

# OFICINA NORTE ESTRADAS

29 DE OUTUBRO 2021



**APS EM MRR**

Atenção Primária à Saúde em Municípios  
Rurais Remotos no Brasil

**Coordenação:** Márcia Fausto e Lígia Giovanella

Apoio:



## **ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS NORTE ESTRADAS<sup>1</sup>**

Este texto apresenta resultados da pesquisa Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos no Brasil relacionados à organização da Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios rurais remotos (MRR) que compõem o denominado território Norte Estradas.

O território Norte Estradas agrega 28 MRR, distribuídos nos estados do Pará, Roraima, Amazonas, Acre e Amapá, todos localizados na região amazônica cujo acesso geográfico ocorre principalmente por vias terrestres, mas também por vias fluviais. Para a realização da pesquisa nesta área foram incluídos 3 MRR: Assis Brasil no estado do Acre e Jacareacanga e Rurópolis no estado do Pará.

A partir da análise de resultados da pesquisa, o texto apresenta oito temas que emergiram com relevância para organização e oferta de serviços de APS nos MRR em geral, com particularidades em cada área da pesquisa.

### **1 CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO NORTE ESTRADAS**

Nos MRR Norte Estradas, o acesso é majoritariamente por via terrestre e quando comparados aos municípios amazônicos beirados por rios, apresentam desenvolvimento mais recente, principalmente ligados às políticas de ocupação regional do padrão “estrada-terra firme-subsolo” e ao fortalecimento da municipalização pós-constituição de 1988. O acesso às estradas – sejam rodovias, sejam pequenas estradas sem pavimentação chamadas ramais/vicinas/travessões – são piores no “inverno amazônico”, marcado por alagamentos, riscos de deslizamento e “atoleiros”, com filas imensas de carretas carregadas que precisam esperar secar a estrada para seguir viagem. Já na época do “verão amazônico”, esses riscos se reduzem e o tráfego é melhor, contudo, a intensa poeira dificulta a visibilidade, causando acidentes. Nesses municípios, são comuns os relatos de desmatamento para pecuária ou para garimpo ilegal.

Os três municípios têm em comum grande extensão territorial, baixa densidade demográfica e grande número de pequenas comunidades dispersas no território, com quantitativo expressivo de população vivendo em áreas dos interiores (rurais), o que impacta diretamente no acesso e na organização dos serviços de saúde. A população descoberta pela atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma consequência desse cenário, agravada

---

<sup>1</sup> Texto de referência para subsidiar a apresentação dos resultados da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos no Brasil” na Oficina Norte Estradas. O texto foi elaborado com base nos seguintes textos:

Lima, J. G. Acesso e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. Tese de doutorado – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

Lima, JG, Moraes, CG, Lima, DMX, Seidl, H, Santos Junior, HG, Cabral, LMS, Giovanella, L. Acesso à Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais Remotos da Amazônia Norte Estradas. Capítulo do livro Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil (em elaboração)

Fausto, MCR; Almeida, PF; Santos, AM; Bousquat, A, Giovanella, L. (Org) Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil.(livro em elaboração)

por necessidades diferenciadas de grupos populacionais tradicionais, especialmente ribeirinhos e indígenas.

Desmatamento, queimadas, contaminação e assoreamento dos rios e igarapés estão entre os principais impactos ambientais nesses municípios, decorrentes das atividades econômicas com abertura de pastos e áreas de garimpo. A aceleração do processo de destruição ambiental é bem ilustrada pelo boom no mercado de retroescavadeiras hidráulicas na região, particularmente no Pará, que cavam buracos profundos em áreas de várzea próximas aos igarapés, onde o minério lavado pelas chuvas se acumula nas margens dos rios.

A sazonalidade afeta o acesso e demandas de atenção à saúde. Popularmente, os entrevistados referem-se às “duas estações” do ano existentes na Amazônia: o “verão”, época de seca dos rios, e “inverno”, período das chuvas, influenciando diretamente o acesso aos serviços de saúde. Doenças respiratórias e alergias são mais comuns na seca, com as queimadas e poeira excessiva; doenças diarreicas e de pele mais comuns no período das chuvas, com a contaminação das águas dos igarapés.

