municípios rurais remotos. Em grande parte as UBS são informatizadas, mas se depara com falta de conectividade, atrelada também a dificuldades de energia. Em vários casos, como já se mencionou, é verificado que o aplicativo WhatsApp é utilizado entre gestores, profissionais de saúde e usuários como meio de orientações, envio de informações, e agendamento de consultas. Mas em áreas mais remotas, também é usado rádio-transmissor e rádio local, como formas de comunicação importantes (Fausto; Giovanella, 2021). O WhatsApp, ainda que muito utilizado nas comunidades com acesso à luz e internet, torna-se uma solução local que agiliza parte da necessidade de comunicação. Por exemplo, é usado para o agendamento de consultas, marcação de visitas de ACS às famílias, comunicação entre profissionais de saúde e a população, além disso, com a articulação entre profissionais em localidades mais remotas.

“A gente ainda não tem estrutura, então a gente tem algumas dificuldades para a manutenção desse serviço, mas ele já tem, né? Porque quando fala manutenção: quebra muito o computador, a internet não é boa, não é a questão da manutenção, a gente não tem esse serviço. A região norte é muito difícil ter manutenções. Manutenções são caras, principalmente para a saúde digital, né? Questão de internet de satélite acaba limitando [...] A missão é expandir para a zona rural. Só que a zona rural é mais difícil, porque tem a questão de que tem unidades que não tem placa solar, funciona através de gerador um no horário do dia, mas que não sustenta computador, né? Dados, informações. Então está nessa missão aí... nos próximos anos a gente ampliar para a UBS fluvial. Né computadores e... maquinários, né? Computadores e estrutura para atender e, também, para essas equipes.” (Entrevista 4)

A telessaúde também depende de prontuários atualizados e compartilháveis, todavia, em muitas unidades de saúde, há apenas uma pessoa designada para armazenar e organizar os dados clínicos. Em algumas comunidades, os prontuários em papel ainda são utilizados, e algumas unidades realizam a coleta regular de informações pós-operatórias, como infecções, complicações e mortalidade. Todos esses dados são enviados para os órgãos de saúde em diferentes frequências, com algumas unidades enviando semanalmente, enquanto outras optam pelo envio mensal (Souza et al., 2022).

Durante as visitas técnicas, verificou-se que o telessaúde é um recurso promissor, sobretudo em áreas remotas. No entanto, observou-se que, em algumas localidades, o serviço de teleconsulta não é ofertado pelo SUS, mas por organizações não governamentais que atuam na região. Embora as comunidades atendidas avaliem positivamente esse tipo de atendimento, falta integração entre o serviço oferecido pelas ONGs e os serviços de saúde municipais. Soma-se a isso a carência de letramento digital e a ausência de espaços adequados para a realização de teleconsultas, o que também configura uma barreira. Uma iniciativa relevante foi identificada na Comunidade de Nova Esperança, situada na Reserva Extrativista do Médio Juruá, no Amazonas, onde foi criado o “**Tele Posto**”: um local preparado para receber as pessoas que têm teleconsultas agendadas, oferecendo condições apropriadas e sigilo. Essa experiência se mostra uma estratégia interessante para a implementação do telessaúde em territórios de difícil acesso.

Assim, a expansão dos serviços de saúde digital enfrenta desafios significativos, especialmente em regiões remotas, onde a infraestrutura e os recursos são escassos. Há dificuldades na manutenção dos serviços devido à fragilidade dos equipamentos e à qualidade limitada da conexão de internet. Além disso, a continuidade e o sucesso desses serviços dependem de um planejamento a longo prazo por parte dos governantes, da estabilidade das políticas públicas e da disposição de investir em infraestrutura e tecnologia nas regiões mais isoladas.

4.6. Saberes tradicionais nas linhas de cuidado em saúde

Os profissionais de saúde e gestores estão cientes da existência e do uso, pelas comunidades, de xamãs, curandeiros e rezadores no processo de assistência à saúde, com suas práticas sendo culturalmente legitimadas e aceitas. O xamanismo, por exemplo, é o método tradicional de cura entre povos indígenas como os Yanomami (Selau et al., 1988). As práticas tradicionais de cura não se opõem às do sistema formal de saúde, pois, em muitos casos, são buscadas para uma cura específica ou alívio temporário. Relata-se, por parte dos profissionais de saúde, que, às vezes, a população demonstra preferência por es-

sas práticas, tornando-as sua primeira escolha de cuidado (Rodrigues; Almeida; Fausto, 2021). Mesmo em situações onde há o acesso a serviços de saúde formais, paralelamente há o uso de remédios caseiros vinculados aos elementos socioculturais e religiosos (Santos; Silva, 2014). Antigamente, essa prática de medicamentos à base de plantas era o único recurso adotado pelas comunidades, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja por barreiras geográficas ou econômicas. (Rodrigues; Almeida; Fausto, 2021).

Os fatores socioculturais influenciam a procura por serviços de saúde, bem como a preferência pela utilização de medicação caseira e tradicional, além da busca por tratamento com benzedeiros ou curandeiros (Vieira, 2010). A medicação caseira é realizada por meio de utilização de ervas medicinais baseada em saberes tradicionais. Os saberes tradicionais trazem o conhecimento das qualidades e dos benefícios das plantas e de seus derivados – raízes, folhas e suas sementes – que são usados em formatos variados, tais como chá, banho ou unguentos (Vieira 2010). A biodiversidade local aliada a diversidade étnica e a grande variação sociocultural presentes na Amazônia brasileira, ou o contato com populações transfronteiriças, torna as práticas de medicina tradicional diversas (Salazar et al., 2021).

A priorização por tratamentos tradicionais, por vezes, pode se tornar um desafio para os serviços de saúde. Verifica-se, em certos locais, que as comunidades ribeirinhas acabam por buscar medicamentos derivados de plantas medicinais e retardam a procura pelos serviços de saúde (Salazar et al., 2021). Por outro lado, o uso de medicação tradicional também é colocado como forma de complementar os medicamentos alopáticos. Com a ressalva de que, sem prescrição, pode ocasionar problemas de saúde, especialmente com a limitação de acesso a informações e sua combinação com plantas medicinais (Gama et al, 2018).

Conforme levantado na revisão bibliográfica, **uma experiência de boa prática que uniu medicina tradicional e não tradicional foi observada em um posto de saúde localizado em uma comunidade rural, e quilombola, em Alameda, no estado de Goiás.** No posto da comunidade, houve a disponibilização de xaropes para gripe, esses xaropes acabaram sendo utilizados amplamente pelas famílias locais. Apesar dos resultados positivos, essa prática não teve continuidade devido a problemas estruturais diretamente associados aos serviços de saúde na comunidade (Santos; Silva, 2014). Ou-

tro exemplo, são as parteiras, amplamente reconhecidas como o primeiro ponto de contato nas áreas rurais e indígenas. Muitas mulheres preferem ser atendidas por parteiras, que também acompanham o desenvolvimento do bebê. Dessa forma, a integração entre a ESF e as parteiras favorece a troca de experiências, promovendo uma colaboração mais eficaz no fornecimento de cuidados à saúde (Rodrigues; Almeida; Fausto, 2021).

Os ACS também desempenham um papel fundamental de fazer a interlocução cultural das equipes de saúde com rezadeiras, puxadores e até parteiras que existem em algumas comunidades.

“Eu tinha impressão de que a barreira seria maior do que ela é. sabe? ela não é tanto.. essa barreira às vezes existe. barreira de comunicação que são mais por causa de termos da região, por costume, [...] esses saberes tradicionais que existem e são muito respeitados na região, né? [...] eles na verdade [...] não exercem uma barreira, eles são facilitadores [...] entendendo o papel deles a gente consegue se comunicar bem, consegue construir um cuidado em conjunto.” (Entrevista 6)

Nas visitas de campo, de um modo geral as pessoas relatam o uso de ervas, plantas e outros medicamentos naturais, como banha de tartaruga como complemento dos farmacológicos. Em uma das comunidades visitadas foi relatado, inclusive, que está havendo uma atualização de medicamentos farmacológicos para atender a demanda de cuidados naturais, com a inclusão de medicação com composição de ervas e plantas medicinais, como, por exemplo, o xarope de cumaru para pessoas diabéticas. Algumas localidades mencionam ter parteira e curandeiro, mas consideram que presença e conhecimentos “já não é como era costume antigamente”.

Os saberes tradicionais atrelados aos cuidados de saúde se apresentam como alternativas de tecnologias sociais, que são tecnologias desenvolvidas por uma população e adequadas às suas necessidades e representam soluções para a inclusão social para locais rurais e remotos, como exemplo, o caso da Meliponicultura onde o manejo comunitário de colmeias para obtenção de mel com abelhas sem ferrão é utilizado como alimento e cuidados com a saúde dos grupos doméstico familiares e para geração de renda, como também, o uso da farmácia comunitária e hortas de plantas medicinais (Chaves, 2024).



5.

Principais desafios e soluções locais





Casas ribeirinhas no Rio Amazonas, região de Afuá-PA.
Fonte: Acervo Instituto Veredas.

Barreiras econômicas aliadas às barreiras geográficas limitam, e muitas vezes impedem, o acesso de cuidado à saúde de populações remotas (Frias, 2021; Rodrigues et al., 2021), inclusive o acesso a serviços de saúde de maior complexidade (Bousquat et al., 2022). Populações em vulnerabilidade social econômica acabam tendo dificuldades no custeio de transporte para a sua locomoção até as unidades básicas de atendimento (Frias, 2021; Rodrigues et al., 2021). Essas barreiras geográficas são intensificadas à medida em que os serviços de saúde se concentram nas sedes municipais de comunidades remotas, difíceis de acessar face à falta de transporte público e às condições em que as vias de acesso se encontram, especialmente em períodos chuvosos (Rodrigues et al., 2021). Assim, há uma série de desafios descritos na literatura e verificados nas visitas técnicas, os quais são destacados abaixo:

5.1. Acessibilidade e infraestrutura de atendimento

Inacessibilidade estrutural das Unidades Básicas de Saúde pela população

O tipo de transporte e a sazonalidade da região dificultam mais o trajeto ao tornar o deslocamento para a unidade de saúde mais longo, incluindo a parte em que o caminho é percorrido por via fluvial (Rodrigues et al., 2021). As mulheres, por exemplo, são especialmente dependentes do transporte público ou pago à parte (Costa et al., 2017). Em tratamentos continuados, onde há a necessidade de idas constantes às unidades básicas que ficam longe das zonas rurais, as pessoas mais socioeconomicamente vulneráveis acabam por optar por residir em locais mais próximos das zonas urbanas a fim de possibilitar o acesso aos serviços em saúde (Rodrigues et al., 2021). Contudo, mesmo quando existe a possibilidade de deslocamento por meio terrestre, o trajeto pode ser comprometido pelas chuvas, que costumam provocar importantes estragos nas vias municipais e rodoviárias, não sendo incomum inclusive, que pontes sobre rios sejam impactadas e interditadas nos períodos de cheia dos rios, como ocorreu no mês de janeiro no trecho rodoviário que liga Manoel Urbano - AC à capital¹⁷. Há, também, barreiras no acesso a pessoas com deficiências físicas. Isso faz com que o atendimento na UBS acabe por ser seletivo, reproduzindo e reforçando a invisibilidade de pessoas com limitações físicas e socialmente mais vulneráveis (Fernandes et al., 2019).

