

Universalidade tensionada e produção do comum no acesso à atenção primária em territórios amazônicos

Universality under tension and production of the common in primary care access in Amazonian territories

Universalidad bajo presión y producción de lo común en la atención primaria en territorios amazónicos

Wilson Sabino¹, Talane Batista Loureiro², Elcivane de Jesus Sousa¹, Lúcia da Silva Cordeiro¹, Lillian Regina Furtado Braga³, Francielei

Burlamaque Maciel¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615111801P

RESUMO Este estudo teve por objetivo analisar como condições territoriais e organizacionais, percursos de obtenção de medicamentos e práticas plurais de cuidado conformam o acesso à Atenção Primária à Saúde em Óbidos e Terra Santa, no oeste do Pará, e se relacionam com processos de produção do comum e com tensões relacionadas ao reconhecimento institucional desses conhecimentos e práticas. Estudo qualitativo e interpretativo, baseado em 21 entrevistas semiestruturadas com 17 usuários e 4 trabalhadores da saúde e em uma roda de conversa com 15 trabalhadores. O material foi submetido à análise de conteúdo temática. Localização, transportes, custos e organização das equipes produziam desigualdades no esforço para utilizar os serviços, inclusive dentro de uma mesma área de referência. A falta de medicamentos na unidade não significava ausência em toda a rede; sua obtenção dependia de oferta, informação, orientação, circulação entre pontos públicos e capacidade financeira. Os repertórios de cuidado eram plurais e não homogêneos. A produção do comum tornou-se reconhecível em práticas familiares e intergeracionais pouco incorporadas às interações clínicas e aos fluxos assistenciais. Os achados indicam a necessidade de políticas territorialmente sensíveis e de aproximação regulada entre conhecimentos locais e institucionalidade sanitária, sem substituir a responsabilidade estatal.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Acessibilidade aos serviços de saúde. Assistência farmacêutica. População rural.

ABSTRACT This study aimed to analyze how territorial and organizational conditions, pathways for obtaining medicines, and plural care practices shape access to Primary Health Care in Óbidos and Terra Santa, western Pará, and how they relate to processes of producing the common and tensions surrounding the institutional recognition of such knowledge and practices. This qualitative and interpretive study was based on 21 semi-structured interviews with 17 health service users and 4 health workers, as well as a conversation circle with 15 workers. The material was subjected to thematic content analysis. Location, transportation, costs, and team organization produced inequalities in the effort required to use services, including within the same service area. The lack of medicines at a health facility did not necessarily mean that they were unavailable throughout the network; effective access depended on supply, information, guidance, circulation among public dispensing points, and financial capacity. Care repertoires were plural and heterogeneous. The production of the common became visible in family and intergenerational practices that remained only marginally incorporated into clinical interactions and care pathways. The findings indicate the need for territorially sensitive policies and regulated forms of articulation between local knowledge and health system institutions, without replacing state responsibility.

KEYWORDS Primary Health Care. Health services accessibility. Pharmaceutical services. Rural population.

RESUMEN Este estudio analizó cómo las condiciones territoriales y organizativas, la obtención de medicamentos y las prácticas plurales de cuidado configuran el acceso a la Atención Primaria de Salud en Óbidos y Terra Santa, oeste de Pará, y se relacionan con la producción de lo común y con tensiones sobre el reconocimiento institucional de esos saberes y prácticas. Estudio cualitativo e interpretativo, basado en 21 entrevistas semiestruturadas con 17 usuarios y 4 trabajadores de salud, además de una rueda de conversación con 15 trabajadores. El material fue sometido a análisis de contenido temático. La localización, el transporte, los costos y la organización de los equipos producían desigualdades en el esfuerzo para utilizar los servicios, incluso dentro de una misma área de referencia. La falta de medicamentos en la unidad no significaba ausencia en toda la red; su obtención dependía de oferta, información, orientación, circulación entre puntos públicos y capacidad financiera. Los repertorios de cuidado eran diversos y no homogêneos. La producción de lo común apareció en prácticas familiares e intergeneracionales poco incorporadas a interacciones clínicas y flujos asistenciales. Los hallazgos indican políticas sensibles al territorio y aproximación regulada entre saberes locales e institucionalidad sanitaria, sin sustituir la responsabilidad estatal pública.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Assistência farmacêutica. Población Rural.

¹Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa) – Santarém (PA), Brasil.

francieleibmaciel@gmail.com

²Prefeitura Municipal de Terra Santa (PA) – Terra Santa (PA), Brasil.

³Ministério Público do Estado do Pará (MPPA) – Belém (PA), Brasil.

Introdução

A garantia de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos constitui condição fundamental para a integralidade do cuidado, a equidade e a materialização do direito à saúde^{1,2}. No Sistema Único de Saúde (SUS), esse acesso é orientado pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, mas sua concretização depende das condições territoriais, econômicas, organizacionais e institucionais pelas quais usuários, trabalhadores, serviços e recursos se articulam no cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS)^{3,4}.

O acesso, portanto, não decorre apenas da existência normativa de políticas, unidades ou medicamentos. Ele é produzido por percursos que envolvem localização, meios de transporte, tempo, custos, informação, organização das equipes e fluxos entre diferentes pontos da rede⁵⁻⁷. Em contextos rurais, periféricos e de menor conectividade, descontinuidades entre esses componentes podem ampliar o esforço necessário para alcançar os serviços e obter os recursos prescritos, convertendo uma garantia formal em uma experiência variável e situada^{6,8}.

