

# OFICINA MATOPIBA

18 DE NOVEMBRO 2021



**Coordenação:** Márcia Fausto (Ensp/Fiocruz) e Aylene Bousquat (USP)

Apoio:



## **ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS MATOPIBA<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 Matopiba.

Matopiba é uma região que engloba parcialmente os estados do Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia, sendo um acrônimo criado a partir das iniciais destes estados. A delimitação desta área foi realizada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), e pela Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA), formalizada através do decreto 8.477 de maio de 2015 da presidência da república.

Essa região é um dos palcos mais recentes de crescimento do agronegócio brasileiro, com mudanças no uso e condição fundiária das terras e introdução de novas tecnologias de produção, incluindo irrigação, ou seja, é hoje uma das principais áreas de expansão do agronegócio. Matopiba concentra 26,3% de todos os municípios rurais remotos brasileiros, segundo classificação do IBGE (2017). É também uma área de conflito pois, ao mesmo tempo em que convive com uma nova forma de exploração de suas terras, inclusive com incorporação tecnológica e modernização do campo, existem milhares de pessoas que garantem sua subsistência a partir do uso tradicional do cerrado. São populações indígenas, quilombolas, de agricultores familiares e populações tradicionais, a maioria das quais vivendo em áreas afastadas das sedes dos municípios (Miranda, Magalhães e Carvalho 2014).

Dentre os 92 municípios classificados como rurais e remotos na região de Matopiba foram selecionados intencionalmente sete para a amostra da pesquisa: Tasso Fragoso (MA), Formosa da Serra Negra (MA), Campos Lindos (TO), Monte Alegre do Piauí (PI), Redenção do Gurguéia (PI), Júlio Borges (PI) e Avelino Lopes (PI).

A partir da análise das entrevistas realizadas no conjunto de MRR estudados, este 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.

---

<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 Matopiba. O texto foi elaborado com base nos seguintes textos: Bousquat A, Fausto, MCR; Giovanella L, Almeida, PF; Lima JG; Seidl, H. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. Revista de Saúde Pública, 2021 no prelo.

Bousquat A; Jesus, JGL; Martins, CL. No interior do interior: entraves e estratégias para a organização da Atenção Primária à Saúde em áreas distantes da sede dos municípios rurais e remotos. In: Fausto, MCR; Almeida, PF; Santos, AM; Bousquat, A, Giovanella, L. (Org) Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil. (livro 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)

## 1. CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO MATOPIBA

A área de Matopiba é composta por MRR por municípios com IDH-M baixo, que têm em comum o acesso terrestre, baixa densidade demográfica e pequenos povoados dispersos no território. Todos os municípios têm o cerrado como bioma predominante, alguns poucos localizados em região de transição para o semiárido brasileiro (3). É expressivo o contingente de população vivendo fora da sede municipal, o que impacta diretamente no acesso e na organização dos serviços de saúde. Tais características se refletem nas dificuldades no acesso e para a organização dos serviços de saúde.

O regime climático a que está submetida a maior parte dos MRR de Matopiba, longos períodos de estiagem e períodos com chuvas concentradas, faz com que a população adote estratégias próprias de convívio com as características ambientais, principalmente na zona rural. Nos períodos de seca extrema muitas famílias da zona rural migram para a sede. Em períodos de chuvas intensas alguns povoados ficam isolados, principalmente devido às condições precárias das vias de acesso.

Parte da população ainda vive da agricultura familiar e da pecuária para o comércio local e subsistência. A extração de frutos do cerrado complementa a renda de muitas famílias. Entretanto, nas últimas décadas houve a expansão de grandes fazendas na região, com produção em larga escala da soja e milho direcionada ao mercado globalizado, além da construção de usinas solares. Boa parte da população rural atualmente está empregada nas grandes fazendas. Uma pequena parte da população é assalariada, trabalha em comércios próximos a região e há expressivo número de famílias vinculadas a programas de transferência de renda - Programa Bolsa Família.

Em municípios onde não houve o desenvolvimento do agronegócio se observou ausência de empreendimentos econômicos relevantes (exceto 1 MRR). A riqueza advinda da produção local tende a não permanecer no município e a concentração de renda é a tônica. Nas grandes empresas as vagas de trabalho tendem a atrair a trabalhadores externos aos municípios. Os empregos formais predominam no serviço público e em pequenos empreendimentos localizados nas sedes municipais.