Durante a visita à Resex do Médio Juruá, as comunidades locais relataram dificuldades de deslocamento durante o período de seca. Nessa época, com a queda no nível do rio, as embarcações já não chegam diretamente às comunidades, o que obriga os moradores a percorrerem uma trilha a pé para acessar os barcos. Essa situação prolonga o tempo de viagem necessário para comunidade acessar os serviços de saúde na cidade, aumenta o desgaste físico e ainda prejudica o transporte de mantimentos e medicamentos para a região.

Limitação do horário de funcionamento das unidades de saúde

Os horários e dias de funcionamento das unidades de saúde tornam-se barreiras institucionais para os trabalhadores rurais já que muitas vezes o funcionamento coincide com o seu horário de expediente (Vieira, 2010), independente de gênero ou ocupação (Miranda et al., 2021). Para os trabalhadores que necessitam de atendimento de saúde, situações de acúmulo de funções e o receio do desemprego acabam gerando tensões econômicas que influenciam nas questões de saúde. Em relação ao atendimento à demanda espontânea, há restrições e ocorre a priorização de demanda programada com definição de turnos específicos programáticos.

¹⁷ Disponível em: <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2025/01/24/condenada-pelo-dnit-ponte-sobre-o-rio-caete-e-interditada-e-acesso-passa-a-ser-feito-por-balsa-no-interior-do-acre.ghtml>. Acesso em: 25 fev. 2025.

Por outro lado, durante as visitas técnicas, foi constatado que, em algumas ocasiões, profissionais de saúde que residem próximo aos postos de saúde podem ser acionados por pacientes a qualquer hora em suas casas, em dias e horários de folga. Estes profissionais também podem ser acionados pela própria gestão municipal fora do horário de trabalho para apoio em casos de emergência e transporte de pessoas de áreas rurais para atendimento na sede de município. Estratégias como a ampliação do horário de atendimento e a abertura de agendas aos sábados, aos domingos e à noite, são exemplos de medidas que facilitam o acesso à APS, aumentando a disponibilidade de serviços (Lima et al., 2023, Silva; Fausto; Gonçalves, 2023; Miranda et al., 2021). Para tanto é necessário ampliar a equipe, permitindo alternância de profissionais e trabalho também em escalas de plantão.

O Programa Saúde na Hora¹⁸, lançado em 2019 pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS) e revogado em 2024, foi outra estratégia de custeio do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), com adesão de mais de 350 unidades nos estados do Amazonas e do Pará. No entanto, em locais onde não há disponibilidade permanente de energia, este é mais um fator a ser considerado em agendamentos e períodos de atendimento de saúde à população.

Falta de equipamentos para a prestação de serviços de saúde

A falta de equipamentos para os profissionais de saúde é um desafio nas comunidades ribeirinhas. Nas comunidades visitadas, um exemplo observado foi a falta de aparelhos autoclaves para realizar a esterilização dos equipamentos de saúde utilizados pelos profissionais. Ou, também, quando não há energia para utilização deste tipo de aparelho. Isso faz com que haja uma demora na realização de um procedimento para outro, limitando o número de atendimento odontológicos, por exemplo.

Falta de energia acaba por limitar o acesso da população a certos serviços de saúde

Nas visitas de campo, especialmente em áreas mais remotas, foi percebido que a falta de energia acaba por limitar o acesso da população a certos medicamentos que precisam ser mantidos em temperaturas específicas, bem como restringe o armazenamento de vacinas. Como há falta de energia, as vacinas, por exemplo, não são mantidas nas UBS das comunidades ribeirinhas, são levadas dentro de uma caixa térmica com termômetro até as comunidades com a quantidade exata, ou aproximada, para a sua aplicação na população local, especialmente nas ações itinerantes de saúde.

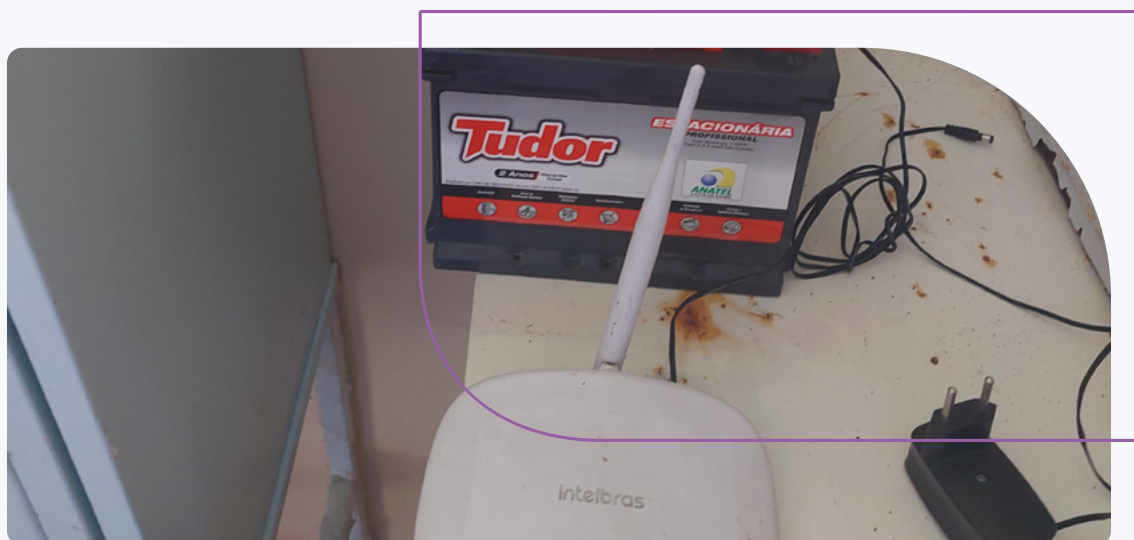
¹⁸ Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/acoes-programas-descontinuados/adesao/saude-hora>. Acesso em: 25 fev. 2025.

Em um dos municípios visitados, foi possível constatar a **grande utilização de energia solar e gerador de energia movido a diesel**. Fornecendo energia para a população local, contudo, essa energia é mantida apenas em determinados horários, especialmente nos horários diurnos. Algumas UBS nas comunidades ribeirinhas não tinham energia própria, mas os vizinhos compartilhavam sua própria energia para que os profissionais de saúde pudessem realizar seus serviços de forma mais prática possível.

Com os painéis solares fornecendo energia, é possível acessar internet de satélite, muito utilizada pelos municípios marajoaras, para se comunicar com a Secretaria de saúde, outros profissionais de saúde e a população atendida.

Falta de conexão e serviços de internet

Por serem comunidades rurais e remotas, muitas vezes o acesso a internet acaba sendo o único elo diário entre a secretaria de saúde e os profissionais de saúde. Além disso, pode ser utilizado como facilitador de compartilhamento de informações e orientações de saúde para a população, e sua ausência limita essas articulações. A internet utilizada por profissionais de saúde nas comunidades não é fornecida pelo poder público, apesar de estar sendo utilizada para a execução de seu trabalho. Há postos de saúde com acesso à internet viabilizado por vizinhos ou funcionários do posto, como em um caso em que o responsável pelo posto instalou um repetidor de sinal com um placa solar para poder utilizar a internet de sua residência também no local de trabalho. A internet ou telefone é fundamental para chamar o socorro de “ambulanchas”, por exemplo.



Repetidor de internet em Serraria Pequena, Afuá-PA. Fonte: Acervo Instituto Veredas.

O **Projeto Saúde e Alegria**, Santarém-PA, com financiamento da Fundação do Banco do Brasil, disponibiliza o **"KIT UBS da floresta"** fornecendo um Kit de cuidados médicos e processos clínicos para que sejam realizados diversos processos em uma UBS de difícil acesso. O Kit oferece, entre outros utensílios, geladeira com termômetro, estadiômetro, balança, autoclave, placas de energia solar etc. Atualmente, o Kit abrange algumas comunidades ao longo do rio Arapiuns, rio Tapajós, UBSF Abaré II, Jacareacanga e Itatuba.

Além disso, durante as visitas de campo, constatou-se que o conselho comunitário de algumas comunidades ribeirinhas articula com provedores de internet por fibra óptica que atuam na região, a fim de fornecer internet gratuita para a UBS local. Essa ação fortalece a participação cidadã e favorece o acesso aos recursos tecnológicos.

Outra iniciativa relevante é o Projeto Afluentes¹⁹, que busca reduzir a morbidade e mortalidade causadas por falhas no cuidado de gestantes e pessoas com hipertensão em áreas com baixa cobertura de saúde na Amazônia Legal. Para isso, serão implementadas ferramentas digitais, como o WhatsApp, para facilitar o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e promover o autocuidado desses públicos. Os protocolos clínicos de pré-natal e hipertensão serão adaptados às características regionais, e a conectividade será ampliada com a instalação de internet nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A implementação e a institucionalização do projeto ocorrerão por meio de parcerias com as Secretarias Municipais de Saúde e atores locais estratégicos. As ações beneficiarão populações de seis municípios do Pará, com atenção especial à saúde de gestantes e pessoas com hipertensão arterial sistêmica.

O projeto, executado pelo IEPS (Instituto de Estudos para Políticas de Saúde), é apoiado pelo Juntos pela Saúde, uma iniciativa do BNDES em parceria com doadores privados, dentre os quais a Umane, que visa reunir recursos para ampliar o acesso à saúde pública no Norte e Nordeste do Brasil.

¹⁹ Disponível em: <https://juntospelasaude.org.br/projetos/afluentes/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

5.2. Longas distâncias fluviais

Frequência irregular das unidades fluviais

O atendimento prestado pelas UBSF é prejudicado pela frequência irregular das ações, que ocorre principalmente devido à falta de combustíveis, ao curto período de atendimento nas comunidades e às reduções ou impossibilidades de deslocamento durante os períodos de cheias e secas. Todos esses fatores dificultam as ações de promoção e prevenção nos municípios rurais remotos (Franco; Giovanella; Bousquat, 2023). No Amapá, por exemplo, a vacinação contra a covid-19 nas comunidades remotas apresentou grandes desafios relacionados à logística para poder atender a programação de vacinação proposta pelo governo de acordo com a faixa etária (APS em MRR, s.d.). Muitos profissionais enfatizam que o período reduzido de atendimento exige ajustes no cuidado em saúde, por exemplo, um aumento na dosagem da medicação devido à ausência prolongada. Além disso, relatam dificuldades no acompanhamento e no apoio por parte dos gestores das unidades básicas de referência (Sousa; Fonseca; Bousquat, 2023).

Durante as visitas, comunidades relatam que gostariam de receber visitas da UBS Fluvial com mais frequência. A baixa frequência de visitas da UBS é uma barreira e acesso em território de difícil acesso. A população local relata que, além da UBSF vir pouco, quando vem ela fica pouco tempo em cada comunidade, e nem todas as pessoas que precisam conseguem atendimento na oportunidade.



UBS Fluvial do município de Afuá-PA. Fonte: Acervo Instituto Veredas.