Essa perspectiva permite compreender os serviços de saúde e a assistência farmacêutica como infraestruturas sociotécnicas, formadas pela articulação entre componentes materiais, humanos, informacionais e organizacionais⁹. Transportes, combustível, unidades, profissionais, medicamentos, estoques, documentos, sistemas de informação e pontos de dispensação constituem elementos interdependentes, cujo funcionamento conjunto condiciona a continuidade do cuidado. Em áreas rurais, essa articulação conecta diferentes espaços, tecnologias e instituições; quando se mostra incompleta ou instável, pode ampliar e distribuir desigualmente tempos, custos e esforços entre territórios e usuários¹⁰.

Na Amazônia, essas relações assumem configurações particulares. A dependência de transportes fluviais e terrestres, a sazonalidade climática, a dispersão populacional e a

distribuição desigual dos serviços interferem na organização da APS e da assistência farmacêutica^{6,11,12}. Dimensões espaciais, logísticas e organizacionais interferem de modo distinto nos percursos de acesso e no funcionamento dos serviços em contextos amazônicos¹³. A posição da residência, a infraestrutura disponível, a atuação territorial das equipes e a organização dos fluxos podem, assim, gerar diferenças tanto entre municípios quanto no interior de uma mesma área de referência.

A obtenção de medicamentos não se limita à presença física do produto em uma unidade, pois também depende da informação, da organização dos serviços e da articulação entre os pontos de dispensação⁵. Ela pode envolver diferentes fontes de obtenção, deslocamentos adicionais e, em determinadas situações, aquisição no setor privado^{14,15}. Desse modo, a universalidade pode ser tensionada pela instabilidade e pela fragmentação dos percursos necessários para que o medicamento chegue efetivamente ao usuário.

Paralelamente aos serviços e medicamentos institucionalizados, famílias e sujeitos mobilizam plantas, preparações domésticas e conhecimentos transmitidos na convivência familiar, como observado em outros contextos da APS¹⁶. Esses repertórios podem incluir ainda produtos adquiridos comercialmente e outros recursos de cuidado. Possuem trajetórias familiares e territoriais próprias, coexistem com medicamentos e não devem ser interpretados como sistema terapêutico homogêneo nem como respostas produzidas exclusivamente por limitações na provisão pública.

Neste estudo, a produção do comum é compreendida como um processo relacional pelo qual conhecimentos, recursos e capacidades de cuidado são criados, compartilhados e mantidos por práticas de cooperação^{17,18}. O comum não corresponde apenas a um recurso coletivamente disponível nem se confunde automaticamente com ajuda ocasional, uso individual de plantas ou manifestações isoladas de solidariedade. No plano analítico, torna-se reconhecível quando práticas de

cultivo, preparo, aprendizagem, transmissão e compartilhamento criam condições para a continuidade do cuidado. Nessa perspectiva, conhecimentos, relações, linguagens e formas de cooperação constituem riquezas comuns produzidas na interação social¹⁷.

Plantas medicinais, preparações domésticas e outros conhecimentos de cuidado estão presentes no cotidiano de famílias, usuários e trabalhadores, mas sua inserção nas práticas clínicas e na organização formal da APS permanece limitada^{19,20}. Sua aproximação com a institucionalidade sanitária envolve processos de reconhecimento, seleção, classificação, padronização e regulação. Ao serem institucionalizados, esses conhecimentos não permanecem intactos: podem adquirir visibilidade e enquadramento sanitário, mas também ser traduzidos, transformados ou separados das relações que sustentam sua produção²¹.

A Farmácia Viva constitui um exemplo das ambivalências presentes nesses processos de institucionalização. Inserida nas diretrizes da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada pelo Decreto nº 5.813/2006²², foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 886/2010²³ e submetida, pela Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 18/2013²⁴, a requisitos relacionados ao cultivo, ao processamento, ao armazenamento, à preparação e à dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos. Sua implantação pode aproximar plantas medicinais e assistência farmacêutica, mas não corresponde à incorporação automática das práticas domésticas nem deve substituir a provisão regular de medicamentos essenciais. Ao selecionar plantas, preparações e formas de conhecimento reconhecidas como legítimas, a institucionalização também redefine quais práticas e sujeitos passam a ser reconhecidos pela institucionalidade sanitária²¹.

Estudos têm examinado as barreiras territoriais ao acesso, à organização da assistência farmacêutica e ao uso de plantas medicinais na APS. Permanece menos compreendida,

contudo, a articulação entre essas dimensões no cotidiano de territórios amazônicos. Este estudo teve como objetivo analisar como condições territoriais e organizacionais, percursos de obtenção de medicamentos e práticas plurais de cuidado conformam o acesso à APS em Óbidos e Terra Santa, no oeste do Pará, e se relacionam com processos de produção do comum e com tensões relacionadas ao reconhecimento institucional desses conhecimentos e práticas.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e interpretativo, desenvolvido como parte do projeto ‘Acesso a medicamentos na Amazônia: influência do fator amazônico sobre a assistência farmacêutica’, executado pela Universidade Federal do Oeste do Pará e financiado pela iniciativa Amazônia +10. Este artigo analisa a etapa realizada em Óbidos e Terra Santa, no oeste do Pará, entre 2024 e 2025. A abordagem qualitativa foi adotada para compreender as experiências de acesso aos serviços e aos medicamentos, bem como as práticas de cuidado mobilizadas nos territórios²⁵. A apresentação do estudo foi orientada pelo Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq)²⁶.

Óbidos e Terra Santa diferem quanto à extensão territorial, densidade demográfica, composição populacional e organização da rede pública de saúde. Óbidos possui maior extensão, menor densidade, elevada proporção de população rural e presença expressiva de comunidades quilombolas. Terra Santa apresenta um território mais compacto e maior densidade, embora também inclua comunidades rurais e ribeirinhas dependentes de deslocamentos terrestres e fluviais. As principais características dos municípios são apresentadas na *tabela 1*.