As condições de infraestrutura pouco refletem o desenvolvimento regional. Há comunidades rurais com ausência de energia elétrica, apesar de o estado do Pará ser o segundo maior produtor de energia do país. A disponibilidade de energia elétrica afeta a assistência à saúde na conservação de insumos e vacinas, realização de exames preventivos e esterilização de materiais.

A tabela 1 apresenta um conjunto de indicadores de saúde e como se pode observar, na área Norte Estradas há diferenças expressivas que revelam dificuldades de acesso aos serviços de saúde, quando comparados ao Brasil e aos MRR em geral. O número de consultas hab/ano nos MRR Norte Estradas, por exemplo, é duas vezes inferior em relação ao Brasil. Quando se trata de internações SUS de alta complexidade a taxa é incomparavelmente inferior nos MRR Norte estradas. Tais diferenças também se revelam mais críticas em relação ao baixo percentual de nascidos vivos com pré-natal adequado e altos percentuais de casos com início tardio do tratamento de câncer e de casos de internações por condições sensíveis à APS. Chama atenção o alto coeficiente de mortalidade infantil entre os MRR Norte Estradas.

A baixa cobertura por planos privados de saúde revela-se pouco expressiva nos MRR em geral (incluindo Norte Estradas), demonstrando ser o SUS a principal fonte de acesso à atenção à saúde nessas localidades. A cobertura ESF próximo a 80% e o alto número de visitas domiciliares realizadas por ACS refletem a importância da APS para viabilizar acesso ao sistema público de saúde nos MRR.

Apoio:





**Tabela 1:** Características dos MRR Norte Estradas. Indicadores selecionados Brasil, MRR e Norte Estradas.

Indicador	Brasil	MRR	Cluster
	Norte Estradas		
Consultas hab./ano <sup>1</sup>	1,79	1,65	0,87
Visitas Domiciliares de ACS hab./ano <sup>5</sup>	1,57	2,58	2,81
Cobertura da ESF (%) <sup>7</sup>	63,7	85,78	78,19
Internações SUS (100 hab./ano) <sup>1</sup>	5,88	5,58	5,72
Internações SUS de alta complexidade (100 hab./ano) <sup>1</sup>	0,44	0,13	0,7
Vidas Cobertas por Planos Privados de Saúde (%) <sup>3</sup>	22,4	1,5	0,85
Coeficiente de Mortalidade Infantil <sup>1</sup>	12,39	17,56	20,79
Óbitos por causas mal definidas (%) <sup>1</sup>	6,06	10,94	13,15
Internações por ICSAPS (%) <sup>4</sup>	30,6	41,14	42,98
Nascidos vivos com pré-natal adequado (%) <sup>1,2</sup>	70,76	52,81	45,72
Casos Câncer com início tratamento após 60 dias no SUS (%) <sup>1</sup>	17,7	21,7	24,5
Indígenas na população (%) <sup>6</sup>	0,43	4,62	6,17

Fontes:

<sup>1</sup>Calculado a partir de dados disponíveis no Data SUS <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> acessado em 12 de julho de 2021, ano referência 2019

<sup>2</sup>Início do PN no primeiro trimestre e pelo menos 6 consultas de PN

<sup>3</sup>Calculado a partir de dados disponíveis na ANS <http://ans.gov.br> acessado em 13 de julho de 2021, referência junho de 2019

<sup>4</sup>Dados disponíveis no Data SUS <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> acessado em 12 de julho de 2021, ano referência 2015.

<sup>5</sup>Calculado a partir de dados disponíveis em <http://sisab.saude.gov.br> acessado em 12 de julho de 2021, ano referência 2019

<sup>6</sup>Fonte: Censo 2010

<sup>7</sup>Calculado a partir de dados disponíveis no <https://egestorab.saude.gov.br> acessado em 14 de julho de 2021 referência junho de 2019

## 2 MODALIDADES E COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE APS

O SUS está presente em todos os MRR e se estabelece essencialmente por meio das ações de APS organizadas e ofertadas pelo sistema de saúde municipal, com base nas diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF) proposta pelo Ministério da Saúde (MS). A cobertura potencial da ESF oscila entre 48,8% e 100%, todavia permanecem áreas descobertas, particularmente aquelas mais longínquas e de difícil acesso.