Destaca-se que as UBS fluviais precisam estar credenciadas perante o Ministério da Saúde para ter acesso aos incentivos financeiros disponibilizados pelo governo federal (Brasil, 2017). Formalizá-las, no entanto, tem sido um desafio para os gestores municipais, com alguns municípios financiando seu funcionamento por recursos próprios, o que traz grandes despesas para os cofres municipais:

“Como a nossa [UBS fluvial] não é habilitada, a gente não consegue sair todo o mês. A gente já saiu aí esse ano umas 2-3 vezes com custeio 100% do município, então o custo é muito alto, né, só de óleo a gente gasta 15 mil reais pra levar a saúde pública dentro da UBS fluvial. Aí vai dentista, vai médico, vai farmacêutico, vai toda uma equipe de logística, o refeitório, a [equipe] de limpeza, então é hora extra, adicional noturno para mais de 20-30 pessoas, então o custo é muito alto.” (Entrevista 5)

Convivência e gestão nas equipes fluviais

É um desafio significativo a gestão da equipe de UBSF, uma vez que, além das atividades típicas do atendimento à saúde, a tripulação precisa gerir a viagem, questões de logística como trajeto, combustível, locais de aportar, entre outras. Por vezes, médicos ficam com funções de coordenar esta gestão e relatam que passam para as enfermeiras. Uma gestão colaborativa é importante, mas além disto será necessário que os tomadores de decisão reflitam sobre a possível necessidade de contar com um gestor especificamente designado para a gestão da UBS Fluvial. A pesquisa recebeu relato de dificuldades de convivência entre equipe de saúde e equipe de navegação, com problemas de conduta inadequada, como assédio e consumo de álcool, o que impacta negativamente no ambiente de trabalho. Nas palavras de uma pessoa entrevistada: *“já aconteceu questões de, sei lá, assédio, né? aconteceram questões de má conduta dos profissionais ou sei lá, beber e [...], então, assim, coisas que às vezes impactam bastante no dia a dia”*. (Entrevista 6).

Dificuldade de acesso à medicação em localidades distantes

Os serviços farmacêuticos apresentam desafios quanto à sua continuidade e suficiência (Rodrigues et al, 2021). Aqueles que acessam os serviços de saúde geralmente acabam tendo que adquirir os medicamentos que lhes são prescritos, esse acesso pode ser realizado por meio de serviços públicos de cuidados e do Programa Farmácia Popular (Santana et al., 2021) ou com recursos próprios (Vieira, 2010). Aqueles que precisam obter o medicamento prescrito por recurso próprio acabam por ter altos gastos mensais, o que prejudica a população socioeconomicamente vulnerável (Vieira, 2010).

Muitos pacientes que acessam a APS que precisam utilizar medicamentos prescritos acabam por abandonar seus tratamentos antes do tempo por motivos diversos, tais como a falta de acesso a esses medicamentos pelo SUS, pelo Programa Farmácia Popular, por sua receita ter vencido ou mesmo por vontade própria

(Bertoldi et al., 2021). As mulheres, pessoas mais velhas e/ou com doenças crônicas frequentam mais costumeiramente os serviços de saúde e fazem um uso maior de medicamentos. No entanto, o acesso aos medicamentos prescritos gratuitamente é desigual, sendo especialmente desfavorecidos os homens e as pessoas pretas, pardas e indígenas (Bertoldi et al., 2021).

Por fim, a centralização da distribuição dos medicamentos pela APS acaba por tornar-se uma barreira no acesso aos fármacos para aquelas pessoas que residem mais distantes. Isso porque precisam gastar várias horas para conseguir chegar à farmácia presente na unidade básica de saúde (Rodrigues et al. 2021).

Acesso à medicação nas visitas técnicas

Uma das principais queixas observadas durante as visitas técnicas diz respeito à dificuldade de acesso a medicamentos, abrangendo desde itens básicos, como analgésicos e anti-inflamatórios, até medicamentos de uso contínuo para pacientes crônicos, principalmente hipertensos. Essa barreira parece estar vinculada a dois fatores principais: alto custo para levar medicamentos a municípios remotos devido à distância, além da falta de planejamento da gestão em garantir a medicação necessária para pacientes crônicos pelo tempo necessário até chegada de nova remessa. Relatos da comunidade indicam que, diante dessas dificuldades, alguns pacientes evitam tomar as doses prescritas por receio de se “acostumarem” e passarem mal em caso de falta, enquanto outros adotam estratégias como o uso em dias alternados, para prolongar a duração dos remédios e reduzir o risco de ficarem sem eles por longos períodos. Cartelas de medicamento são cortadas para que possam atender mais pacientes, entretanto aquém da dose necessária.



Farmácia. Fonte: Acervo Instituto Veredas.

5.3. Articulação e gestão dos serviços

Baixa comunicação entre os níveis de atenção à saúde

A falta de integração da rede de saúde, agravada pela oferta segmentada, compromete a comunicação entre a APS e os profissionais da atenção especializada (Nunes et al., 2022; Fausto et al., 2023). A desarticulação da rede pode prejudicar o desenvolvimento eficiente das atividades, com a comunicação objetiva e eficaz entre setores enfrentando obstáculos, logísticas próprias e muitas vezes distintas (Costa et al., 2017).

Ausência de institucionalização de relações intermunicipais e interestaduais

As populações dos municípios fronteiriços do Estado do Pará acessam os serviços de saúde de Macapá/AP para consultas de especialistas, exames mais elaborados e tratamentos para situações mais graves. Apesar disso, ainda não há uma pactuação entre todos esses municípios que acessam esses serviços. De todo modo, foi relatado nas entrevistas que as relação entre os municípios fronteiriços são majoritariamente boas, com ajudas mútuas para garantir que os serviços de saúde cheguem até as populações ribeirinhas. Entretanto, ainda existem casos em que municípios pequenos, sem tanta infraestrutura, também absorvem a demanda de saúde vinda de outros municípios próximos, sobrecarregando unidades de saúde já com dificuldades. Parece haver necessidade de um melhor diálogo e institucionalização de parcerias intermunicipais para atendimento em saúde.

Desarticulação entre políticas públicas de saúde, assistenciais, educacionais e outras

Existem intersecções importantes entre as políticas assistencialistas e de saúde, mas foi percebido que há um déficit quanto à articulação formal de ações de assistência e de saúde nos municípios mapeados. É na atenção básica à saúde que muitos indicadores sociais são produzidos. Por exemplo, o bolsa família, programa assistencial, é um grande exemplo dessa desarticulação, já que são os profissionais de saúde que alimentam os indicadores das famílias cadastradas.

“[...] a gente, também, tem um trabalho muito destacado em relação aos projetos sociais que... em prova disso é o bolsa família, que a gente trabalha em parceria com a assistência social, né? pelo cumprimento que precisasse ter para para a continuidade do serviço. Então, somos nós quem fazemos a triagem, o peso, a coleta do PCCU e alimentamos as informações para o sistema da assistência social e as SEMTRAS, aqui em Santarém, para que os benefícios sejam continuados.” (Entrevista 10)

Outro exemplo de política que precisa estar articulada com a política de saúde é a de controle de zoonoses, entretanto, foi verificado que em algumas lo-

calidades os técnicos de enfermagem são demandados para vacinação antirrábica de animais. Quanto à saúde, caberia orientações de prevenção e cuidados com a saúde, não o contato direto com animais.

Destaca-se o Programa Saúde na Escola (PSE) que é um importante instrumento para conscientização em assuntos relacionados à saúde, mas precisa de melhor atenção para que os profissionais de saúde não sejam sobrecarregados de funções. Este programa é importante para enfrentamento a questões de segurança alimentar e qualidade nutricional, mas seria importante agregar profissionais de áreas como nutrição e psicologia para atuação conjunta com agentes escolares e da saúde.

Programa de Saúde na Escola

Um aliado a prevenção e conscientização da saúde é o **Programa de Saúde na Escola (PSE)**²⁰ que apresenta uma boa articulação entre escolas, rede SUS, Conselho Tutelar e a políticas assistenciais em todos os campos mapeados, incluindo temáticas de saúde bucal, segurança alimentar, movimentos de conscientização (outubro rosa, por exemplo) e educação sexual e reprodutiva, ainda que estes últimos seguem como tabus tanto em comunidades mais remotas, quanto em localidades mais urbanas. Muito embora o PSE possa ser uma estratégia interessante, o Programa não parece estar implementado de modo estrutura e permanente na maioria das localidades que realizamos visitas. A população ouvida demonstra interesse em ações de educação em saúde, principalmente em parceria com escolas e voltadas para estudantes, mas colocar como mais uma responsabilidade para os agentes já sobrecarregados do sistema de saúde mostra-se um complicador.

Por fim, durante as visitas de campo, observamos que a insegurança alimentar é uma preocupação real entre as pessoas que participaram das rodas de conversa. A dieta da população local frequentemente inclui alimentos enlatados e gordurosos e, mesmo nas escolas nem sempre a alimentação oferecida atende aos critérios de uma dieta balanceada. Interessante registrar que na escola de do distrito de Jupaty, Afuá-PA, um dia por semana os alunos recebem açaí e camarão em uma refeição.

²⁰ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pse>. Acesso em: 25 fev. 2025.

Descontinuidade governamental

Trocas de governo que geram a interrupção de programas e políticas afetam desproporcionalmente os locais de difícil acesso. Tais desafios são observados tanto quando ocorre uma troca no nível federal, devido aos aportes financeiros que vêm do Ministério da Saúde, quanto nos níveis estaduais e municipais. Assim, políticas e parcerias precisam prever arcabouços para que não sejam descontinuidas em eventuais transições governamentais, com metas transversais e apoio de atores-chave locais. Na interrupção de políticas e programas, as parcerias com organizações civis vêm se mostrando nas comunidades amazônicas como uma estratégia rápida, fornecendo insumos como placas solares, internet de satélite e até mesmo medicamentos.

“A gente tem as parcerias, têm Organização que também é um parceiro muito bom nosso, que quando ele termina uma viagem, deixa medicação. Porque muitos medicamentos, para vencer com seis meses, sete meses, não dá para a próxima viagem, mesmo que vão vencer, ele deixa aqui comigo, então a gente recebe uma quantidade muito grande de medicamento, que é o que muitas vezes nos salva, que são medicamentos de primeira linha, que às vezes a gente não tem, o básico” (Entrevista 17)

Incompatibilidade entre o financiamento da saúde e as características dos territórios rurais remotos

Mesmo que os recursos sejam proporcionais à população, ainda são insuficientes devido às características específicas das regiões isoladas, que demandam maiores investimentos (Nunes et al., 2022; Fausto et al., 2023). A questão orçamentária foi bastante frisada pelos representantes das gestões municipais de saúde entrevistados, por se tratarem de municípios que têm receitas muito baixas e são bastante dependentes de emendas parlamentares. Por outro lado, a fiscalização pelos órgãos de controle e o bom uso do recurso disponível devem ser preservados. Em conversa informal com gestor de uma das unidades de saúde visitadas, foi percebido o desconhecimento de noções básicas do funcionamento da rotina da unidade, boas práticas em APS ou mesmo sobre as diretrizes do SUS. Admitiu sem demonstrar preocupações que sua atuação não estava respaldada por portaria pública e que foi colocada nesta função por indicação direta do prefeito da cidade, mesmo reconhecendo não ter aptidão para o cargo, nenhuma experiência ou formação na área da saúde ou da gestão pública.

A inconstância de financiamento federal, o pouco envolvimento de governos estaduais e os poucos recursos orçamentários dos municípios são apontados como barreiras à continuidade da política de saúde bucal, por meio das UOM. A capacidade operacional dos municípios pequenos e mais distantes de capitais também foram apontados como dificuldades e que torna necessária maior presença dos governos estaduais para apoiar na implementação de políticas de saúde. Falta “capacidade de operar e executar recursos financeiros, de organizar uma rede de serviços, uma rede de atenção à saúde” (Entrevista 8).