Tabela 1. Características sociodemográficas, territoriais e da estrutura da Atenção Primária à Saúde em Óbidos e Terra Santa, Pará, Brasil

Indicador	Óbidos	Terra Santa
População residente (n)	52.306	18.602
Área territorial (km ²)	28.021	1.899
Densidade demográfica (hab./km ²)	1,87	9,79
População urbana (%)	51,6	60,9
População rural (%)	48,4	39,0
População indígena (n)	804	26
População indígena (%)	1,5	0,14
População quilombola (n)	6.815	-
População quilombola (%)	13,0	-
Cobertura estimada da APS (%)	100	97,5
Unidades de APS em área urbana (n)	9	6
Unidades de APS em área rural (n)	4	-
Unidade Básica de Saúde Fluvial (n)	1	-
Postos de saúde (n)	6	6
IDHM	0,594	0,602

Fonte: elaboração própria com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²⁷, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil²⁸, e-Gestor Atenção Primária à Saúde²⁹ e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde³⁰, consultados em março de 2026.

APS = Atenção Primária à Saúde; IDHM = Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; - = ausência de registro específico na categoria apresentada.

O *corpus* individual foi constituído por 21 entrevistas semiestruturadas, realizadas com 17 usuários da APS e quatro trabalhadores da saúde. Em Óbidos, ocorreram 18 entrevistas, sendo 15 com usuários e 3 com trabalhadores. Em Terra Santa, foram realizadas 3 entrevistas, 2 com usuárias e 1 com trabalhadora vinculada à assistência farmacêutica. Não houve recusas à participação.

Foram incluídos usuários com 18 anos ou mais, residentes nos territórios estudados e com experiência de utilização da APS, obtenção de medicamentos ou mobilização de outras práticas de cuidado relacionadas ao objeto da pesquisa. Entre os trabalhadores, foram incluídos profissionais envolvidos na assistência, na atuação territorial, na organização dos serviços ou na gestão e dispensação de medicamentos.

A seleção foi intencional e buscou contemplar diferentes comunidades, condições

de deslocamento, experiências de acesso e posições no cuidado, preservando relatos convergentes e contrastantes. Os usuários foram identificados e convidados com apoio dos serviços e dos agentes comunitários de saúde. Os trabalhadores foram convidados conforme sua atuação nas unidades e disponibilidade durante o campo. O apoio dos serviços restringiu-se à identificação e ao contato inicial, sem participação nas entrevistas ou presença durante sua realização.

As entrevistas foram realizadas presencialmente pelo pesquisador principal, professor e farmacêutico com experiência em assistência farmacêutica, saúde coletiva e pesquisas em territórios amazônicos. Os encontros ocorreram em ambientes institucionais previamente acordados, com condições de privacidade, e duraram entre 60 e 120 minutos. A posição profissional do pesquisador e sua relação com

o campo foram consideradas na interpretação, mediante discussão das categorias e das leituras preliminares com integrantes da equipe.

O roteiro abordou trajetórias de acesso aos serviços e aos medicamentos, meios e custos de deslocamento, disponibilidade e formas de obtenção, necessidade de compra, orientações recebidas, relações familiares e comunitárias e práticas locais de cuidado. As perguntas de aprofundamento foram adaptadas às experiências de cada participante. Em uma entrevista, um familiar acompanhante complementou as informações sobre mobilidade, itinerário assistencial e organização do tratamento, cujas falas diferiam das respostas da participante principal.

As entrevistas foram gravadas mediante consentimento e transcritas integralmente. As transcrições foram conferidas por nova escuta, realizada por bolsistas de iniciação científica e estudantes de pós-graduação capacitados e supervisionados pelo pesquisador principal e por uma pesquisadora da equipe. Dúvidas sobre autoria das falas, medicamentos, plantas e expressões locais foram verificadas nos áudios. Trechos truncados ou de interpretação incerta não fundamentaram as conclusões analíticas.

Além das entrevistas, foi realizada uma roda de conversa na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Aparecida, em Terra Santa, com 15 trabalhadores da APS, entre agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, profissional de enfermagem e profissional médico. A atividade abordou experiências, conhecimentos e dúvidas relacionadas ao uso de plantas e às práticas locais de cuidado. Os dois arquivos de áudio correspondiam a momentos sucessivos do mesmo encontro e foram analisados como uma única fonte coletiva. Os integrantes da equipe de pesquisa não foram contabilizados como participantes.

A roda teve início com relatos dos trabalhadores e, posteriormente, incluiu esclarecimentos técnicos da equipe sobre identificação botânica, segurança e possibilidades de integração institucional. Na análise, as manifestações anteriores aos esclarecimentos foram diferenciadas daquelas produzidas após a

intervenção dos pesquisadores. Uma participante também havia concedido uma entrevista individual; os materiais foram analisados separadamente, sem duplicação na contagem das pessoas.

O material foi submetido à análise de conteúdo, na modalidade temática e em perspectiva interpretativa³¹. O processo compreendeu leitura reiterada das transcrições, identificação de unidades de sentido, codificação e agrupamento dos conteúdos segundo afinidade temática, recorrência, contraste e relevância para o objetivo. A análise combinou códigos orientados pelos objetivos da pesquisa e códigos emergentes do material empírico, posteriormente interpretados em diálogo com a literatura e o referencial teórico.

Foi construída uma matriz de rastreabilidade que relaciona fontes empíricas, circunstâncias das falas, unidades de sentido, códigos e categorias analíticas. A matriz registrou também a natureza da evidência, distinguindo experiências próprias, relatos decorrentes da atuação profissional, relatos sobre terceiros e respostas produzidas após perguntas de aprofundamento ou confirmação. Nas interpretações centrais, priorizaram-se falas claras, contextualizadas e relacionadas à experiência direta dos participantes.