Em todos os municípios há UBS com Equipes de Saúde da Família (EqSF), todas completas com médicos do Programa Mais Médicos (PMM), Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outras modalidades de equipes previstas e financiadas pelo MS (EqSF ribeirinhas, Equipes de Agentes Comunitários de Saúde -EACS), Equipes de Saúde Bucal (EqSB) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) estão presentes, porém com particularidades de implementação em cada município.

Apoio:



Apesar da ESF estar implementada, a provisão da APS em áreas mais remotas dos municípios mostra-se desafiadora e impõe aos gestores municipais a necessidade de criar alternativas organizacionais por dentro da ESF.

### **3 PROVISÃO E FIXAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NA APS**

As políticas do governo federal voltadas para o fortalecimento da APS tiveram repercussões positivas nos MRR, sobretudo a partir de 2011, com a implementação do Programa Mais Médicos e de modalidades específicas de equipes para áreas ribeirinhas. Os efeitos das políticas induzidas pelo governo federal são percebidos nos municípios estudados, sobretudo nas sedes municipais e entorno. Os efeitos positivos do PMM estão relacionados à qualificação do atendimento, na continuidade da assistência e na redução da sobrecarga de atendimentos nos hospitais e centros de saúde 24h. Entretanto, os efeitos não foram suficientemente abrangentes para ampliar cobertura em localidades mais distantes e isoladas. Problemas referentes a atração e a fixação apresentavam grandes diferenças entre a sede do município e a zona rural, com maiores dificuldades de conseguir médicos para UBS rurais.

O PMM destaca-se como política crucial para manter as EqSF completas e ampliar a cobertura da ESF nos municípios, algo até então intangível apenas com o esforço da gestão local. Por outro lado, as mudanças operadas no programa entre 2018-2019 (saída dos médicos cubanos e a irregularidade da chegada e permanência de médicos brasileiros) geraram incompletude das EqSF.

A insuficiência de profissionais de saúde, particularmente médicos, está no cerne dos problemas enfrentados pela gestão municipal para a provisão da APS. Seus efeitos acarretam restrição na disponibilidade de serviços de saúde e descontinuidade do cuidado fornecido. Quanto mais distantes são as áreas, maiores são os desafios para a disponibilidade de profissionais de saúde.

A rotatividade aparece como um problema principalmente vinculado à ausência de médicos, sendo frequente nesta situação o protagonismo do enfermeiro para realizar os primeiros atendimentos. No caso dos enfermeiros, a elevada rotatividade associava-se aos contratos temporários, vínculo predominante entre estes profissionais, com forte atuação na ESF.

Dentre as estratégias para atração e fixação de profissionais nos MRR, observou-se prioridade de contratação de profissionais nascidos no município ou região, gratificação profissional para os profissionais de sobreaviso e atuantes em ações itinerantes, parcerias privadas para formação com desenvolvimento de curso técnico de enfermagem no município.

### **4 TERRITORIALIZAÇÃO E VINCULAÇÃO DA POPULAÇÃO**

A territorialização e adscrição da população, conforme os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são conflitantes com a dispersão territorial e os

Apoio:



distintos modos de ocupação do território nos MRR. A efetivação destas prerrogativas segue critérios mais informais e factíveis, buscando maior aproximação com as características locais.

Verificou-se que na sede municipal a população está vinculada a EqSF de referência por áreas de atuação definidas. No interior a lógica da adscrição raramente se mantém, sendo frequente a vinculação de usuários residentes no interior a equipes que atuam em UBS localizadas na sede municipal. Para viabilizar o acesso e disponibilidade da oferta a toda população, em alguns municípios observou-se haver concentração de certos serviços em UBS maiores e de localização central e importante deslocamento/circulação das equipes entre sede e interior. Todos os MRR possuem áreas descobertas, visto a dispersão da população nos territórios rurais e dificuldades de fixação de profissionais nas equipes.

Nas UBS rurais o atendimento abarca a população vinculada e residentes de áreas mais dispersas e usuários não vinculados que procuram o serviço pela maior facilidade do acesso. Tanto nas UBS da sede quanto naquelas localizadas em áreas rurais busca-se garantir o acesso de usuários e famílias residentes em áreas mais distantes, havendo menos rigidez nos horários e dias de atendimentos programados.

A delimitação da área de atuação dos ACS, envolve uma territorialização mais fluida, por vezes com áreas não contíguas, demandando menor número de famílias por ACS. Os arranjos são diferenciados a depender da concentração/dispersão da população no território.

