

# OFICINA VETOR CENTRO-OESTE

18 DE NOVEMBRO 2021



## APS EM MRR

Atenção Primária à Saúde em Municípios  
Rurais Remotos no Brasil

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

Apoio:



## **ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS VETOR CENTRO-OESTE<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 Vetor Centro-Oeste.

O território Vetor Centro-Oeste agrega 84 municípios, 26% do total dos MRR brasileiros, distribuídos pelos estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rondônia. A maioria dos MRR encontram-se no estado de Mato Grosso. A região é sustentada pela moderna produção agrícola, caracterizada por Silveira e Santos (2001)<sup>2</sup> como uma área de agricultura globalizada. As áreas de densidade de mecanização agrícola são as maiores do país, bem como a utilização de tecnologia de ponta. No geral, são municípios com população média de 9.151(± 6.730,1) habitantes com mediana de 7.890,5 habitantes. As populações variam de 975 (Araguaína) a 37.165 habitantes (Machadinho do Oeste). A densidade populacional média é de 2,27 hab/km<sup>2</sup> com mediana de 1,58, as áreas são extensas com 5.885,8 km<sup>2</sup> média e 4.396,0 km<sup>2</sup> de mediana. O PIB médio per capita foi de R\$ 25.916(± 2.461) com mediana de R\$ 16.681. Na classificação do PIB per capita pelas faixas do IBGE a maior parte dos municípios tem PIB per capita nas faixas alta e média. Para a amostra do Vetor Centro Oeste foram escolhidos 3 municípios: Tabaporã, Nova Lacerda e Vila Bela da Santíssima Trindade.

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.

---

<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 Vetor Centro-Oeste. O texto foi elaborado com base nos seguintes textos:

Tetemann, EC; Lavieri, CM; Bousquat, A. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério em municípios rurais remotos do Vetor Centro-Oeste brasileiro. 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)

Atenção ao pré-natal, parto e puerpério em municípios rurais remotos do Vetor Centro-Oeste brasileiro.

Fausto, MCR; Seidl, HM; Penzin, VM. Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil. Relatório final. 2020.

<sup>2</sup> Santos e Silveira, 2001. O território e sociedade no início do século XXI. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

## 1. CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO VETOR CENTRO-OESTE

O Vetor Centro-Oeste é composto por MRR com IDH-M médio, têm em comum o acesso terrestre, baixa densidade demográfica e pequenos povoados dispersos no território. É expressivo o contingente de população vivendo fora da sede municipal, o que impacta diretamente no acesso e na organização dos serviços de saúde.

A economia municipal gira em torno das grandes fazendas corporativas de produção em larga escala de soja, milho e criação de bovinos, embora haja ainda pequenos sítios com gado para finalidade leiteira, criação de frangos ou pequenas plantações. A grande concentração de terras e fazendas na região, leva, cada vez mais, que muitas famílias da zona rural trabalhem nestas propriedades. Uma pequena parte da população é assalariada, trabalha em comércios localizados na sede.

As condições de infraestrutura nas áreas dos interiores pouco refletem o desenvolvimento regional. As estradas não são pavimentadas, há deficit de saneamento básico e água potável, situação que se torna mais crítica nas áreas dos interiores dos municípios.

As condições das estradas e o tempo de deslocamento entre áreas rurais e sede caracterizam o acesso geográfico dos municípios. As estradas são de terras e esburacadas, o que torna o deslocamento desconfortável, além de tornar o trajeto mais cansativo. O trajeto da sede até a zona rural em alguns municípios é difícil, seja pelos buracos, pelo intenso tráfego de caminhões, pelas pontes de madeira e caminhos sinuosos. As dificuldades relacionadas às distâncias, a falta de transporte e dificuldades financeiras para pagamento do transporte são elementos que contribuem para dificultar o acesso aos serviços de saúde.

Verificou-se que os municípios há presença ou convívio com populações tradicionais, indígenas e quilombolas. Destaca-se o caso Vila Bela da Santíssima Trindade, município de fronteira com a Bolívia onde questões relativas à multiculturalidade tornam-se ainda mais relevantes e se refletem na organização da atenção à saúde com a utilização dos serviços de APS pela população boliviana que vive às margens da fronteira.

A tabela 1 apresenta um conjunto de indicadores de saúde e como se pode observar, na área Vetor Centro-Oeste, quando comparados aos MRR em geral apresentam melhores resultados para os indicadores de saúde selecionados. Em relação ao Brasil nota-se alguns indicadores abaixo da média nacional, como por exemplo, em relação ao índice de internações SUS de alta complexidade, mostrando importantes desafios para a garantia a atenção especializada.

A baixa cobertura por planos privados de saúde revela-se pouco expressiva nos MRR em geral (incluindo Vetor Centro-Oeste), demonstrando ser o SUS a principal fonte de acesso a atenção à saúde nessas localidades, ainda que recursos do setor privado estejam mais presentes no território VCO do que no conjunto dos MRR. A cobertura ESF superior 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 estudados.