A codificação inicial foi conduzida pelo pesquisador principal, e as categorias preliminares foram discutidas com os integrantes da equipe. A análise comparou usuários e trabalhadores, Óbidos e Terra Santa e territórios com diferentes condições geográficas e organizacionais, preservando casos contrastantes.

Cada participante recebeu um código interno único, vinculado ao perfil, ao município, à modalidade de produção dos dados e ao arquivo de origem. Os usuários cujas trajetórias foram retomadas ao longo da análise receberam pseudônimos inspirados em espécies vegetais amazônicas, atribuídos independentemente das plantas mencionadas nas entrevistas. Os demais participantes foram apresentados por identificações funcionais ou genéricas. A correspondência entre nomes originais, códigos

e pseudônimos foi mantida exclusivamente na matriz interna, e as informações potencialmente identificadoras foram generalizadas na versão destinada à publicação.

Na etapa interpretativa, a noção de infraestrutura sociotécnica orientou a análise das articulações entre transportes, serviços, medicamentos, registros, profissionais e pontos de dispensação⁹. A produção do comum foi mobilizada como categoria interpretativa para examinar situações em que conhecimentos, recursos e capacidades de cuidado eram produzidos, compartilhados e mantidos por relações de cooperação^{17,18}. As tensões relacionadas ao reconhecimento institucional foram examinadas a partir dos relatos sobre orientações, registros e fluxos assistenciais, bem como das manifestações sobre identificação botânica, segurança, regulação e possibilidades de institucionalização.

Os resultados foram organizados em três eixos: 1) condições territoriais e organizacionais de acesso aos serviços; 2) disponibilidade, circulação e obtenção de medicamentos; e 3) práticas plurais e circulação familiar e local do cuidado. As categorias foram construídas sem pressupor uma relação causal única entre a indisponibilidade de medicamentos, o uso de plantas e as práticas locais de cuidado.

Uma ferramenta de inteligência artificial generativa foi utilizada como apoio à revisão linguística e à organização textual do manuscrito. A análise dos dados, a interpretação dos resultados, a conferência das fontes e a aprovação da versão final permaneceram sob responsabilidade integral dos autores.

O estudo observou os princípios éticos estabelecidos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde^{32,33}. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Oeste do Pará, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 73038623.1.0000.0171 e Parecer nº 6.450.331. A inclusão de Terra Santa foi aprovada pelo Parecer nº 7.614.399, de 3 de junho de 2025. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

A análise evidenciou experiências heterogêneas de acesso aos serviços, obtenção de medicamentos e organização cotidiana do cuidado. Enquanto participantes de algumas comunidades dependiam de deslocamentos fluviais, terrestres ou combinados, outros residiam próximos às unidades e percorriam trajetos mais breves. Também variaram a disponibilidade dos medicamentos, as orientações recebidas e os recursos mobilizados para manter o cuidado.

Os resultados foram organizados em três eixos: condições territoriais e organizacionais de acesso aos serviços; disponibilidade, circulação e obtenção de medicamentos; e práticas plurais e circulação familiar e local do cuidado. A apresentação considerou padrões recorrentes, diferenças entre os participantes, casos contrastantes e os limites do *corpus* para comparações entre os municípios.

Condições territoriais e organizacionais de acesso aos serviços

Os percursos até os serviços variaram entre trajetos breves a pé, deslocamentos terrestres com gasto de combustível e itinerários compostos por etapas fluviais e terrestres. Andiroba, usuário de Óbidos, realizava o trajeto de motocicleta e sintetizou seu custo imediato: *“Geralmente a gente põe dois litros de gasolina para ir e voltar”* (Andiroba, usuário de Óbidos).

Em percursos mais complexos, alcançar a margem urbana não significava ter chegado ao serviço. Muruci relatou: *“A gente pega o barco daqui do interior, paga a gasolina, atravessa o rio, chega na beira da cidade e de lá pega carro para o atendimento 24 horas”* (Muruci, usuária de Óbidos). A participante acrescentou que a indisponibilidade do transporte sanitário podia exigir nova adaptação: *“Às vezes a ambulância não está disponível, aí a gente já tem que pegar outro barco”* (Muruci, usuária de Óbidos).

Esses relatos mostraram que a barreira não se limitava à distância física. O acesso dependia do encadeamento entre etapas sucessivas, da disponibilidade de transporte e dos recursos financeiros. A interrupção de um desses componentes poderia ampliar o tempo, o custo e a incerteza da busca por atendimento.

A combinação entre rio, margem urbana, transporte terrestre e serviço de saúde aproxima-se da noção de múltiplas espacialidades da infraestrutura. Burchardt¹⁰ demonstra que, em contextos rurais, infraestruturas médicas operam por diferentes escalas, tecnologias e conexões, exigindo adaptações para articular territórios e serviços. Embora desenvolvido em contexto distinto, esse referencial ajuda a compreender por que o acesso não se organiza em espaço contínuo e homogêneo.

No oeste do Pará, barreiras geográficas e organizacionais também interferem na utilização da APS⁶. Estudos na Amazônia fluvial destacam a necessidade de arranjos específicos de transporte, organização das equipes e continuidade da oferta para sustentar os serviços¹¹. No presente estudo, as condições de acesso variaram inclusive dentro de uma mesma área de referência, conforme a localização da residência e a distribuição territorial das atividades da equipe.

Ainda que vinculados à mesma unidade de referência, Andiroba e Cumaru relataram experiências distintas. Andiroba, residente em uma comunidade rural, realizava o percurso de motocicleta, conduzida por ele próprio, em aproximadamente 15 minutos, com gasto de combustível. Cumaru estimou o trajeto a pé entre sua residência e a unidade em até cinco minutos: *“Eu acho que eu gasto até cinco minutos. Andando. É pertinho”* (Cumaru, usuário de Óbidos).