A sazonalidade impacta na territorialização. Seja pela presença de comunidades isoladas em épocas de chuva ou seca, seja devido à migração sazonal de parte da população. A presença de áreas de proteção ambiental e indígenas são particularidades que também moldam a organização dos serviços de APS, geram uma distribuição diferenciada das UBS que nem sempre permite abarcar todo o território.

## **5 TIPOS E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE PRIMEIRO CONTATO**

A ESF está implementada nos MRR, porém com adaptações impostas pelas características do contexto amazônico. Os ajustes feitos pela gestão local visam principalmente garantir o acesso a APS nas áreas mais remotas, mas nem sempre assegurando a continuidade e a integralidade do cuidado. A APS configura-se como serviço de primeiro contato. No interior o ACS estabelece o primeiro contato entre usuários e o serviço de APS. Os serviços de pronto atendimento também foram mencionados como opção de acesso nos dias e horários em que as UBS não estão em funcionamento ou quando localizados mais próximos do que a UBS.

São variados e conjugados formatos de organização da oferta de APS, coexistem modalidades induzidas por políticas do governo federal e iniciativas do governo local com vistas a ampliar o acesso. As modalidades são: UBS convencionais, pequenos postos de saúde, unidades fluviais, unidades móveis terrestres, presença de polos base de saúde indígenas em municípios com demarcação de terras indígenas. Nos postos de saúde do interior dos municípios a composição das equipes é reduzida com presença apenas de técnico de enfermagem ou enfermeiro, ACS é um dos municípios que inclui o microscopista.

As equipes têm diversificados formatos de atuação: equipes fixas em UBS na sede direcionadas para atender população da sede ou do interior; equipes fixas na sede que se

Apoio:



deslocam para o interior; equipes itinerantes com populações fixas; equipes itinerantes para ações pontuais/campanhas).

As EqSF procuram atuar de forma articulada com os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e da Academia da Saúde para o desenvolvimento de atividades preventivas e de promoção da saúde, em geral na sede municipal. As ações intersetoriais mais frequentes ocorrem junto aos setores de educação (Programa Saúde na Escola - PSE) e de assistência social (Programa Bolsa Família).

A disponibilidade de UBS em áreas do interior é um grande desafio para a gestão municipal, dadas as circunstâncias que envolvem: grandes distâncias, difícil acesso e rarefação populacional, dificuldades para contratação e fixação de profissionais de saúde e o custo financeiro para manutenção das UBS. Entretanto, observou-se que a presença de UBS em áreas do interior (rurais) modifica substancialmente as condições de acesso dos usuários residentes nestas localidades: reduz o tempo de deslocamentos, facilita a realização de consultas sem agendamento prévio e favorece o atendimento de emergência fora do horário de funcionamento da UBS. Os usuários reconhecem melhorias no acesso à saúde, mesmo havendo redução ou descontinuidade na oferta de serviços.

As características de infraestrutura dos MRR - precárias condições de saneamento básico, de água potável, transporte, habitação, suscetibilidade dos meios de comunicação e da energia elétrica - limitam a disponibilidade de UBS nas áreas dos interiores, desfavorecem a permanência de profissionais e reduzem o escopo de ações ofertadas.

Todos os MRR dispõem de algum tipo de estrutura para realizar primeiro atendimento às situações emergenciais, com diferenças de infraestrutura entre sede municipal e área rural. No interior é comum a presença de um profissional de saúde que atua de sobreaviso para o atendimento em caso de urgência e transporte do usuário a unidades da sede municipal. Na sede, a equipe de enfermagem articula com os profissionais da AB e do âmbito hospitalar as medidas de acompanhamento e cuidado adequadas.

### *Estratégias para ampliação do acesso em áreas dos interiores*

Quanto mais remotas e de difícil acesso são as áreas, maiores são as barreiras geográficas, financeiras e organizacionais que afetam o acesso à APS. Estas mesmas barreiras se repetem ou se intensificam para o acesso à atenção especializada. As estratégias identificadas para ampliar acesso nas áreas rurais foram:

#### ▪ **Ações itinerantes**

A realização de ações itinerantes é estratégia comum para garantir o acesso a serviços de saúde em áreas onde não há UBS. Estas ações acontecem de forma diversificada entre os municípios, desde ações pontuais como campanhas de vacinação, de realização de exame para prevenção do câncer de colo do útero ou ações periodicamente organizadas para acompanhamento de famílias já cadastradas e vinculadas a uma EqSF, a exemplo das ações

Apoio:



ofertadas em UBSF. Os pontos de apoio são comumente utilizados pelas equipes para realização das ações, assim como as escolas e as embarcações.