Os MRR de Matopiba carecem de investimentos de infraestrutura. Mesmo nas sedes municipais há poucas vias pavimentadas, ausência de saneamento básico, baixo acesso a água tratada, ausência de transporte público. As condições de infraestrutura nas áreas dos interiores são ainda mais críticas.

A alta vulnerabilidade social de boa parte dos residentes do interior aprofunda as barreiras para o acesso aos serviços de APS. Há expressivo percentual de população em condição de extrema pobreza, muitos deles beneficiários do Programa Bolsa Família. Nas áreas do interior há importante déficit de infraestrutura - saneamento básico, acesso a água potável, meios de comunicação - evidenciando-se amplas falhas de implementação de políticas públicas.

Apoio:



Em alguns povoados rurais observou-se a presença de poços artesanais e cisternas financiados por programas federais para superar a falta de água.

No que tange ao acesso geográfico, as estradas são o principal meio de mobilidade, dentro e fora dos municípios. As estradas e as vias secundárias que interligam sede e áreas rurais são em sua maioria não pavimentadas, acidentadas com muitos buracos, o que dificulta o deslocamento e torna o trajeto ainda mais longo. No período chuvoso as dificuldades de acesso se intensificam devido ao alagamento das vias.

Inexistem meios de transporte coletivos regulares para interligar interior e sede, implicando a necessidade de utilização de transportes particulares (motos e carros). O meio de transporte coletivo mais comumente utilizado pelos residentes das áreas rurais é o caminhão improvisado para transportar pessoas, denominado “pau de arara”. Os ônibus escolares também são frequentemente utilizados pelos residentes das áreas rurais para chegar à sede municipal e aos serviços de saúde. As distâncias, a falta de transporte público e o custo com transportes são importantes barreiras para o acesso aos serviços de saúde.

A tabela 1 apresenta um conjunto de indicadores de saúde e como se pode observar, na área Matopiba, há diferenças expressivas que revelam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, quando comparados ao Brasil e aos MRR em geral. O número de consultas hab/ano nos MRR Matopiba, por exemplo é inferior em relação ao Brasil. Quando se trata de internações SUS as diferenças ampliam, sendo a taxa de internações de alta complexidade incomparavelmente inferiores nos MRR em geral e particularmente em Matopiba. Comparados ao Brasil, as falhas relacionadas ao acesso se revelam críticas nos MRR, quando se observa o 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 a APS. Uma forte e robusta demanda uma articulação com os demais níveis do sistema, as dificuldades para esta articulação ficam evidentes nos indicadores de internações de alta complexidade e percentual de casos de câncer com início do tratamento com menos de 60 dias após o resultado do anatomopatológico (Bousquat et al, 2021 no prelo).

A baixa cobertura de planos privados de saúde, se por um lado revela a pequena capacidade financeira da população, por outro lado demonstra a importância do SUS, principal e quase exclusiva fonte de acesso a atenção à saúde em municípios rurais remotos. A alta cobertura ESF e o maior número de visitas domiciliares realizadas por ACS exprimem a importância da APS para viabilizar acesso ao sistema público de saúde nos MRR.

Apoio:



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

| Indicador   | Brasil | MRR   | Cluster  |
|---|--------|-------|----------|
|   |        |       | Matopiba |
| Consultas hab./ano <sup>1</sup>   | 1,79   | 1,65  | 1,20     |
| Visitas Domiciliares de ACS hab./ano <sup>5</sup>                       | 1,57   | 2,58  | 2,31     |
| Cobertura da ESF (%) <sup>7</sup>                                       | 63,7   | 85,78 | 98,04    |
| Internações SUS (100 hab./ano) <sup>1</sup>                             | 5,88   | 5,58  | 6,27     |
| Internações SUS de alta complexidade (100 hab./ano) <sup>1</sup>        | 4,4    | 1,3   | 1,4      |
| Vidas Cobertas por Planos Privados de Saúde (%) <sup>3</sup>            | 22,4   | 1,5   | 1,16     |
| Coefficiente de Mortalidade Infantil <sup>1</sup>                       | 12,39  | 17,56 | 16,56    |
| Óbitos por causas mal definidas (%) <sup>1</sup>                        | 6,06   | 10,94 | 9,25     |
| Internações por ICSAPS (%) <sup>4</sup>                                 | 30,6   | 41,14 | 42,77    |
| Nascidos vivos com pré-natal adequado (%) <sup>1,2</sup>                | 70,76  | 52,81 | 58,9     |
| Casos Câncer com início tratamento após 60 dias no SUS (%) <sup>1</sup> | 17,7   | 21,7  | 21,8     |
| Indígenas na população (%) <sup>6</sup>                                 | 0,43   | 4,62  | 1,99     |