Na área da telessaúde, um dos principais desafios enfrentados é a obtenção de recursos financeiros. Especialmente, no que diz respeito a sua continuidade e a ampliação de seus serviços (em especialidades e em abrangência territorial). Este tipo de serviço público precisa ser disponibilizado de forma permanente e não como projeto pontual, que quando termina o financiamento acaba sendo descontinuado. (entrevista 12).

Financiamento para transporte

As barreiras de acesso estão ligadas também ao financiamento dos próprios serviços públicos (Fausto et al., 2021), já que, por vezes, acabam limitando o acesso da população das zonas rurais à sede do município ao não disponibilizarem, ou disponibilizarem de forma irregular e precária, o transporte público que interliga as comunidades das áreas rurais e a sede do município (Rodrigues; Almeida, 2020). O transporte particular acaba tendo um alto custo e afeta de forma mais intensa a população mais humilde (Rodrigues; Almeida, 2020). O custo com deslocamento é também considerado alto pelas gestões municipais, principalmente pelo gasto com combustível para transporte fluvial tanto de pacientes quanto de equipes de saúde.

Ainda assim, solução para as gestões municipais foi a implantação dos resgates fluviais, que se deslocam até as comunidades em situações de urgência e emergência, funcionando como uma espécie de “SAMU”, com atendimento 24h. Apesar de contarem com motores de alta potência, relatos de campo apontam que, para algumas comunidades mais distantes, a demora pode variar entre 4 a 7 horas. O fluxo de solicitação ocorre por meio da ligação do ACS comunitário para a prefeitura, que encaminha o transporte aquático. Outra solução para o atendimento às comunidades rurais com acesso via terrestre foi a disponibilização de caminhonetes com motoristas que ficam à disposição da UBS e auxiliam no acesso das próprias equipes às comunidades, para atuação em promoção, prevenção e realização de busca-ativa.

5.4. Recursos humanos e condições de trabalho

Prevenção e rotatividade de profissionais

A ausência de ações estratégicas em prevenção e promoção da saúde, por vezes é atribuída à alta rotatividade de profissionais, contudo, foi verificado frequente uso de contratos temporários com profissionais de saúde no interior do Acre. Esse tipo de vínculo limita a perspectiva de permanência desses profissionais, que admitem facilidade em submeter-se a uma variedade de processos seletivos, em busca de melhores remunerações, mesmo que isso implique circular, inclusive em outros setores da gestão pública do próprio município. Um exemplo foi de uma funcionária recém contratada da Assistência Social que relatou ter atuado como técnica de enfermagem na APS até pouco tempo.

Sobrecarga e falta de formação continuada para trabalhadores(as) de saúde

Uma das barreiras mais recorrentes diz respeito à escassez de oportunidades de capacitação e atualização técnica, agravada pelas condições de trabalho nos serviços de saúde. Agentes comunitários(as) relatam que, após o curso inicial de formação, não voltaram a receber treinamentos específicos, ficando sem acesso a conteúdos básicos de primeiros socorros, urgência e emergência, saúde da mulher ou saúde mental. Em algumas localidades, profissionais atuam de forma quase “solitária”, sobrecarregados com tarefas que vão além de suas atribuições, sem a retaguarda de equipes multidisciplinares, nem possibilidade de consultoria frequente e supervisão periódica apropriada.

Oportunidades de Formação Profissional em Localidades Remotas

A carência de profissionais qualificados em saúde em regiões remotas ainda é um grande desafio. Durante visitas técnicas realizadas nesses territórios, constatou-se que aqueles mais propensos a permanecer e atuar localmente são, em geral, os próprios moradores da região. Essa constatação reforça a importância de promover programas de formação direcionados a populações locais, de modo a garantir tanto a oferta de mão de obra especializada quanto o desenvolvimento sustentável das comunidades.

Nesse sentido, a experiência da Licenciatura em Pedagogia do Campo²¹, ofertada pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA) em parceria com a Prefeitura Municipal de Carauari e a Fundação Amazônia Sustentável (FAS), se mostra um exemplo inspirador também para a área da saúde. Com aulas presenciais dentro da Resex do Médio Juruá, o curso possibilitou que educadores ribeirinhos superassem barreiras de acesso à formação superior, adequando infraestrutura e metodologias às especificidades locais. O êxito desse modelo — evidenciado tanto pela aprovação dos alunos quanto pelo reconhecimento máximo pelo Conselho Estadual de Educação — demonstra o potencial de iniciativas que aliam capacitação técnica, valorização das vivências comunitárias e parcerias institucionais.

21 Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://fas-amazonia.org/em-carauari-curso-de-pedagogia-do-campo-da-uea-em-parceria-com-a-fas-e-avaliado-com-nota-maxima-pelo-conselho-de-educacao/&sa=D&source=docs&ust=1740758925184784&usg=AOvVawIjlvkKBq4rR-Nyhi9UHoqNC>. Acesso em: 25 fev. 2025.

Ao adotar princípios semelhantes, o setor de saúde poderia beneficiar-se de uma estratégia eficaz para ampliar sua força de trabalho em localidades remotas, aproveitando o conhecimento prévio da população nativa e promovendo a formação de profissionais que estejam dispostos a permanecer em suas comunidades de origem. A união entre universidades, governos municipais e organizações da sociedade civil, somada ao uso de metodologias que conciliem teoria e prática, tem grande potencial para repetir o sucesso visto na área da educação. Dessa forma, seria possível fortalecer os serviços de saúde, melhorar a qualidade de vida das populações e valorizar o protagonismo de quem vive nas regiões mais isoladas do país.

Enfermeiros(as), técnicos(as) e até médicos(as) também apontam a falta de incentivos e subsídios para se manterem atualizados. Embora existam ferramentas de telessaúde, muitos não encontram tempo ou estrutura para participar de formações, pois precisam lidar com grande volume de atendimentos diários, tarefas administrativas e deslocamentos demorados. Nas comunidades mais distantes, a ausência de apoio financeiro e logístico impede que esses profissionais se desloquem para cursos em centros urbanos, ou mesmo participem de capacitações online, quando a conexão de internet e a disponibilidade de energia são instáveis.

A sobrecarga assistencial – “apagando incêndios” em situações de urgência – torna o dia a dia dos(as) trabalhadores(as) extenuante. Esses profissionais costumam se deparar com demandas variadas (de atendimento clínico a preenchimento de relatórios e organização de mutirões), o que dificulta ainda mais a participação em treinamentos periódicos.

Além disso, o déficit de mão de obra qualificada compromete tanto a qualidade do cuidado quanto a possibilidade de revezamento nas escalas, perpetuando o ciclo de cansaço crônico e baixa retenção de profissionais experientes. Nesse cenário, muitos(as) profissionais de saúde assumem grande responsabilidade, porém em condição precária de vínculo empregatício, sem garantias trabalhistas nem condições adequadas de trabalho.

Em geral, os profissionais se esforçam para buscar capacitações por conta própria e para garantir o mínimo de assistência possível às populações remotas. Entretanto, sem uma política de formação continuada e valorização profissional, permanece elevado o índice de rotatividade e a dificuldade de fixar pessoas capacitadas na região, enfraquecendo a capacidade de resposta do sistema de saúde local.

Parcerias locais muitas vezes são baseadas em capital social construído entre profissionais de saúde

As redes de relações construídas entre os profissionais da saúde possibilitam que haja o acesso a determinados recursos e estabelecem parcerias no território que agem como facilitadores no acesso à saúde. Isso porque o estabelecimento do contato direto entre técnico(a)s em saúde e pilotos de transporte fluviais, como voadeiras e rabetas, ou transporte aéreo de emergência, como é o caso do GTA e do Anfíbio, possibilita que o atendimento de saúde emergencial seja mais célere. O desafio se encontra na ausência desse profissional e a continuidade desse serviço na localidade já que as relações que são estabelecidas muitas vezes não são institucionais, mas sim pessoais.

As parcerias locais construídas facilitam a adequação dos serviços de saúde às reais necessidades das comunidades. A maneira padronizada pode não ser totalmente adequada para atender às reais necessidades da comunidade. Isso é uma reflexão sobre como o sistema de saúde, muitas vezes, pode ser impessoal ou descolado da realidade das pessoas que vivem nessas localidades. Por isso é importante que os gestores de saúde estejam sempre em diálogo com a população, com a escuta ativa e o engajamento cidadão para a prestação de serviços de saúde. (entrevistada 10).

Nas comunidades remotas e de difícil acesso é importante que a secretaria municipal de saúde esteja aberta para o diálogo com as lideranças comunitárias existentes no território. Essas lideranças locais têm perfis diferentes de acordo com o território, nas visitas de campo foi observado que em algumas comunidades a liderança que se destacam são igrejas, em outras comunidades associações e, por fim, existem também podem ser pessoas individuais (sem uma organização institucional) que acabam exercendo a liderança naquela localidade. Em todos os casos, essas lideranças agem como articuladora e mobilizadora para o acesso a serviços de saúde para a população local.

Em Santarém, um dos parceiros identificados foi o Projeto Omulu, realizado pela Federação das Organizações Quilombolas de Santarém (FOQS). O projeto age como articulador entre secretaria de saúde e UBS em território quilombola, além de promover ações voltadas para educação popular permanente. Uma dessas ações é a sensibilização do tratamento e a quebra de estigmas de doenças como a hanseníase.

“[...] teve uma demanda que veio da própria UBS, que era um caso de gente, de quilombolas, tinha uma hanseníase, mas estavam saindo do tratamento, e a gente viu que era muito com relação ao preconceito, ao estigma da doença, e aí a gente foi trabalhar isso nos territórios quilombola de de dizer que não, não é uma doença que ah tu precisa, que as pessoas precisam ter medo, né? precisam entender, é, todo o processo e a gente conseguir ter o tratamento com eficiência, ter esse cuidado todo. Então, a gente conseguiu também voltar algumas pessoas para esse tratamento a partir de então, e isso foi disseminado dentro do território quilombola de que aquele processo da doença era aquilo, ele sabia o compartilhar a partir dessa parte da educacional.” (Entrevista 15)



ESFR Quilombolas de Santarém. Fonte: Acervo Instituto Veredas.

5.5. Vulnerabilidades sociais e barreiras ao acesso

Barreiras geográficas e econômicas afetam especialmente os povos ribeirinhos

Essas limitações acabam por diminuir o número das idas dos ribeirinhos ao município por conta da falta de subsídios para adquirir combustível para as embarcações que fazem o trajeto via fluvial (Gama et al., 2018) e contribui para que os ribeirinhos deem prioridade ao tratamento tradicional (Salazar et al., 2021). Programas sociais, como o Bolsa Família, acabam por incentivar a ida dessas pessoas até o município sede, onde aproveitam para comercializar seus produtos para

conseguir financiar, entre outras coisas, alimentos e medicamentos que podem ser necessários (Gama et al., 2018). Para suprir as necessidades básicas e não deslocamento, nas comunidades existe a presença da “cantina”, local onde são vendidos medicamentos, mercadorias e itens de higiene.