No caso de Cumaru, a proximidade da unidade coexistia com acompanhamento mensal, participação em atividades coletivas, verificação da pressão arterial e da glicemia e recebimento de orientações. O contraste mostrou que uma mesma área de referência abrangia diferentes condições de proximidade

e esforço de deslocamento. Essa variação também era influenciada pela organização do trabalho, pois as atividades coletivas alternavam-se entre a unidade de referência e uma das comunidades atendidas.

As barreiras podiam ser modificadas por intervenções na infraestrutura territorial e pela atuação das equipes. Segundo uma trabalhadora da APS de Óbidos, melhorias em ruas e pontes haviam reduzido o tempo de deslocamento até uma das comunidades. A realização de atividades em localidades mais afastadas também diminuía a necessidade de alguns usuários se dirigirem à unidade. O território, portanto, não constituía obstáculo imutável: investimentos públicos e formas territorializadas de organização do trabalho podiam alterar concretamente os percursos assistenciais.

Compreendida como infraestrutura socio-técnica, a rede de saúde articulava transportes, combustível, unidades, trabalhadores e fluxos organizacionais distribuídos no espaço e no tempo^{9,10}. Essa articulação conectava comunidades aos serviços de maneira desigual: aproximava alguns usuários, enquanto mantinha outros dependentes de conexões sucessivas e instáveis. A infraestrutura, assim, não apenas viabilizava o acesso, mas também distribuía de modo desigual esforços, custos e possibilidades de utilização.

Os percursos fluviais e multimodais concentraram-se nas entrevistas realizadas em Óbidos. Nas três entrevistas individuais realizadas em Terra Santa, número inferior ao de Óbidos, não foram relatados trajetos com a mesma complexidade. Essa diferença deve ser interpretada considerando tanto as características dos territórios quanto a assimetria do *corpus*, o que não permite comparação equivalente entre os municípios.

Os achados indicam que o acesso era produzido pela articulação entre localização, transporte, custos, infraestrutura e organização das equipes. A presença formal da rede ampliava as possibilidades de cuidado, mas não eliminava as desigualdades no esforço

necessário para alcançar e utilizar os serviços. Essas diferenças não ocorriam apenas entre municípios ou entre áreas urbanas e rurais, mas também entre usuários vinculados a uma mesma rede de referência.

Disponibilidade, circulação e obtenção de medicamentos

A obtenção de medicamentos não apresentou um padrão uniforme. Os relatos incluíram fornecimento regular na unidade, indisponibilidade de itens específicos, encaminhamento para outro ponto público de dispensação e compra em farmácias privadas. A falta na UBS não correspondia necessariamente à ausência do medicamento em toda a rede, pois o resultado da busca dependia também das orientações recebidas, da existência de outros pontos de dispensação e das condições para alcançá-los.

Copaíba descreveu uma experiência predominantemente favorável. Quando o medicamento estava disponível, era fornecido na própria unidade; quando faltava, a equipe orientava a busca na Farmácia Municipal, e a compra ocorria apenas se o item também não fosse encontrado nesse segundo ponto. Ao avaliar sua experiência, afirmou: *“Eu acredito que eu recebo até mais assim pelo governo, por aqui”* (Copaíba, usuária de Óbidos). Seu relato mostrou que o encaminhamento e a circulação entre pontos públicos podiam assegurar a obtenção, mesmo diante da indisponibilidade na unidade de origem.

Essa experiência contrastou com a de Muruci, para quem faltas reiteradas modificaram a forma de obtenção: *“Quando o médico passou para eu pegar lá, eu cheguei e não tinha. Da outra vez eu fui lá e não tinha. Então, eu decidi comprar”* (Muruci, usuária de Óbidos). A compra não apareceu como preferência inicial, mas sim como decisão posterior a tentativas frustradas. Em seu relato, não foram mencionadas orientações sobre outros pontos públicos ou programas de acesso, e a família assumiu diretamente a aquisição.

Jatobá relatou que, em geral, recebia os medicamentos prescritos, mas, diante da indisponibilidade de um item na unidade, foi orientado a buscá-lo em outro ponto público de dispensação: *“Esse agora não tem aqui. Eu vou ter que ir na outra farmácia lá embaixo amanhã”* (Jatobá, usuário de Óbidos). O participante esclareceu que os medicamentos eram fornecidos nesse segundo local, enquanto aqueles que precisavam ser comprados constavam de outra receita. Embora o percurso exigisse mais de 30 minutos a pé, ida e volta, ele avaliou positivamente o atendimento, indicando que sua percepção do serviço não se restringia à disponibilidade pontual do medicamento.

As respostas oferecidas pela rede também variaram. Uxi foi orientada a procurar a Farmácia Municipal, onde encontrou o medicamento utilizado pelo esposo. Cumaru relatou que, diante da falta, recebia a informação de que deveria comprá-lo. Assim, a indisponibilidade na unidade podia resultar em encaminhamento para outro ponto público ou em aquisição privada, conforme a resposta oferecida pelo serviço e a possibilidade de continuidade da busca.

A compra ocorreu ainda em circunstâncias distintas. Açai adquiriu uma pomada não disponível na unidade, enquanto alguns medicamentos de uso eventual foram comprados diretamente no setor privado, sem menção à tentativa prévia de obtenção pelo serviço público. A aquisição em farmácias privadas, portanto, não pode ser interpretada automaticamente como evidência de desabastecimento da rede.

Mesmo quando a obtenção pública predominava, compras ocasionais podiam afetar o orçamento doméstico. Copaíba relatou: *“Às vezes a gente guarda um dinheiro para pagar um talão de energia e aí tem que mexer nesse dinheiro; a doença não avisa quando vai chegar”* (Copaíba, usuária de Óbidos). Nesses casos, a capacidade financeira tornava-se um componente do acesso efetivo e podia deslocar recursos destinados a outras necessidades familiares.