Apoio:



**Tabela 1:** Características dos MRR Vetor Centro-Oeste. Indicadores selecionados Brasil, MRR e Vetor Centro-Oeste.

Indicador	Brasil	MRR	Cluster
			Vetor Centro-Oeste
Consultas hab./ano <sup>1</sup>	1,79	1,65	2,85
Visitas Domiciliares de ACS hab./ano <sup>5</sup>	1,57	2,58	2,67
Cobertura da ESF (%) <sup>7</sup>	63,7	85,78	83,50
Internações SUS (100 hab./ano) <sup>1</sup>	5,88	5,58	6,14
Internações SUS de alta complexidade (100 hab./ano) <sup>1</sup>	0,44	0,13	2,0
Vidas Cobertas por Planos Privados de Saúde (%) <sup>3</sup>	22,4	1,5	3,97
Coeficiente de Mortalidade Infantil <sup>1</sup>	12,39	17,56	7,10
Óbitos por causas mal definidas (%) <sup>1</sup>	6,06	10,94	8,93
Internações por ICSAPS (%) <sup>4</sup>	30,6	41,14	33,19
Nascidos vivos com pré-natal adequado (%) <sup>1,2</sup>	70,76	52,81	66,82
Casos Câncer com início tratamento após 60 dias no SUS (%) <sup>1</sup>	17,7	21,7	18,3
Indígenas na população (%) <sup>6</sup>	0,43	4,62	4,42

**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), todavia permanecem grandes desafios para oferta de serviços e continuidade do cuidado, particularmente nas áreas mais longínquas e de difícil acesso dos municípios.

Em todos os municípios há UBS com Equipes de Saúde da Família (EqSF), compostas por médicos contratados pela secretaria municipal de saúde e por 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). A ESF está presente nos municípios, porém com particularidades de implementação.

Apoio:





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**

Nos MRR VCO observou-se menos problemas relacionados à provisão, atração de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros do que em outras regiões estudadas. Particularmente em relação ao médico, há profissionais contratados pela SMS e oriundos do Programa Mais Médicos (PMM). Contudo, a fixação de profissionais de saúde nas áreas mais distantes da sede municipal permanece como problema, revelando-se diferenças de acesso a APS entre a sede e zona rural.

O PMM repercutiu positivamente nos municípios, seus efeitos estão relacionados à disponibilidade de médicos, à qualificação do atendimento, à 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, sobretudo com as mudanças operadas no programa entre 2018-2019 (saída dos médicos cubanos e a irregularidade da chegada e permanência de médicos brasileiros).

Ainda que não haja dificuldades para a contratação de profissionais de saúde para a provisão da APS, a rotatividade e insuficiência de profissionais nas áreas caracterizadas pela remotidade e dispersão populacional 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 e de oferta de serviços de saúde.

Destaca-se o protagonismo dos profissionais de enfermagem na condução das ações de APS nos municípios estudados.

### **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 modos de ocupação do território nos MRR. Diante das limitações para operar as diretrizes nacionais da ESF, a gestão local busca alternativas para ampliar cobertura e acesso aos serviços em especial nas áreas mais remotas.

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

Apoio:



frequente a vinculação de usuários residentes no interior a equipes atuantes em UBS localizadas na sede. Embora haja cobertura potencial de 100% da ESF, pode-se dizer que todos os MRR possuem áreas com a presença exclusiva de agentes comunitários de saúde (ACS), visto que dispersão de inúmeros pequenos povoados nas áreas rurais dificulta ou impede a permanência de EqSF completas e a manutenção de unidades básicas de saúde (UBS).

Nas UBS rurais existentes, o atendimento abarca a população vinculada, assim como 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 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. A definição de microáreas de atuação dos ACS foi relatada por todos, todavia o formato de divisão territorial não segue um padrão, variando principalmente por divisão por número de famílias ou 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, da mesma forma para as equipes direcionadas à vinculação de populações da sede e do interior, dadas as diferenças na dispersão populacional e nas vias de acesso.

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.

## **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.

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 móveis terrestres. Nos postos de saúde do interior dos municípios a composição das equipes é reduzida com presença apenas de técnico de enfermagem ou enfermeiro, ACS. A

equipe completa não atua diariamente na unidade, apenas em dias programados para atender a população local e do entorno.

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).

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 de 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 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, mas isto se dá de forma informal. 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 locais identificadas para ampliar acesso nas áreas rurais foram:

- **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 atendimento espontâneo nas UBS (sede e rural) ocorre por ordem de chegada e sem agendamento prévio.

Há também movimentos de atendimento espontâneo para residentes de áreas rurais, de acordo com os horários do transporte escolar que trazem e levam usuários da APS.

Apoio:



O turno da tarde é reservado para atendimento da população que desloca do interior para a sede municipal.