Períodos de seca trazem novos desafios para o acesso à saúde nos municípios remotos

Nos períodos de seca intensa, algumas regiões ficam isoladas, não podendo chegar nenhuma ambulância ou mesmo a UBS Fluvial, com isso as comunidades ribeirinhas que ali habitam acabam por ter acesso restrito aos serviços de saúde. Os municípios fronteiriços que acessam o sistema de saúde de Macapá levam em conta a “tabua de maré” para realizar a travessia para o outro estado, pois a maré acaba por ditar o momento em que o barco, ou a ambulância, conseguirá alcançar o porto da cidade de forma segura. Esses períodos de seca prolongada provocam desafios no fornecimento de serviços de saúde, causando até mesmo a impossibilidade de seu acesso.

“[Em Chaves] A gente sofre influência de oceano, a gente tem influência de maré, a gente tem localidades que está só, para você ter ideia, a 8 horas de viagem da sede. A gente tem uma qualidade que está 12 horas da sede, que a gente tem um posto lá de atendimento que alguma vez ou outra entra uma pessoa com picada de cobra, entra lá pra fazer um parto, alguma outra complicação caiu do cavalo, fratura exposta, enfim, é o município de Chaves, ele é o segundo maior em território, só perde para Portel dentro do Marajó, ou seja, a gente tem uma logística que muito diferenciada. [...] a gente passa por situações aqui em visita de localidades... maresias, assim, mesmo... é esses meses de setembro, outubro, novembro, dezembro, bem complicado. Imagina fazer resgate nessas áreas bem remotas, de difícil acesso.” (Entrevista 5)

“Aqui [Em Afuá] a gente tem realidade de maré, uma hora ela está alta, barco entra naquela comunidade, né? outro horário ela não entra. Eu tenho que falar a minha equipa. “Olha, preciso que vocês atendem até as 14:00, até às 16:00, porque você precisa retornar para sua base, né? para para a cidade”, né? ou “a maré está muito grande, está perigosa, vem de manhã”, então, dá trabalho com a tábua da maré aí, que tem que ser mais específico ainda dentro dessas comunidades ribeirinhas.” (Entrevista 4)

Tabua de maré

Tabua de maré é uma ferramenta utilizada para planejar as viagens de navegação baseada nos horários em que a maré estará alta. A maré é a variação do nível do mar, onde pode estar baixa ou alta (Nx Boats, 2024). Isso acaba influenciando na navegação dos transportes fluviais.

Os rios cortam os municípios e as comunidades ribeirinhas não são apenas suas vias de acesso e transporte, mas uma cadeia alimentar e de sustento, higiene e cultura. Como resultado, a seca *“vai impactar na saúde, vai impactar na alimentação, é, uma cadeia de coisas que, porque naquele Rio que dava água, tinha peixe, tinha toda uma cadeia de alimentação [...]”* (Entrevista 5). Além disso, a seca prolongada provoca doenças diarreicas.

“[...] a questão é, é estomacal, né? que está impactando, por que aquela água? que, anteriormente, ela subia, conseguia captar aquela água com mais... ter um fluxo maior, né? Hoje ela faz um fio só de de água no braço do rio, e aí aquela água, aquele rio seco ali passa o búfalo, passa a criança, urina, tem toda uma situação, quando a água está alta, tem aquele fluxo maior, então acaba que a captação, a água fica melhor.” (Entrevista 5)

Marcadores de idade e de gênero afetam o acesso à saúde de forma aprofundada em zonas rurais

Os homens acessam os serviços de saúde com menos frequência os serviços de saúde, em especial quando já estão em situação mais grave ou sofreram acidentes e lesões (Miranda et al., 2021), ao passo que as mulheres acessam mais os serviços de saúde voltados à prevenção (Vieira, 2010; Santana et al., 2021). Já as pessoas mais velhas acabam utilizando esses cuidados por um tempo mais longo se comparadas aos jovens, especialmente em zonas rurais (Herkrath et al., 2020).

É comum que as adolescências não recebam atenção dos serviços de saúde, de modo geral. Em territórios onde não circulam muitas oportunidades educacionais, profissionais, de lazer, esporte ou cultura, esse grupo populacional acaba se tornando mais vulnerável, por exemplo, à gestações indesejadas. O Estado da federação com maior incidência de gestação na adolescência é o Acre, sendo que os três municípios que lideram esse ranking no Estado são municípios que têm parte do seu território remoto, ou são remotos por completo. Mesmo com indicadores alarmantes, as iniciativas para promoção e prevenção destinadas a esse grupo populacional são escassas e ou limitadas por valores morais que não são capazes de resolver o problema. Outras barreiras de acesso estão ligadas à invisibilidade dos cuidados de saúde na APS da comunidade LGBTQIAPN+ de zonas rurais.

Há, por exemplo, uma reprodução de estigmas, tabus e estereótipos que acarretam a não comunicação ampla e acessível entre profissionais de saúde e mulheres lésbicas, provocando a fragmentação e descontextualização do atendimento, bem como entraves para a realização de exames, como é o caso do Papanicolau (Fernandes et al., 2019). Para superar esses tabus nas comunidades mais remotas, as próprias mulheres conscientizam-se entre si sobre a importância da realização do exame preventivo.



Cartaz na UBS Capim Marinho, em Afuá-PA. Fonte: Acervo Instituto Veredas.

Baixa capacitação para o acolhimento e o encaminhamento de situações de violência de gênero

A vulnerabilidade da mulher rural a situações de violência se agrava devido ao distanciamento de familiares e amigos. Para tanto, profissionais e serviços de saúde devem desempenhar um papel de articulador de rede, realizando acolhimento por meio do cuidado em saúde e encaminhando essa mulher para outros serviços responsáveis pela dimensão jurídica da violência (Costa, et al., 2017; Borth et al., 2018). Parece, no entanto, haver desatenção e desarticulação da rede, diretamente associada à falta de capacitação dos profissionais para darem assistência a essas mulheres. Dentre os desafios encontrados, estão a percepção social enraizada, em alguns profissionais, de que esses problemas não são de caráter público, mas privado (Costa et al., 2017).

Garantia de sigilo e confidencialidade

O desrespeito ao sigilo e à confidencialidade foi uma importante barreira identificada, especialmente para o acesso de pessoas adolescentes e jovens aos serviços de saúde. A confidencialidade é um direito da população adolescente, ga-

rantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e identificado como um dos fatores essenciais para garantir o acesso desse grupo populacional aos serviços de saúde. A pessoa adolescente tem o direito de ser atendida sozinha ou com o acompanhante de sua escolha, e deve estar segura do caráter confidencial dos atendimentos, sendo informada das situações em que o sigilo poderá ser rompido, como riscos de vida para ela ou para outras pessoas, sempre com seu conhecimento²².

Desafios e estratégias de enfrentamento da malária e dengue nos territórios

Os territórios observados apresentam uma ampla sociobiodiversidade, refletida em diferentes áreas de incidência endêmica. Nas regiões onde a malária e a dengue são doenças endêmicas, a seca e a falta de saneamento básico agravam o cenário. Algumas das principais medidas de cuidado e prevenção incluem o rastreamento rápido das localidades afetadas, a testagem para diagnóstico e o encaminhamento para tratamento. Nos territórios, os ACS e os ACE desempenham um papel fundamental na conscientização das famílias sobre prevenção e contenção dessas doenças, com orientações sobre o uso de mosquiteiros e, em áreas de grande incidência, a aplicação de reagentes gasosos específicos. O Programa Saúde na Escola também foi mencionado como uma estratégia importante para conscientização da população, principalmente com relação aos cuidados para não proliferação dos vetores. No estado do Amazonas, os principais desafios endêmicos acerca da malária que foram relatados encontram-se nas comunidades indígenas e nas RESEX. Nas localidades visitadas no estado do Pará consideram que, atualmente, a dengue e a malária não são das questões de saúde local mais preocupantes, pois campanhas recentes trouxeram maior controle reduzindo a incidência.

5.6. Alimentação, saúde mental e saúde sexual

Ausências de ações voltadas para prestação de serviço de saúde mental

As comunidades mapeadas relataram o baixo número ou ausência de profissionais voltados à área da psicologia e da assistência social, apesar de haver demanda significativa de serviços de saúde mental. Nas visitas de campo, foram relatados muitos problemas vinculados a violência doméstica, abuso infantil, gravidez precoce e alcoolismo, situações que precisam de acompanhamento psicológico e social. Além disso, em todas as visitas de campo, foi percebido que os profissionais de saúde que atuam no território enfrentam sobrecarga de traba-

22 Organização Pan-Americana da Saúde. Padrões globais para serviços de saúde de qualidade para adolescentes. Guia para implementar uma abordagem padronizada com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde para adolescentes. Volume I: Padrões e critérios [Internet]. Washington, D.C.: OPAS, 2017 [citado 2024 ago 02]. 44 p. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34155>. Acesso em: 25 fev. 2025.

lho, lidando não apenas com as complexidades do atendimento em áreas remotas e o descontentamento da população em relação ao sistema de saúde, mas também com problemas infra estruturais, também precisando realizar trabalho de faxina do posto, limpeza de caixa d'água, vacinação antirrábica de animais, entre outras funções. Assim, a ausência de suporte psicológico para essas equipes pode comprometer sua saúde mental e impactar a qualidade da assistência prestada.

Poucos locais visitados contam com serviços especializados em saúde mental, como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Profissionais da saúde identificam a necessidade de CAPS nessas regiões, principalmente CAPSi e CAPS AD. Uma das queixas trazidas durante as visitas, tanto da comunidade quanto dos profissionais de saúde, é a falta de profissionais capacitados para realização de psicodiagnóstico, principalmente de autismo e questões relacionadas ao desenvolvimento infantil.

A automutilação foi identificada como um sintoma frequente entre adolescentes do município de Manoel Urbano/AC e localidades visitadas no estado do Pará. Em Manoel Urbano, também foram relatadas frequência de crises de ansiedade e alteração da rotina e desempenho escolar por abuso de jogos online em adolescentes. Nesse campo, foi percebido um importante papel das escolas na identificação desses casos. No entanto, é relatada dificuldade de encaminhar corretamente. Os próprios profissionais da rede se queixaram de pouca segurança em abordar os temas com os próprios adolescentes e familiares. Parte da solução deste importante problema pode ser articulado por meio de uma boa implementação do PSE, com ciclos de atividades que não se limitem a palestras, grupos temáticos e atividades direcionadas para o apoio aos profissionais da educação. Por causa da falta de profissionais da área da saúde mental, os profissionais de enfermagem, técnicos, médicos e ACS acabam por ocupar este espaço.

“[...] muitas das vezes a dor de uma doença é só um ser escutado, é, um, é, um colocar para fora de algo que precisa dialogar, precisa compartilhar e não tem ou não quer compartilhar, não se sentir segura? Então, muitas das vezes os nossos enfermeiros, os nossos médicos, eles não fazem uma prescrição médica, eles apenas são alguém que está ali para ouvir, alguém que está precisando ser escutado.” (Entrevista 15)

Infecções Sexualmente Transmissíveis e tabu

As doenças sexualmente transmissíveis parecem ser um tabu nas localidades visitadas. Há disponibilidade de preservativos nos postos de saúde, mas as visitas de campo demonstraram que há uma baixa procura. Em contrapartida, foi relatado que há altos índices de gravidez na adolescência. Nas UBS, também há testes rápidos para o diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis, são realizados no contexto da consulta quando indicado pelo médico ou enfermeira, porém encontra-se resistência ao diálogo aberto acerca desse assunto. Em uma das unidades visitadas, fomos informadas que adolescentes não podem retirar preservativo na UBS ou realizar qualquer atendimento em saúde sem a autorização ou a presença dos responsáveis.