Estudos nacionais mostram que o acesso a medicamentos na APS depende da disponibilidade pública e das condições socioeconômicas dos usuários^{14,15}. Em perspectiva sistêmica, envolve também informação, organização dos serviços e articulação entre os pontos de dispensação, não se restringindo à presença física do produto⁵.

Em Terra Santa, a perspectiva da gestão foi apresentada no relato de uma trabalhadora vinculada à assistência farmacêutica municipal. Segundo a participante, as limitações na organização dos registros e a ausência de séries anteriores de consumo suficientemente estruturadas dificultavam a visualização dos estoques e o planejamento do abastecimento das comunidades. Ela sintetizou essa situação ao afirmar que *“o pedido é meio que feito no escuro”* (Trabalhadora da assistência farmacêutica). Também relatou que medicamentos recebidos sem a documentação necessária não podiam ser inseridos no sistema de informação, reduzindo a visibilidade das quantidades disponíveis.

Na perspectiva dessa trabalhadora, a existência física do medicamento não assegurava sua plena visibilidade à gestão. Estoque, documentação, registros, profissionais e pontos de dispensação precisavam estar articulados para que o produto circulasse pela rede e chegasse ao usuário. Essa articulação permite compreender a assistência farmacêutica como infraestrutura sociotécnica constituída por componentes materiais, informacionais, humanos e organizacionais⁹.

As descontinuidades entre esses componentes podiam produzir esforços adicionais para serviços e usuários. Como esse resultado deriva principalmente da experiência de uma trabalhadora, não deve ser interpretado como diagnóstico abrangente da assistência farmacêutica de Terra Santa, mas sim como evidência de dificuldades observadas a partir de determinada posição institucional.

A universalidade mostrou-se tensionada não por uma ausência uniforme de

medicamentos, mas pela instabilidade e fragmentação dos percursos necessários à obtenção. O acesso era mais efetivo quando oferta, informação, orientação, encaminhamento e circulação entre os pontos da rede se articulavam. Quando essa cadeia não se completava, a continuidade do tratamento passava a depender do deslocamento, do conhecimento dos fluxos e da capacidade financeira dos usuários e de suas famílias. Em algumas situações, isso incluía a aquisição privada do medicamento.

Práticas plurais e circulação familiar e local do cuidado

Os participantes relataram medicamentos industrializados, plantas conhecidas por nomes populares, preparações domésticas, produtos adquiridos comercialmente e recursos cuja composição ou procedência não souberam informar. Esses repertórios coexistiam com a procura pelos serviços de saúde e variavam conforme os problemas vivenciados, as experiências familiares e as fontes de orientação. Os nomes populares foram preservados tal como registrados nas entrevistas, sem correspondência automática com espécies botânicas, pois não houve confirmação taxonômica. As menções não permitem inferir dose, eficácia, segurança ou adequação terapêutica.

Copaíba mencionou hortelã, cidreira e paragórico, esse último referido como planta. Açaí relatou o uso de pião e casca de cajueiro para lavar feridas. Castanheira afirmou que sua família recorria a plantas cultivadas por uma tia, entre elas boldo e japana, principalmente diante de desconfortos digestivos. A participante sintetizou a centralidade desse recurso no cuidado cotidiano: *“Pra onde a gente corre logo é um chá”* (Castanheira, usuária de Óbidos).

A transmissão intergeracional apareceu de forma particularmente clara nesse relato. Ao identificar a tia, responsável pelo cultivo, e a mãe como referências familiares, Castanheira explicou:

A minha tia [conhece]. A minha mãe também. [...] Eu já vou aprendendo com elas também: qual é a planta, para que serve, como faz. [...] Meu filho tem dez anos. Ele vê eu fazendo chá. [...] Ele toma. Toma e, às vezes, dá certo, graças a Deus (Castanheira, usuária de Óbidos).

O depoimento mostrou que o saber era aprendido na convivência, na identificação das plantas, na observação do preparo e na experiência compartilhada de cuidado. O cultivo realizado pela tia, o conhecimento da mãe, a aprendizagem de Castanheira e a participação do filho constituíam um circuito familiar de produção e circulação do cuidado. À luz de Teixeira¹⁷, o comum não se encontrava apenas na planta, mas também nas relações, nos conhecimentos e nas capacidades de cuidado produzidas em torno dela. O saber era, simultaneamente, resultado da cooperação entre gerações e condição para a continuidade dessas práticas.

Outras orientações provinham de vizinhos, colegas, experiências anteriores e meios digitais. A centralidade da família como fonte de conhecimento e a reduzida participação de profissionais de saúde também foram observadas em estudo realizado no território de uma UBS no Vale do Jequitinhonha¹⁶. Esse paralelo não autoriza tratar a transmissão familiar como padrão uniforme, pois sua presença e suas formas variaram entre os participantes.

Na etapa inicial da roda de conversa com trabalhadores da APS em Terra Santa, antes dos esclarecimentos técnicos da equipe de pesquisa, emergiram experiências distintas com cultivo doméstico, preparações caseiras e fontes familiares ou digitais de informação. Alguns participantes afirmaram cultivar ou utilizar plantas preparadas por familiares, enquanto outros relataram pouco conhecimento ou ausência de uso. Tratada como fonte complementar, a roda não evidenciou consenso nem demanda previamente formulada pela implantação de uma Farmácia Viva.

Outrossim, foram relatados usos concomitantes de plantas e medicamentos

industrializados. Uma usuária de Óbidos mencionou o uso de chá de capim-santo para desconforto estomacal e uso concomitante de hidróxido de alumínio. Essa coexistência evidenciou a mobilização de recursos terapêuticos distintos, mas não permitiu concluir que estivessem integrados de forma orientada ou segura nem que as plantas substituíssem sistematicamente os medicamentos.