#### ▪ **Equipes Saúde da Família Ribeirinha**

Modalidades voltadas para favorecer o acesso em áreas ribeirinhas, como EqSFR financiadas pelo MS, estão pouco implantadas nos MRR Norte Estradas com essas características. A EqSFR implantada em um dos municípios se revelou estratégica para favorecer a permanência de profissionais de nível superior em áreas ribeirinhas com fortalecimento do vínculo e do cuidado continuado. As EqSFR, embora financiadas pelo Governo Federal, são complementadas com recursos municipais para manutenção de infraestrutura, acomodação dos profissionais e alimentação.

#### ▪ **Agente Comunitário de Saúde**

O ACS é o profissional que está presente nas áreas rurais. É, muitas vezes, o único representante do SUS nas localidades mais remotas. Exerce papel crucial junto às EqSF, cumprindo a função de mediador entre a equipe e a comunidade e facilitador do acesso ao serviço de saúde. As ações de saúde executadas pelo ACS tendem a ser diferenciadas entre os que atuam na sede ou no interior dos municípios.

A atuação do ACS é estratégia crucial para ofertar cuidados nas áreas mais remotas, sendo o profissional que estabelece o elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Seu trabalho inclui ações já constituídas como suas funções (visita domiciliar, acompanhamento de grupos prioritários, ações comunitárias), mas também inclui tarefas menos comuns (aferição de pressão arterial, entrega domiciliar de medicamentos, realização de exame de malária em domicílio). Além disso, viabiliza transporte, agenda consultas com médicos e enfermeiros, comunica situações de urgência, comunica o agendamento e faz entrega de resultados de exames.

Os ACS que atuam em áreas do interior dependem de meio de transporte para o acompanhamento de famílias em comunidades mais dispersas e distantes, muitas vezes viabilizado pela secretaria municipal de saúde. A visita domiciliar é estratégia prioritária para a realização do seu trabalho.

#### ▪ **Pontos de Apoio e atuação por sobreaviso 24 horas**

Pontos de apoio nas áreas do interior contam com a presença de pelo menos um técnico de enfermagem, fixo na unidade, que atua de sobreaviso 24 horas para atendimentos de urgências. O sobreaviso é uma forma de atendimento comumente utilizada em áreas rurais, fora do horário habitual das UBS e nos fins de semana. Em caso de urgência, o profissional de sobreaviso (em geral técnico de enfermagem ou enfermeiro que reside na localidade) é acionado, pelo paciente ou pelo ACS. Dependendo da gravidade do caso, o usuário é direcionado para unidades da sede em transporte sanitário, quando disponível.

Apoio:





Embora não tenha sido o foco específico do estudo, os resultados apontam para contundente necessidade de serviços de urgências e emergência em áreas de difícil acesso, e ao mesmo tempo, a inexistência de políticas mais amplas voltadas para estas localidades.

## 6 APOIO LOGÍSTICO PARA APS

### *Uso de tecnologias de informação e comunicação – Saúde digital*

O uso de ferramentas de tecnologias da informação e comunicação (TIC) é pouco desenvolvido nos MRR, embora se reconheça o seu potencial para ampliar a capacidade resolutiva da APS. A estratégia e-SUS AB é utilizada por todos os municípios, contudo, em formatos diferenciados. A ferramenta do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) foi implantada em apenas um município. As UBS estão informatizadas, porém poucas dispõem de conectividade.

A experiência de adoção dos tablets para ACS registrarem seus cadastros e visitas, inclusive os de comunidades vicinais, foi identificado em um município, com importante investimento em tecnologia de comunicação e estruturação de equipe de informática.

O telessaúde não é uma ferramenta utilizada pelas equipes, salvo em iniciativas individuais de profissionais para realizar cursos ou formação obrigatória dos médicos PMM. Há internet disponível em UBS da sede dos municípios e em poucas UBS do interior, embora com conexão inconstante. O WhatsApp é a ferramenta mais utilizada para comunicação entre os profissionais do interior e da sede e da sede com municípios de referência. Em todos os municípios há problemas com a qualidade da conectividade.