Alimentação das populações locais

Questões relacionadas à segurança alimentar e à qualidade da alimentação das populações locais são tema transversal às áreas de saúde, assistência social, meio ambiente, desenvolvimento agrário e educação. O profissional de saúde entrevistado destacou que atende pessoas com problemas gastrointestinais ligados à alimentação, seja pelo excesso de frituras com uso de óleo, seja pelo consumo de alimentos enlatados e ultraprocessados, em especial nas épocas de maior seca.

O alimento precisa percorrer longas distâncias. Em Caruaru-AM, o relato é que só se consegue comprar frutas e legumes no dia que o barco chega na cidade, e nos restantes dos dias não há mais pra vender. Essa logística favorece o consumo exacerbado de ultraprocessados, visto que não estragam com facilidade e são fáceis de transportar. É estranho pensar que em áreas de conservação florestal não há oferta de frutas e legumes. Outra questão é o alto valor da alimentação saudável, vinculada à logística. Então mesmo quando há o alimento, nem todos podem comprar.

O **consumo de refrigerantes** também foi observado como uma prática comum em Manoel Urbano-AC. Foi possível verificar nos mercados e mercearias, a **escassez de frutas e legumes**, sendo que o pouco disponível a **custo exorbitante**. Outro aspecto que chamou a atenção no território de Manoel Urbano-AC, foi a ausência de hortas ou plantios de pequeno porte, mesmo apresentando densidade demográfica de 1,13 habitante por quilômetro quadrado, segundo o Censo de 2022.

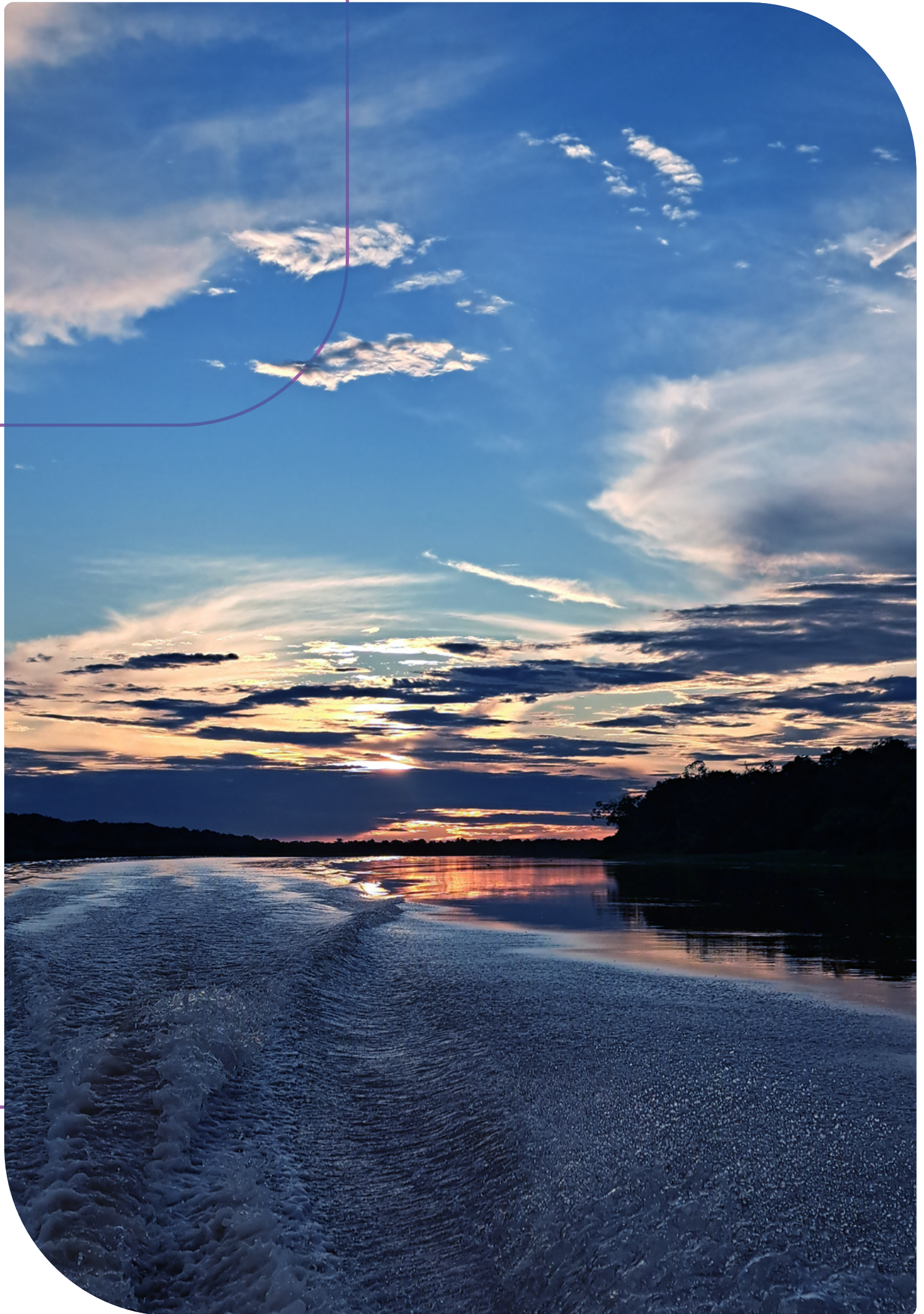
Em Manoel Urbano/AC as merendas escolares continuam sendo distribuídas, mesmo no período de férias, tanto nas escolas municipais quanto na estadual.

As visitas técnicas retrataram que os hábitos alimentares nas comunidades ribeirinhas e quilombolas utilizam da pesca, farinha e açaí. Especificamente em comunidades quilombolas não ocorre casos de desnutrição ou fome nas comunidades, contudo, este caso se distingue em comunidades ribeirinhas devido às distâncias e a seca impede a chegada de alimentos levando ao racionamento. Em termos de políticas públicas, a merenda escolar é um dos mecanismos que os municípios lançam mão para garantir a segurança alimentar, podendo contar com a assessoria de profissionais da nutrição. A merenda escolar é uma prioridade nas comunidades quilombolas, como solução, a luta das lideranças por uma alimentação saudável tem impulsionado a promoção de alimentos de qualidade nas escolas dos quilombos, que antes eram abastecidas com enlatados e produtos artificiais. Por intermédio do Fundo Amazônia, o edital Amazônia na escola: comida saudável e sustentável (2023) organizações da sociedade civil, promovem a segurança alimentar nas regiões da Amazônia.

“[...]um projeto que a Organização deu o nome de “X”. Pirão é uma comida que a gente faz com farinha e caldo, então é algo que pode fazer com farinha e caldo de carne também, mas para a gente farinha e caldo de peixe. E para a gente trabalhar, nós vamos trabalhar a questão da merenda escolar. Introduzindo na merenda escolar uma dieta amazônica trazendo a propriedade dos alimentos que a gente tem à disposição na natureza e como explorar melhor eles.” (Entrevista 17)



Açaí: alimentação típica das Comunidades Ribeirinhas e Quilombolas
Fonte: Acervo Instituto Veredas.



6.

Caminhos a trilhar - considerações e recomendações





Casas ribeirinhas no Rio Amazonas, região de Afuá-PA.
Fonte: Acervo Instituto Veredas.

Diante dos achados deste projeto, considerando primordial as entrevistas online e rodas de conversa e as observações feitas durante as visitas às comunidades rurais e tradicionais, identificamos caminhos possíveis para promover melhorias concretas na saúde e qualidade de vida dessas populações. As estratégias buscam ser acessíveis, sustentáveis e adaptadas à realidade local, de modo inovador e coerente com experiências inclusive já disponíveis nos territórios.

Infraestrutura Local e Processo de Trabalho

A promoção de melhorias na infraestrutura é primordial para o desempenho e o acesso à saúde nas comunidades remotas. Iniciativas observadas em campo, como o Teleposto, proporcionam locais apropriados para a realização da tele-saúde, assim como espaços de saúde para realização de vacinas, orientações e exames em áreas geográficas estratégicas, garantindo atendimento humanizado e desempenho do profissional de saúde. Além disso, é essencial considerar a organização do processo de trabalho nesses territórios, com a criação

de pontos de apoio comunitários que contemplem as singularidades locais. Esses pontos podem incluir áreas de repouso para as equipes, estoque de insumos essenciais, acesso à comunicação, além de estrutura básica para atendimentos de urgência, facilitando a continuidade do cuidado e a resposta às demandas específicas de cada comunidade. Tais locais de apoio podem complementar as Unidades Básicas de Saúde (UBS), postos de saúde e postos de apoio já existentes, sendo fundamental, antes da criação de novas estruturas, avaliar se a infraestrutura atual já contempla todos esses aspectos e, quando necessário, priorizar a adequação e o fortalecimento dos espaços existentes. A articulação entre infraestrutura e processo de trabalho fortalece a atuação dos profissionais e aproxima os serviços de saúde das realidades vividas pelas populações, promovendo maior resolutividade e efetividade no cuidado.

Treinamento e formação de Profissionais de Saúde Locais

A insuficiência de mão de obra qualificada foi uma das principais barreiras identificadas durante as visitas. Para enfrentar esse desafio, é fundamental que o município amplie os espaços de capacitação e formação continuada para quem já atua na rede de saúde, além de buscar formas de atrair e reter profissionais de fora. Entretanto, as comunidades ressaltam o desejo de ter acesso a cursos técnicos e superiores na área da saúde, pois profissionais que vêm de outros locais tendem a não permanecer muito tempo em regiões remotas. Investir na formação de quem já vive no território pode ajudar a garantir continuidade no atendimento, já que esses futuros profissionais conhecem a realidade local e estão mais propensos a continuar atuando ali. Durante as visitas, agentes comunitários(as) de saúde de áreas distantes relataram o interesse em aprender procedimentos básicos, como aplicação de medicação intravenosa e primeiros socorros. Em localidades onde o resgate pode levar horas, ter pessoas capacitadas em primeiros socorros na própria comunidade é uma estratégia importante para minimizar danos enquanto o atendimento especializado não chega.

Água e Saneamento

Garantir o acesso à água potável é essencial para prevenir doenças. Recomenda-se a instalação de caixas d'água com filtros e bombas de captação, além de orientações sobre o tratamento da água com cloração ou fervura, especialmente com orientações impressas e distribuídas pela população. Programas comunitários podem ser fortalecidos e outros criados para o manejo dos resíduos sólidos, com recolhimento regular pelo poder público e opções sustentáveis como compostagem ou queima controlada.

Energia e Internet

A adoção de painéis solares e geradores pode assegurar o funcionamento adequado dos postos de saúde. Para melhorar a comunicação e a gestão de atendimentos, é essencial distribuir roteadores e repetidores para ampliar o sinal de internet, mesmo em áreas remotas. A parceria com os provedores de internet que atuam na região pode ser uma possibilidade para a distribuição de pontos de internet gratuita para as UBS. Além disso, o Programa Saúde da Floresta, implementado pela FAS, acaba sendo uma possibilidade de acesso à internet nas comunidades remotas.