- **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. Os pontos de apoio são comumente utilizados pelas equipes para realização das ações, assim como as escolas rurais. Os ACS são os principais disseminadores das informações sobre as ações itinerantes na zona rural.

***Foram identificadas as seguintes modalidades:***

*Mutirão* – atendimentos em datas pré-definidas ao longo do mês, final de semana para realização de ação específica realizada por equipes de saúde nas zonas rurais (atendimento médicos, de enfermagem, odontológico, ultrassonografia). Realizado para consulta ou exames, com o objetivo de reduzir fila de espera (exames de ultrassonografia – aparelho móvel). Não há necessariamente vinculação da equipe SF com a população das áreas visitadas. As ações são frequentemente realizadas em escolas da zona rural. O mutirão envolve profissionais de saúde além da EqSF (psicólogo, fisioterapeuta), o trabalho ampliado da SMS (equipe de regulação) e outras secretarias tais como Assistência Social.

*Visita itinerante* – periodicamente (duas vezes por semana, uma vez ao mês) EqSF realiza ações em um ponto de apoio de uma mesma comunidade da zona rural. A ação é programada e equipe desloca, inclusive com ônibus cedido pelo setor de educação (ônibus escolar) para buscar usuários residentes em localidades mais distantes do ponto de apoio. Ações periodicamente organizadas para acompanhamento de famílias já cadastradas e vinculadas a uma EqSF. Realizam consulta médica, de enfermagem, coleta de PCCU, vacinação, atendimento odontológico.

*Equipe volante* – a mesma EqSF equipe desloca da sede para a zona rural em diferentes comunidades rurais. Realizam consulta médica, de enfermagem, coleta de PCCU, vacinação, atendimento odontológico.

*Odontomóvel* – ações sistemáticas de saúde bucal, duas vezes por semana, com o mesmo profissional ou não em áreas afastadas da sede municipal.

*Carreta* – a partir de uma parceria da SMS com o Hospital do Câncer de Barretos, uma ou duas vezes ao ano são realizadas ações itinerantes voltadas para a prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama.

- **Agente Comunitário de Saúde**

Apoio:





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 e de resultado de exame preventivo).

Entre os ACS do interior e da sede o escopo de práticas tende a ser diferente. 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, por exemplo, busca ativa 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. 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. 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. 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) mostrou-se mais comum entre os MRR do Vetor Centro-Oeste, embora gestores reconheçam que este recurso poderia ser mais utilizado, dado o potencial que tem para ampliar a capacidade resolutive da APS. A estratégia e-SUS AB é utilizada por todos os municípios, contudo, em formatos diferenciados. A ferramenta do Prontuário Eletrônico está implantada em todos os municípios, em formatos CDS ou em conectividade a partir da UBS. Um dos municípios utilizava um sistema próprio de prontuário eletrônico, financiado pela própria SMS.

Embora não seja a realidade de todos os municípios, observou-se iniciativas no território Vetor Centro Oeste de introdução de tablets no processo de trabalho do ACS. O uso desta ferramenta favoreceu o processo de trabalho dos ACS agilizando a adição de novas informações, cadastro de famílias e o acesso ao histórico das visitas domiciliares.

O WhatsApp é a ferramenta mais utilizada para comunicação entre os profissionais do interior e sede e da sede com município de referência. Em todos os municípios há problemas com a qualidade da conectividade. Vale ressaltar que este aplicativo não garante segurança digital nem a confidencialidade necessárias 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.

A SMS investe na compra e manutenção de transportes sanitários variados, desde ambulâncias, caminhonetes, vans, ônibus. Contam com recursos de emendas parlamentares para realizar este tipo de investimento.

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. São frágeis os aportes financeiros dos governos estadual e federal para o apoio ao tratamento fora do domicílio.

Recursos similares à casa de apoio são mais comuns nas regiões de saúde ou nas capitais com suporte financeiro dos municípios. No entanto, verificou-se a presença de casa de apoio na sede de um município que acolhe usuários do interior que deslocam longos percursos para buscar atendimento em UBS da sede ou mais frequentemente para ida para atendimento especializado em outro município.

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

Apoio:



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

Para suprir a insuficiência da oferta de AE na região, os municípios investem em consórcios intermunicipais para consultas especializadas, por exemplo, de ortopedia, neurologia, psiquiatria, oftalmologia.

Há também iniciativas de realização de mutirão para realização de exames e consultas no próprio município, como forma de diminuir os tempos de espera em algumas especialidades. A gestão local também se mobiliza para garantir serviços de AE no próprio município, como uma forma de evitar que o usuário desista de realizar a consulta ou exame em função do gasto financeiro e do tempo de deslocamento.

## **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 áreas mais distantes e de difícil acesso permanecem como questão a ser enfrentada pela 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

**Apoio:**



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 Vetor Centro-Oeste, com orientação comunitária, integral e integrada no SUS.

**Apoio:**