Fontes:

1-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

2- Início do PN no primeiro trimestre e pelo menos 6 consultas de PN

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

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

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

6- Fonte: Censo 2010

7- 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 município, com base nas diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF) proposta pelo Ministério da Saúde (MS). A cobertura potencial da ESF é de quase 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), 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. 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.

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 de profissionais de saúde, quando aparece, está relacionado à insuficiência de médicos. Em relação ao profissional de enfermagem não se evidenciou dificuldades para contratação de profissionais de enfermagem, os quais exercem protagonismo na ESF.

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

Apoio:



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 distintos modos de ocupação do território nos MRR. A efetivação destas prerrogativas segue critérios mais factíveis para a gestão local, que busca alternativas diante das características do território.

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. Embora haja municípios com cobertura potencial de 100% de ESF, pode-se dizer que 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 existentes, 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 a o acesso de usuários e famílias residentes em áreas mais distantes, havendo menor 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. A definição de microáreas de atuação dos ACS foi relatada por todos, todavia o formato de divisão territorial não segue um padrão, variando por principalmente por divisão por número de famílias; por distribuição das comunidades nos territórios do interior. Este contexto mostra não ser possível estabelecer uma lógica única de territorialização e de número de pessoas adscritas por ACS para as equipes da sede e para o interior de um mesmo município, dadas as diferenças na dispersão populacional e de vias de acesso.

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

A ESF está implementada nos MRR, porém com adaptações impostas pelas características do contexto. 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.

Apoio:



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.

Nos postos de saúde do interior dos municípios a composição das equipes é reduzida com presença apenas de técnico de enfermagem ou enfermeiro, ACS, em quase todos os casos, têm funcionamento parcial com a permanência de equipes ESF apenas alguns dias na semana.

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 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) 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).

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 ao atendimento emergência fora do horário de funcionamento da UBS.

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 que o profissional de saúde que mora na área atue informalmente em sistema de sobreaviso para o atendimento em caso de urgência e transporte do usuário a unidades da sede municipal, mas em alguns MRR o SAMU chega a estas áreas. Na sede, a equipe de enfermagem articula com os profissionais da AB e do âmbito hospitalar as medidas de acompanhamento e cuidado adequadas.

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 quando se trata do acesso a atenção especializada. As estratégias identificadas para ampliar acesso nas áreas rurais foram:

Apoio:





- **Atendimento por demanda espontânea**

O atendimento por demanda espontânea é uma das estratégias para garantir acesso ao serviço de APS para a população residente na área rural. O agendamento de consultas ocorre por linhas de cuidado com dias específicos para cada grupo prioritário. O atendimento espontâneo nas UBS (sede e rural) ocorre por ordem de chegada e sem agendamento prévio. Há também movimentos de organização do serviço de APS de acordo com os horários do transporte escolar que trazem e levam usuários da APS. O turno da tarde é reservado para atendimento da população que desloca do interior para a sede municipal. No entanto, não se observou estrutura de suporte para a população no período em que permanece na sede, visto que o transporte usualmente só retorna as localidades do interior no final do dia.

No caso de áreas atendidas por equipes itinerantes, os atendimentos são ofertados nas localidades em frequência mensal ou semanal de acordo com o cronograma de cada equipe. Quando há necessidade da busca pelo serviço, fora do dia programado de atendimento na localidade do interior, a população deve se deslocar até a equipe, que se propõe atender essa população em horários determinados, levando em consideração os meios de transporte disponíveis em cada área.