### *Transporte Sanitário e casas de apoio*

A disponibilidade de transporte para as EqSF mostrou-se decisivo para o provimento da APS, especialmente na impossibilidade de manter serviços fixos em áreas remotas e de baixa ocupação. As longas distâncias associadas à irregularidade dos transportes locais dificultam o deslocamento de usuários e de profissionais de saúde entre sede, interior e região.

A sazonalidade climática impõe à gestão municipal dispor de diferentes modais (fluvial e terrestre) para tornar viável o acesso em qualquer período, na cheia ou na vazante do rio.

O transporte sanitário ganha protagonismo na forma como o sistema municipal de saúde se estrutura. São frágeis os aportes financeiros dos governos estadual e federal para o apoio ao tratamento fora do domicílio, que ademais de serem baixos desconsideram as especificidades regionais.

Os gestores são envolvidos com a disponibilidade dos transportes dentro do município, para situações de urgência e emergência e na região, para o acesso à atenção especializada.

Não se verificou a presença de casas de apoio no sentido de acolher usuários do interior que deslocam longos percursos para realizar atendimento na sede municipal. Recursos similares

à casa de apoio são mais comuns nas regiões de saúde ou nas capitais com suporte financeiro dos municípios.

## **7 APS INTEGRADA NA REDE SUS: RELAÇÃO DA APS COM A ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Garantir a Atenção Especializada (AE) é um grande problema de acesso enfrentado em todos os MRR Norte Estradas. Os fluxos de acesso a AE na Região de Saúde de referência estão definidos por meio de sistema de regulação de vagas, contudo não são suficientes para favorecer a articulação da APS com os recursos da AE e a garantia da continuidade do cuidado.

Os recursos diagnósticos, de consultas ambulatoriais e de internação compreendidas como de média complexidade em geral são acionadas nas regionais de saúde de referência. Entretanto, a não correspondência entre o fluxo natural nos municípios e o fluxo formal da região de saúde reforça fluxos diretos para a capital, implicando em longas distâncias percorridas para o acesso a AE. As longas distâncias entre os municípios e a capital caracterizam o acesso em todos os municípios, ainda que haja diferenças entre eles.

Todos os municípios lidam com insuficiência de oferta e altos tempos de espera para exames e consultas com especialistas (na região ou na capital).

As dificuldades de deslocamento mobilizam a gestão local para garantir alguns serviços, inclusive de AE no próprio município, frente às barreiras geográficas que prejudicam o acesso regional. A assistência ao parto de baixo risco em municípios pequenos é exemplo para esta questão.

## **8 DESAFIOS PARA A GARANTIA DO ACESSO À APS**

O desafio basilar para a organização da APS nos MRR estudados refere-se à falta de sintonia entre o financiamento da saúde e as características do território: áreas remotas, longas distâncias, áreas extensas com populações esparsas; baixa atratividade dos municípios pela insuficiência de infraestrutura. Essas particularidades do contexto amazônico aprofundam os desafios para a efetivação da APS, tornando o custo muito além do previsto no cálculo para o seu financiamento.

A escassez da força de trabalho é um dos desafios mais comuns entre os diversos contextos rurais remotos e as respostas para suplantar tal obstáculo parecem ir além da provisão. Exige fortalecimento do trabalho multiprofissional, compartilhado e altamente qualificado para atuar em ambientes tão singulares. Requer estratégias baseadas em recursos de tecnologia da informação e comunicação, soluções remotas que possibilitam ampliar recursos e promover cuidados oportunos, resolutivos e de qualidade em áreas de difícil acesso.

Os resultados aqui apresentados sinalizam que apesar dos avanços ocorridos na APS a partir da implementação do SUS, os desafios para ampliação do acesso, principalmente nas áreas mais distantes e de difícil acesso em MRR permanecem como desafios para a gestão municipal. Avançar no fortalecimento da APS é fundamental para o enfrentamento de falhas no acesso relacionados à saúde, mas também determinados pela insuficiência de políticas

Apoio:





públicas mais amplas que considerem as especificidades dos MRR. Nesta direção, considera-se crucial aprofundar debates sobre a implementação de políticas de APS baseadas nas particularidades dos territórios Norte Estradas, com orientação comunitária, integral e integrada no SUS.

**Apoio:**