Transporte e Mobilidade

O transporte rápido é crucial em emergências e, não apenas, pois também para as idas a consultas de especialidades e realização de exames não disponíveis nas comunidades. Sugere-se a aquisição de embarcações leves com motores eficientes, com custeio integralmente feito pelo poder público ou, alternativamente, a busca por parcerias e outras formas de financiamento, para garantir o acesso à saúde adequada. Parcerias com associações locais podem viabilizar a manutenção desses meios. A segurança e saúde das pessoas nos trajetos fluviais também tem de ser levada em consideração, com uso de equipamentos de proteção individuais de segurança, como coletes salva-vidas e boias. Além de realizar o transporte em embarcações que protejam as pessoas contra o refluxo da maré, da chuva e do sol.

Alimentação e Nutrição

A presença de nutricionistas é vital para orientar famílias sobre dietas equilibradas com os recursos locais. Programas de hortas comunitárias, plantios adequados às realidades locais e parcerias com escolas podem fortalecer a segurança alimentar, promovendo hábitos mais saudáveis desde a infância, sem



Entrada da Comunidade Nova Esperança (RESEX). Fonte: Acervo Instituto Veredas.



encarecer os custos de vida com alimentação. Recomenda-se o fortalecimento do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) com o desenvolvimento de parcerias entre as escolas e produtores locais para o fornecimento de alimentação saudável, fortalecendo não apenas a saúde dos estudantes, mas também incentivando a economia circular local e o apoio aos pequenos produtores.

Valorização e Ampliação dos Recursos Humanos

Reconhecer o trabalho dos ACS e técnicos de enfermagem com incentivos financeiros e capacitações contínuas é essencial para manter a motivação, ampliando as equipes para não sobrecarregar nenhum integrante. Serviços como faxina e manutenção predial precisam também ser repensados para não ficarem sob responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde. Além disso, ampliar a presença de dentistas, psicólogos e outros especialistas, mesmo que de forma itinerante, pode cobrir lacunas críticas de atendimento. Também ter em conta o treinamento adequado para pilotos dos barcos. Nas UBS Fluviais, sugere-se promover uma gestão colaborativa que estimule a boa convivência entre a equipe de saúde e a equipe de navegação.

Fortalecimento Comunitário

A colaboração com associações, igrejas e escolas deve ser intensificada para promover campanhas educativas, mutirões de saúde e eventos de conscientização. A comunidade organizada é uma aliada poderosa para a disseminação de boas práticas e fortalecimento do tecido social, que pode, por consequência colaborar para o bom funcionamento da prestação do serviço público de saúde adequado e de qualidade. Com ações coordenadas e contínuas, além do envolvimento ativo da população, é possível transformar gradualmente a realidade dessas comunidades, promovendo saúde, dignidade e bem-estar.



Referências



1. ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M.; CABRAL, L.M.S.; FAUSTO, M.C.R. Contexto e organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos, Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, p. e00255020, 2021a.
2. ALMEIDA, P. F. DE et al. Provision of specialized care in remote rural municipalities of the Brazilian semi-arid region. *Rural and remote health*, v. 21, n. 4, p. 6652, 2021.
3. ALMEIDA, P. F. DE et al. Water, land, and air: how do residents of Brazilian remote rural territories travel to access health services? *Archives belges de santé publique [Archives of public health]*, v. 80, n. 1, 2022.
4. APS em MRR. Desafios da vacinação da Covid-19 no município rural remoto, Vitória do Jari, Amapá, s.d. Disponível em: <<https://apsmrr.ensp.fiocruz.br/desafios-da-vacinacao-da-covid-19-no-municipio-rural-remoto-vitoria-do-jari-amapa/29003/>>. Acesso em: 28 out. 2024.
5. AUTAZES. Plano Municipal de Saúde. 2021. Disponível em: <<https://digisusgmp.saude.gov.br/v1.5/transparencia/downloads>>. Acesso em: 28 out. 2024.
6. AVEIRO. Plano Municipal de Saúde. 2021. Disponível em: <<https://digisusgmp.saude.gov.br/v1.5/transparencia/downloads>>. Acesso em: 28 out. 2024.
7. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.314, de 5 de maio de 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. *Diário Oficial da União: Seção 1*, Brasília, DF, p. 227, 05 maio 2022. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2022/2314_2022.pdf>. Acesso em: 26 de fev. 2025.
8. BRASIL. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 jun. 2009. Seção 1, p. 2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm. Acesso em: 26 fev. 2025.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.691, de 23 de maio de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Ação Estratégica SUS Digital - Telessaúde. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, p. 130, 29 maio 2024. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3691_29_05_2024.html. Acesso em: 26 fev. 2025.
10. 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). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 06 nov. 2024.

11. BERTOLDI, A. D. et al. Fontes de acesso e utilização de medicamentos na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2016: estudo transversal de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, p. e2020089, 12 fev. 2021.
12. BORTH, L. C. et al. Network to combat violence against rural women: articulation and communication of services. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 1212–1219, 2018.
13. BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M.C.R.; ALMEIDA, P.F.; LIMA, J.G.; SEIDL, H.; SOUZA, A.B.L.; GIOVANELLA, L. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, p. 1–11, 2022.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Unidades Básicas de Saúde Fluviais. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ubsf>>. Acesso em: 10 set. 2024.
15. COSTA, M. C. DA et al. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 2, 2017.
16. CHAVES, M. R. DE M., ALMEIDA, A. E. S. CHAVES, J. M. R. Tecnologias sociais para inclusão social em comunidades tradicionais na Amazônia. *Inclusão Social*, 2024.<https://doi.org/10.18225/inc.soc.v17i2.6401>.
17. FATOR AMAZÔNICO. Prefeitura de Autazes lança “Programa Zera Fila na Saúde” e protagoniza ação inédita no município na área da saúde. 2024 Disponível em: <<https://fatoamazonico.com.br/prefeitura-de-autazes-lanca-programa-zera-fila-na-saude-e-protagoniza-acao-inedita-no-municipio-na-area-da-saude/>>. Acesso em: 28 out. 2024.
18. FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Oficina Norte Águas: ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS NORTE ÁGUAS. [S. l.], 8 dez. 2021. Disponível em: <<https://apsmrr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/10/Texto-de-referencia-Norte-Aguas-1.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2024.
19. FAUSTO, M. C. R. et al. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 1, 2023.
20. FERNANDES, N. F. S. et al. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. *Cad Saude Publica*, p. e00234618–e00234618, 2019.
21. FRANCO, C. M.; LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 7, 2021.
22. FRANCO, C. M.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? *Ciência & saúde coletiva*, v. 28, n. 3, p. 821–836, 2023.

23. FRIAS, Karina Vasconcelos Rodrigues. Organização e busca por cuidados em saúde em município rural remoto: uma análise a partir da teoria dos subsistemas de Arthur Kleinman. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2021.
24. GAMA, A. S. M. et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, p. e00002817, 19 fev. 2018.
25. GOVERNO DO AMAPÁ. Sesa anuncia locais para agendamento de consultas online, 2018. Disponível em: <<https://www.portal.ap.gov.br/noticia/1311/sesa-anuncia-locais-para-agendamento-de-consultas-online>>. Acesso em: 28 out. 2024.
26. HERKRATH, F. J.; VETTORE, M. V.; WERNECK, G. L. Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model. *BMC Public Health*, v. 20, p. 953, 17 jun. 2020.
27. KADRI, M. R. E. et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface*, v. 23, 2019.
28. LIMA, J. G. et al. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 8, 2021.
29. LIMA, J. G. et al. Organização da Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos do Oeste do Pará. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 139, p. 858–877, 2023.
30. LIRA, M. Sesa avança com o Projeto Telemedicina Pará em 25 municípios. Agência Pará, 2021. Disponível em: <https://www.agenciapara.com.br/noticia/32993/sesa-avanca-com-o-projeto-telemedicina-para-em-25-municipios>. Acesso em: 28 out. 2024.
31. LIRA, M. Sesa avança com o Projeto Telemedicina Pará em 40 municípios. SESPA, 2022. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/sesa-avanca-com-o-projeto-telemedicina-para-em-40-municipios/>. Acesso em: 28 out. 2024.
32. LOURENÇO, A. E. P. The meaning of ‘rural’ in rural health: A review and case study from Brazil. *Global Public Health*, v. 7, n. 1, p. 1–13, 1 jan. 2012.
33. MARINHA DO BRASIL. A Marinha do Brasil realiza Ações de Assistência Hospitalar em comunidades ribeirinhas do Alto Solimões, 2023. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br/com9dn/node/1881>>. Acesso em: 28 out. 2024.
34. MIRANDA, S. V. C. DE et al. Singularidades do trabalho rural: masculinidades e procura por serviços de saúde em um território norte mineiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, p. e310217, 16 jul. 2021.
35. NX BOATS. Tábua de Marés 2024 e 2025: como funciona? NX Boats, 16 jul. 2024. Disponível em: <https://nxboats.com.br/tabua-de-mare/>. Acesso em: 26 fev. 2025.

36. BARCOS NX. Tábua de Marés 2024 e 2025: como funciona?. Barcos NX , 16 jul. 2024. Disponível em: <https://nxboats.com.br/tabua-de-mare/> . Acesso em: 26 fev. 2025.
37. NUNES, F. G. DA S. et al. Challenges to the provision of specialized care in remote rural municipalities in Brazil. BMC health services research, v. 22, n. 1, 2022.
38. PINHO, C. “Telemedicina Pará” é implantado em mais 10 municípios do estado. Agência Pará, 2022. Disponível em: <https://www.agenciapara.com.br/noticia/35722/telemedicina-para-e-implantado-em-mais-10-municipios-do-estado>. Acesso em: 28 out. 2024.
39. PONTES, F.C.C. Condição de saúde bucal em populações ribeirinhas no estado do Amazonas: estudo de caso. 2009. 113 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
40. PREFEITURA MUNICIPAL DE AFUÁ. Plano Municipal de saúde de Afuá - Gestão 2022-2025. Afuá: Secretaria Municipal de Saúde de Afuá. Disponível em: <https://afua.pa.gov.br/portal-da-transparencia/saude/> Acesso em 28 out. de 2024.
41. PROJETO SAÚDE E ALEGRIA. 1ª Jornada do Programa Saúde da Floresta em 2025 leva atendimentos em Saúde e arte-educação para o Médio Arapiuns. 2025. Disponível em: <https://saudeealegria.org.br/redemocoronga/1a-jornada-do-programa-saude-da-floresta-leva-atendimentos-em-saude-e-arte-educacao-para-o-medio-arapiuns/>. Acesso em: 26 fev. 2025.
42. PROJETO SAÚDE E ALEGRIA. Profissionais de Saúde participam de capacitação para diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e pele na região do Tapajós e Arapiuns. 2025. Disponível em: <https://saudeealegria.org.br/redemocoronga/profissionais-de-saude-participam-de-capacitacao-para-diagnostico-e-prevencao-do-cancer-de-colo-de-utero-e-pele-na-regiao-do-tapajos-e-arapiuns/>. Acesso em: 26 fev. 2025.
43. RODRIGUES K.V; ALMEIDA P.F; FAUSTO M.C. Informal and popular healthcare subsystems in a remote rural municipality in the Brazilian Amazon region. Rural and remote health, 2021.
44. RODRIGUES, K.V.; ALMEIDA, P.F.; CABRAL, L.M.S.; FAUSTO, M.C.R. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil, Saúde em Debate, v. 45, p. 998-1016, 2021.
45. SALAZAR, G. K. M. et al. Snakebites in “Invisible Populations”: A cross-sectional survey in riverine populations in the remote western Brazilian Amazon. PLOS Neglected Tropical Diseases, v. 15, n. 9, p. e0009758, 9 set. 2021.
46. SANTANA, K. C. et al. Utilização de serviços de saúde por adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas do semiárido baiano, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. (Impr.), p. 2807-2817, 2021.