- **Ações itinerantes**

A equipe de saúde da família (EqSF) responsável por determinada comunidade do interior permanece na sede do município e são agendadas visitas às comunidades dos interiores

O atendimento para a população do interior se dá por meio de visitas domiciliares e fundamentalmente através de ações itinerantes de saúde com uma equipe que se desloca para algum local do interior, podendo ser no posto ou na escola ou mesmo na casa de algum morador, quando não há um posto na área. Os usuários interessados buscam o atendimento de forma espontânea nos dias em que são informados sobre a presença da equipe na comunidade. As ações realizadas pelas equipes nas áreas do interior são programadas mensalmente e previamente comunicadas aos moradores pelos ACS. Normalmente o rol de ações realizados é menor do que o oferecido nas UBSs da sede.

- **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

Apoio:



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 e de resultado de exame preventivo).

Os ACS do interior e sede apresentam um escopo de práticas diferenciado. Enquanto na sede observa-se atividades mais voltadas para orientação dos usuários, no interior a atuação dos ACS têm orientação mais comunitária, além de desenvolverem busca ativa, por exemplo, de usuários com falta na consulta programada e esquema vacinal em atraso.

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, no entanto é frequente o uso de motocicletas de propriedade do próprio ACS. A visita domiciliar é estratégia prioritária para a realização do seu trabalho.

- **Pontos de Apoio e atuação por sobreaviso 24 horas**

Alguns pontos de apoio nas áreas do interior contam com a presença de pelo menos um técnico de enfermagem, fixo na unidade. 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 residem na localidade) é acionado, pelo paciente ou pelo ACS, mas isto se dá informalmente. Dependendo da gravidade do caso, o usuário é direcionado para unidades da sede em transporte sanitário, quando disponível.

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*

Apoio:



O uso de ferramentas de tecnologias da informação e comunicação (TIC) é pouco desenvolvida nos MRR, embora se reconheça o seu potencial para ampliar a capacidade resolutive da APS. O sistema de informação na APS está estabelecido em todos os municípios, porém a maioria funcionando off-line. As UBS estão informatizadas, porém poucas dispõem de conectividade. A implantação de prontuário eletrônico só foi observada em UBS sede, somente em um município.

Dificuldades para o uso de Telessaúde ou Telemedicina foram reportadas, mesmo entre os municípios com alguma experiência no uso para consulta com especialistas e capacitação profissional. As dificuldades foram atribuídas a falhas de conectividade, de energia elétrica e as limitações de transmissão via rádio, principalmente no interior.

O aplicativo WhatsApp é comumente utilizado entre gestores, profissionais das EqSF e usuários para transmissão diversificada de informações: orientações sobre cuidado ao usuário, envio de produção, envio de informações de prontuários eletrônicos. Vale ressaltar que este aplicativo não garante segurança digital nem a confidencialidade necessária no tratamento de dados confidenciais.

### ***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 a irregularidade dos transportes locais dificultam o deslocamento de usuários e de profissionais de saúde entre sede, interior e região.

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 a 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. Existem casas de apoio nas sedes das regiões de saúde ou nas capitais com suporte financeiro dos municípios.

**Apoio:**



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

Garantir Atenção Especializada (AE) é um grande problema de acesso enfrentado em todos os MRR Matopiba. 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 e as de alta complexidade estão concentradas na capital. Todos os municípios lidam com insuficiência de oferta e altos tempos de espera para exames e consultas com especialistas (na região ou na capital).

Em Matopiba as distâncias entre os MRR, a região e a capital são enormes, 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.

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.

## **8. DESAFIOS PARA A GARANTIA DO ACESSO A 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 rural remoto aprofundam os desafios para a efetivação da APS, tornando o custo muito além do previsto no cálculo financiamento federal, exigindo altos aportes financeiros do município, por exemplo com transportes para viabilizar acesso em áreas dispersas onde não há unidades básicas e profissionais de saúde.

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

Apoio:



áreas mais distantes e de difícil acesso 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 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 Matopiba, com orientação comunitária, integral e integrada no SUS.

**Apoio:**