Uma trabalhadora da APS de Óbidos descreveu o caso de uma usuária hipertensa que utilizava o medicamento, principalmente quando percebia sintomas, e recorria frequentemente ao chá de erva-cidreira. Por se tratar de narrativa sobre terceiro, não foi possível reconstruir as razões da conduta nem estabelecer relação causal entre o uso do chá e a utilização irregular do medicamento.

Cumarú relatou utilizar um “pó” recomendado para diabetes sem conhecer o nome, a composição ou a origem. O recurso não pode ser classificado automaticamente como planta medicinal, fitoterápico ou preparação tradicional. O caso reforça a necessidade de que as interações clínicas incluam perguntas sobre plantas, preparações domésticas, produtos comerciais e outros recursos utilizados além dos medicamentos prescritos.

Os casos contrastantes impediram a generalização dessas práticas. Muruci declarou não utilizar plantas medicinalmente e afirmou consumir chá de capim-santo apenas pelo gosto. Uxi relatou que sua família recorria principalmente a produtos adquiridos em farmácias. A presença da biodiversidade e de conhecimentos locais, portanto, não produzia repertórios terapêuticos homogêneos nem permitia classificar os participantes como integrantes de um mesmo sistema tradicional de cuidado.

No *corpus*, a produção do comum tornou-se reconhecível apenas em práticas nas quais o cultivo, o preparo, a aprendizagem, a transmissão e o compartilhamento mantinham conhecimentos e capacidades de cuidado por relações de cooperação. Essa interpretação aproxima-se de Teixeira¹⁷ e Rios et al.¹⁸. A categoria não se aplica indistintamente a usos

individuais, produtos comerciais ou recursos de composição desconhecida.

As evidências sustentam, com maior clareza, processos familiares e intergeracionais de produção do comum. As referências a vizinhos, colegas e trabalhadores indicam circulação para além da família, mas não permitem afirmar a existência de uma rede comunitária ampla ou organizada.

Nos relatos analisados, essas práticas permaneciam pouco incorporadas às perguntas clínicas e aos fluxos assistenciais, com escassas referências ao seu registro formal. As dúvidas e manifestações de interesse registradas durante a roda indicaram a possibilidade de diálogo sobre identificação botânica, segurança e orientação, sem configurar consenso profissional ou demanda previamente formulada por institucionalização.

A Farmácia Viva pode ser discutida como uma possibilidade de aproximação entre plantas medicinais, assistência farmacêutica e institucionalidade sanitária. Inserida nas diretrizes da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada pelo Decreto nº 5.813/2006²², foi instituída no SUS pela Portaria nº 886/2010²³ e submetida, pela RDC nº 18/2013²⁴, a requisitos relacionados ao cultivo, ao processamento, ao armazenamento, à preparação e à dispensação. Sua implantação exige estrutura adequada, identificação botânica, controle de qualidade e atuação profissional, não correspondendo à incorporação automática das práticas domésticas nem à substituição da provisão regular de medicamentos essenciais.

A institucionalização não é neutra. Ao selecionar plantas, padronizar preparações e definir autoridades responsáveis, o serviço público traduz e transforma conhecimentos produzidos em relações familiares e locais. Carlessi e Ayres²¹ mostram que esse processo pode ampliar a visibilidade e o enquadramento sanitário das práticas, bem como redefinir quais plantas, preparações, conhecimentos e sujeitos passam a ser reconhecidos pela institucionalidade.

A Farmácia Viva pode ser situada, assim, no campo da disputa pelo comum. Caso

considerada nos municípios estudados, sua construção deveria articular regulação sanitária, participação de comunidades e trabalhadores e reconhecimento dos conhecimentos mobilizados, sem descontextualizar o saber local, apagar as relações que sustentam sua produção ou transferir às comunidades responsabilidades próprias do Estado.

Considerações finais

Este estudo mostrou que o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos em Óbidos e Terra Santa não se realizava de forma homogênea nem podia ser explicado apenas pela existência formal da rede de APS. Localização, meios de transporte, custos e organização territorial das equipes produziam diferentes condições de utilização, inclusive entre usuários vinculados a uma mesma área de referência. A presença da rede ampliava o acesso ao cuidado, mas não eliminava as desigualdades no esforço necessário para alcançá-lo.

A obtenção de medicamentos também assumia configurações distintas, envolvendo fornecimento regular, indisponibilidade de itens específicos, encaminhamento para outros pontos públicos e compra privada por diferentes razões. A falta na unidade não equivalia necessariamente à ausência em toda a rede, pois a obtenção efetiva dependia da oferta, das informações e orientações recebidas, das condições de deslocamento e da capacidade financeira. A universalidade mostrou-se tensionada pela instabilidade e fragmentação desses percursos. Na perspectiva de uma trabalhadora, as limitações nos registros e na visibilidade dos estoques evidenciaram dimensões materiais, informacionais e organizacionais da assistência farmacêutica.

Os repertórios de cuidado reuniam medicamentos industrializados, plantas e preparações domésticas nomeadas popularmente, produtos comerciais e recursos de composição desconhecida. Não constituíam um repertório tradicional uniforme nem estavam presentes entre todos os participantes. A produção do comum tornou-se reconhecível em determinadas

práticas familiares e intergeracionais, nas quais cultivo, preparo, aprendizagem, observação e compartilhamento produziam e mantinham capacidades de cuidado. Segundo os relatos, essas práticas permaneciam pouco incorporadas às perguntas clínicas e aos fluxos assistenciais, com escassas referências ao seu registro formal, indicando formas parciais e seletivas de reconhecimento institucional.