47. SANTOS, J. Projeto da Unifesp leva atendimento oftalmológico à população ribeirinha da Amazônia. *Saúde Business*, 2024. Disponível em: <https://www.saudebusiness.com/saude-publica/projeto-da-unifesp-leva-atendimento-oftalmologico-a-populacao-ribeirinha-da-amazonia>. Acesso em: 28 out. 2024.
48. SANTOS, R. C. DOS; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde e Sociedade*, v. 23, p. 1049–1063, set. 2014.
49. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS. O Governo do Amazonas faz mutirão de cirurgias oftalmológicas em 4 cidades do interior, 2024a. Disponível em: <<https://www.saude.am.gov.br/governo-do-amazonas-faz-mutirao-de-cirurgias-oftalmologicas-em-4-cidades-do-interior/>> . Acesso em: 28 out. 2024.
50. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS. Governo do Amazonas recebe medicamentos e insumos do Ministério da Saúde, em apoio ao Plano de Contingência para Estiagem, 2024b. Disponível em: <<https://www.saude.am.gov.br/governo-do-amazonas-recebe-medicamentos-e-insumos-do-ministerio-da-saude-em-apoio-ao-plano-de-contingencia-para-estiagem/>> . Acesso em: 28 out. 2024.
51. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO AMAZONAS. Mais de 9,8 mil consultas foram realizadas no Amazonas, através da Telessaúde, no primeiro semestre de 2024, 2024c. Disponível em: <<https://www.saude.am.gov.br/mais-de-98-mil-consultas-foram-realizadas-no-amazonas-atraves-da-telessaude-no-primeiro-semester-de-2024/>> . Acesso em: 28 out. 2024.
52. SELAU, M.G.G., et al. Uma política diferenciada de saúde para populações isoladas e/ou recém-contatadas: os yanomani no Brasil. *Saúde em Debate*, n. edição especial, 1988.
53. SHIMIZU, H. E. et al. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, p. e03316, 12 abr. 2018.
54. SILVA, A. M. DA; FAUSTO, M. C. R.; GONÇALVES, M. J. F. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019. *Cadernos de saúde pública*, v. 39, n. 1, 2023.
55. SOUSA, A.B.L. Atenção Primária à Saúde diante das necessidades e singularidades amazônicas. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.
56. SOUSA, A.; FONSECA, F.; BOUSQUAT, A. Invisibilidade das singularidades amazônicas na organização e oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo de caso na área rural ribeirinha de Manaus (AM). *Saúde e Sociedade*, v. 32, n. 2, 2023.
57. SOUSA, J. de O.; ALMEIDA, P. F. de. Atuação do agente comunitário de saúde em municípios rurais remotos do Semiárido: um olhar a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde. *Physis (Rio de Janeiro, Brazil)*, v. 33, 2023.

58. SOUZA, J. E. et al. Surgical capacity assessment in the state of Amazonas using the surgical assessment tool. Cross-sectional study. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 49, 2022.
59. SOUZA, A. B. L.; HERKRATH, F.; WALLACE, C.; FARMER, J. ; BOUSQUAT, A. Primary health care in the Amazon and its potential impact on health inequities: a scoping review. Rural and Remote Health, p. 1-15, 2022.
60. TENAZOR, M.R. Prefeitura de Atalaia do Norte promove cidadania em ação para atender ribeirinhos e indígenas do Vale do Javari. Portal Tabatinga, 2024. Disponível em: <<https://portaltabatinga.com.br/2024/prefeitura-de-atalaia-do-norte-promove-cidadania-em-acao-para-atender-ribeirinhos-e-indigenas-do-vale-do-javari/>>. Acesso em: 28 out. 2024.
61. VIEIRA, E.W.R. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem - Belo Horizonte: 2010. p. 123.
62. VILANOVA, R. Projeto Telemedicina Pará é retomado pela Sespa. SESPA, 2021. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/projeto-telemedicina-para-e-retomado-pela-sespa/>. Acesso em: 28 out. 2024.



Sala de reunião dos Agentes Comunitários de Saúde na UBS Capim Marinho, em Afuá-PA. Fonte: Acervo Instituto Veredas.



Anexos



Anexo 01 – Roteiro de entrevista remota

Apresentar as perguntas orientadoras do projeto:

- Quais são as estratégias e experiências inovadoras de atenção à saúde de populações isoladas e remotas na região da Amazônia?
- Quais são as recomendações relacionadas à implementação e à garantia da equidade em diferentes contextos de um modelo de atenção à saúde dessas populações?

PERGUNTAS BASE

1. Você poderia se apresentar brevemente, contar sobre a sua região de trabalho e experiência de atuação em saúde em territórios de difícil?
2. Como funciona no dia a dia o exercício das suas funções/atividades ou da organização?
3. Quais são as demandas mais frequentes das populações remotas em relação à saúde?
4. E os principais desafios em termos enfrentados pela população no acesso?
5. Como é composta a equipe? Que profissionais?
6. Em termos de infraestrutura? Contam com UBS? UBS Fluvial? Ambulancha? (adaptar conforme território e organização entrevistada)
7. Poderia nos dizer sobre a relação da população com saberes tradicionais para cuidados de saúde?
8. Existem projetos com relação a segurança alimentar e nutrição, poderia citar exemplos?
9. Você conhece ou destacaria alguma iniciativa desenvolvida no território? Projetos comunitários em saúde com ONGs, associações ou universidades?
10. Sugere que alguma pessoa ou organização para entrevista?

Anexo 02 – Roteiro de visita técnica

Um roteiro básico das visitas envolve, inicialmente, uma observação do serviço e da comunidade em torno do serviço de saúde (a qual pode ser feita de forma passiva ou por meio de um ‘tour’ que os profissionais de referência oferecem). Registrar impressões sobre (se for feito um ‘tour’, podem fazer algumas dessas perguntas):

1. Aspectos gerais da comunidade ao redor (como são as casas, o que as pessoas estão fazendo, como é a natureza ao redor)
2. Como é o acesso das pessoas (a pé, de bicicleta, de barco?)
3. Quem mais acessa o serviço
4. Quem está trabalhando no serviço
5. Como é a estrutura do serviço e seus arredores
6. Quais cartazes/informações estão destacadas

Como o serviço cuida das informações de usuários (tem conectividade? Tem prontuário eletrônico ou analógico? Parece ter privacidade? A unidade utiliza algum recurso adicional, como redes sociais ou whatsapp para adquirir ou passar informações às(os) usuárias(os)?)

Em seguida, podem ser realizadas rodas de conversa ou conversas individuais, preferencialmente com profissionais de saúde (foco em ACSs) e cidadãos/cidadãs, buscando abordar as seguintes perguntas (a conversa deve ser informal, então tais perguntas são apenas uma orientação):

1. Como é o dia a dia de trabalho/acesso no SUS/serviço de saúde?
2. Que tipos de apoios são necessários para melhorar o SUS/a experiência de saúde a nível local?
3. Há algum costume ou estratégia local para garantir o acesso à saúde? Que estratégias vocês criaram para lidar com desafios do dia a dia?
4. Como são os hábitos alimentares locais?
5. Em relação à malária e à dengue, estas doenças preocupam vocês? Que estratégias existem a nível local para prevenir essas doenças?
6. Como se dá a relação com outros municípios/com o nível estadual? (para profissionais e gestores)

Anexo 03 – Procedimentos da atenção primária em saúde, em municípios selecionados no Amazonas, de janeiro a agosto de 2024

Município	Atendimento Individual	Atendimento Odontológico	Procedimento	Visita Domiciliar
Alvarães	20.296	0	48.372	85.212
Amaturá	12.468	0	26.169	114.214
Anamã	30.294	0	34.567	84.596
Anori	23.043	0	39.173	152.624
Atalaia Do Norte	14.432	0	16.407	90.223
Autazes	54.887	30	112.681	265.304
Barreirinha	34.970	205	77.672	233.477
Beruri	20.950	0	34.769	186.577
Boa Vista Do Ramos	26.158	0	58.605	96.048
Borba	26.989	36	51.494	160.014
Caapiranga	11.148	0	14.839	96.165
Itamarati	7.346	922	16.513	72.858
Japurá	7.900	0	5.595	48.531
Juruá	8.035	0	12.763	52.232
Maraã	20.351	206	39.292	111.935
Maués	78.468	0	162.381	18.931
Nhamundá	17.504	0	14.000	95.502
Nova Olinda Do Norte	38.309	0	68.663	341.508

---Descrição dos Filtros Utilizados---

Competência: Ago/2024, Jul/2024, Jun/2024, Mai/2024, Abr/2024, Mar/2024, Fev/2024, Jan/2024.

Município: Alvarães, Amaturá, Anamã, Anori, Atalaia Do Norte, Autazes, Barreirinha, Beruri, Boa Vista Do Ramos, Borba, Caapiranga, Itamarati, Japurá, Juruá, Maraã, Maués, Nhamundá, Nova Olinda Do Norte.

Tipo de Produção: Atendimento Individual, Atendimento Odontológico, Procedimento, Visita Domiciliar.

Tipo de Equipe: Eq. de Saúde da Família – ESF, Eq. Ag. Com. de Saúde – EACS.

***Fonte:** Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB-

Anexo 04 – Procedimentos da atenção primária em saúde, em municípios selecionados no Pará, de janeiro a agosto de 2024

Município	Atendimento Individual	Atendimento Odontológico	Procedimento	Visita Domiciliar
Faro	7.240	0	13.417	31.369
São Sebastião Da Boa Vista	18.842	1.124	24.261	82.903
Curralinho	13.695	0	19.043	30.003
Bagre	18.621	0	34.121	121.354
Afuá	23.359	0	42.764	133.162
Aveiro	14.603	145	20.090	97.192
Prainha	29.634	21	59.649	106.812
Chaves	8.889	0	9.658	16.575
Muaná	27.645	0	54.343	77.011
Melgaço	4.767	0	692	5.595
Santarém	251.118	2.886	399.330	916.143
Cachoeira Do Arari	6.018	0	6.452	59.013
Gurupá	14.548	0	15.070	103.827
Curuá	13.855	0	22.584	37.995

---Descrição dos Filtros Utilizados---

Competência: Ago/2024, Jul/2024, Jun/2024, Mai/2024, Abr/2024, Mar/2024, Fev/2024, Jan/2024.

Município: Afuá, Aveiro, Bagre, Cachoeira Do Arari, Chaves, Curralinho, Curuá, Faro, Gurupá, Melgaço, Muaná, Prainha, Santarém, São Sebastião Da Boa Vista.

Tipo de Produção: Atendimento Individual, Atendimento Odontológico, Procedimento, Visita Domiciliar.

Tipo de Equipe: Eq. de Saúde da Família – ESF, Eq. Ag. Com. de Saúde – EACS.

***Fonte:** Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB



Fonte: Acervo Instituto Veredas.



UMANE