Os achados indicam a importância de políticas territorialmente sensíveis, que considerem transporte, deslocamento das equipes, planejamento, registros e fluxos entre pontos de dispensação como componentes do acesso. Também reforçam a necessidade de incluir, nas interações clínicas, perguntas sobre plantas, preparações domésticas, produtos comerciais e outros recursos utilizados. A Farmácia Viva pode aproximar conhecimentos locais e institucionalidade sanitária, desde que não substitua a provisão regular de medicamentos essenciais e articule regulação, qualidade, participação e reconhecimento dos sujeitos e das relações que sustentam esses saberes. Sua institucionalização envolve também processos de seleção, tradução e transformação dos conhecimentos.

O caráter qualitativo e intencional do estudo, a distribuição desigual das entrevistas entre os municípios e a concentração de alguns achados em participantes e territórios específicos limitam generalizações e comparações simétricas. Além disso, os nomes populares das plantas não foram confirmados taxonomicamente, e os relatos não permitem avaliar eficácia, segurança ou adequação terapêutica. Ainda assim, o estudo indica que o comum não substitui a responsabilidade estatal. Ele torna visíveis capacidades compartilhadas de cuidado e aspectos nos quais o SUS precisa ampliar sua presença, sem transferir às comunidades obrigações públicas nem favorecer a descontextualização ou a apropriação indevida dos conhecimentos mobilizados nessas práticas.

Contribuições de autoria

Sabino W (0000-0002-6292-639X)*, Loureiro TB (0009-0004-7768-3548)*, Sousa EJ (0000-0002-9477-7894)*, Cordeiro LS (0000-0002-0870-7727)*, Braga LRF (0000-0002-8596-6773)* e Maciel FB (0000-0001-7949-0070)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. World report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2025.
2. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
4. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
5. Bigdeli M, Peters DH, Wagner AK, editores. *Medicines in health systems: advancing access, affordability and appropriate use*. Geneva: World Health Organization; 2014.
6. Lima JG, Giovannella L, Bousquat A, et al. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em mu-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- nicípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trab Educ Saude*. 2022;20:e00616190. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>
7. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl 2):S190-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
8. Norris P, George M, Symon V, et al. Does access to medicines differ from access to healthcare? Experiences of barriers to medicines access by people facing social disadvantage. *Res Social Adm Pharm*. 2025;21(6):480-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2025.02.010>
9. Edwards PN. Infrastructure and modernity: force, time, and social organization in the history of sociotechnical systems. In: Misa TJ, Brey P, Feenberg A, editores. *Modernity and technology*. Cambridge: MIT Press; 2003. p. 185-226.
10. Burchardt M. Revisiting the sociology of infrastructure: multiple spatialities, experimentality, and medical drones in rural Malawi. *Hist Soc Res*. 2025;50(4):257-82. DOI: <https://doi.org/10.12759/hsr.50.2025.49>
11. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(4):1605-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>
12. Alves GSB, Oliveira MA, Silva MRF, et al. Barriers and facilitators to accessing healthcare services among elderly people living in a rural Amazonian community, Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2025;25:886. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12945-w>
13. Gomes IS, Farias MR, Leite SN, et al. Assistência Farmacêutica em municípios paraenses: um estudo avaliativo considerando o contexto amazônico. *Saúde Debate*. 2025;49(145):e9812. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459812P>
14. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl 2):20s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007139>
15. Boing AC, Bertoldi AD, Barros AJD, et al. Prevalências e desigualdades no acesso aos medicamentos por usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil: 2013 e 2019. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(6):e00114721. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT114721>
16. Macedo SB, Rezende EG, Cambraia RP, et al. Conhecimento popular sobre plantas medicinais em município do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. *Saúde Debate* [Internet]. 2026 maio 27 [acesso em 2026 jun 10];50(Esp 2):e10585. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/10585>
17. Teixeira RR. As dimensões da produção do comum e a saúde. *Saude Soc*. 2015;24(Supl 1):27-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01003>
18. Rios AG, Seixas CT, Cruz KT, et al. A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: uma cartografia com mulheres em situação de rua. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(8):3077-86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.12972020>
19. Mattos G, Camargo A, Sousa CAD, et al. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(11):3735-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.23572016>
20. Cota BB, Luz TCB. O cenário da fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise. *Saúde Debate*. 2025;49(147):e10102. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514710102P>
21. Carlessi PC, Ayres JRCM. Neo-traditional medicines: ethnographic contributions to conceptual definition. *Can Bull Med Hist*. 2021;38(Supl 1):S6-S30. DOI: <https://doi.org/10.3138/cbmh.473-102020>

22. Presidência da República (BR). Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 jun 23 [acesso em 2026 jun 10]; Seção I. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2010 abr 22 [acesso em 2026 jun 10]; Seção I:75. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0886_20_04_2010.html
24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 18, de 3 de abril de 2013. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em Farmácias Vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União Brasília, DF. 2013 abr 5 [acesso em 2026 jun 10]; Seção I:67-71. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0018_03_04_2013.html
25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
26. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Óbidos e Terra Santa [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [acesso em 2026 mar 17]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
28. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. Brasília, DF: PNUD; Ipea; FJP. [acesso em 2026 mar 17]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>
29. Ministério da Saúde (BR). e-Gestor Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2026 mar 17]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>
30. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; [2000] [acesso em 2026 mar 17]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>
31. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
32. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso em 2026 jun 10]; Seção I:59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
33. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso em 2026 jun 10]; Seção I:44-6. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Recebido em 23/03/2026

Aprovado em 29/06/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (Confap), fundações estaduais de amparo à pesquisa dos estados do Amazonas (Fapeam), Pará (Fapespa) e Santa Catarina (Fapesc), Conselho Nacional de Secretários para Assuntos de Ciência, Tecnologia e Inovação (Consecti) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editora responsável: Raquel Abrantes Pego, Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> – Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> – e-mail: rabra.peg@gmail.com