

Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil

Context and organization of primary healthcare in remote rural communities in Northern Minas Gerais State, Brazil

Contexto y organización de la atención primaria en salud en municipios rurales remotos, Norte de Minas Gerais, Brasil

Patty Fidelis de Almeida ¹
Adriano Maia dos Santos ²
Lucas Manoel da Silva Cabral ³
Márcia Cristina Rodrigues Fausto ⁴

doi: 10.1590/0102-311X00255020

Resumo

Analisam-se as características estruturais da atenção primária à saúde (APS), em suas dimensões de contexto e organizacional, em municípios rurais remotos da Região do Norte de Minas Gerais, Brasil. É um estudo de caso com abordagem qualitativa, utilizando-se 21 entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais das equipes de saúde da família (EqSF) e dados secundários. Para a dimensão de contexto, os resultados mostram que sob os municípios rurais remotos atuam condicionantes socioeconômicos que afetam a organização da APS e vulnerabilizam a população, sobretudo as das zonas rurais dos municípios rurais remotos. Em relação à dimensão organizacional, as principais características são: coexistência de adesão formal e informal de clientela; duas modalidades de serviços de primeiro contato (unidades básicas de saúde – UBS, e centros de saúde 24 horas); priorização do atendimento à demanda espontânea; forte atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção; escopo ampliado de práticas do agente comunitário de saúde; garantia parcial de transporte para os usuários; informatização parcial das UBS com a implantação do e-SUS; telecardiologia; e o Programa Mais Médicos. Este estudo revela que municípios rurais remotos não são uma unidade, visto que sede e zona rural são desiguais em relação às condições de vida e carecem de organização, políticas e financiamento específicos para a garantia do acesso à APS. O que se observa, com todas as limitações, são iniciativas municipais com grandes dificuldades para a manutenção e a sustentabilidade e, por vezes, sem a necessária correspondência à utilização do espaço e da vida social que definem os itinerários sanitários rurais.

Atenção Primária à Saúde; Saúde da População Rural; Acesso aos Serviços de Saúde

Correspondência

P. F. Almeida
Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.
Rua Marquês de Paraná 303, 3º andar, Niterói, RJ
224030-100, Brasil.
pattyfidelis@id.uff.br

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

² Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Brasil.

³ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

Localidades rurais podem apresentar diferenças consideráveis na prestação de serviços em função da alocação de recursos financeiros, composição da força de trabalho, fenômenos naturais e distância dos centros regionais de referência ¹. Nos Estados Unidos, em áreas rurais, há menor proporção de usuários com seguro saúde, uma importante barreira em países sem sistemas universais, além de maior incidência de tabagismo, obesidade, inatividade física, suicídio e doenças mentais graves ². Esses, entre outros fatores, parecem explicitar a necessidade de que os modelos de organização e provisão de serviços de saúde devem incorporar estratégias para responder às necessidades das pessoas em contexto de ruralidade ³, que compartilham com populações vulneráveis urbanas um conjunto de barreiras de acesso e piores resultados em saúde ².

Os desafios à organização e disponibilidade de serviços de saúde em localidades fora do eixo urbano, com baixa densidade demográfica e pequeno porte populacional são mundiais. Países como a Austrália implementam, desde início dos anos de 1990, políticas para essas áreas que buscam responder a necessidades diversificadas, sendo a garantia do acesso um dos principais problemas ^{3,4}. A concentração de especialistas nos centros urbanos resulta em maior dependência das populações rurais em relação aos prestadores de atenção primária à saúde (APS) que, por vezes, assumem escopo ampliado de práticas sem adequada formação e infraestrutura ².

No Brasil, a grande extensão territorial e as desigualdades nas condições de vida condicionam exposições diferenciadas a riscos e agravos em saúde, mais desfavoráveis às populações rurais, cujas especificidades culturais, sociais e ambientais permanecem pouco conhecidas ⁵. A definição de espaços urbanos e rurais, no país, é orientada por uma concepção de ruralidade residual e subproduto do urbano, perspectiva que desconsidera a diversidade destes contextos ⁶. Em 2014, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, alinhada a um conceito abrangente e inclusivo, buscou dar visibilidade e destacar que, nesta ampla categoria que se convencionou chamar de “rural”, estão as populações com práticas culturais e de saúde que necessitam ter suas necessidades contempladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ⁷. Em 2017, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) elaborou uma tipologia rural-urbana para o recorte territorial municipal, adotando a densidade populacional como critério basilar ⁸. Contudo, mantém-se o desafio de reconhecer particularidades dos espaços rurais intramunicipais.

Um conjunto de estudos destaca as dificuldades adicionais para a utilização dos serviços de saúde pelas populações rurais, mesmo quando moradoras de municípios urbanos e aquelas que vivem em municípios do interior ^{9,10}. A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) enfrenta parte do problema. Segundo a *Pesquisa Nacional de Saúde 2019*, a proporção de moradores com domicílios cadastrados em unidades de saúde da família é de 62,6%, sendo 78,9% em área rural e 59,8% na urbana ¹¹. A extensão de cobertura, no entanto, pode esconder barreiras de acesso, como a concentração das equipes na sede dos municípios rurais, além das geográficas ⁹.

Frente à deseconomia de escala ³, proveniente não apenas das grandes distâncias em relação aos centros urbanos e pequenas populações dispersas, como de características sociais, demográficas e naturais que caracterizam o diverso território nacional, quais seriam “modelos adequados” para a APS em municípios rurais remotos? O presente artigo tem como objetivo identificar e analisar as características estruturais da APS, em suas dimensões de contexto e organizacional, em municípios rurais remotos, com base nas adaptações ao modelo de Hogg et al. ¹² e Paré-Plante et al. ¹³. Pretende-se identificar elementos críticos, ações e políticas que contribuam para a manutenção e a sustentabilidade da APS em contexto de ruralidade.

Metodologia

Desenho e área do estudo

É um estudo qualitativo, que compõe pesquisa nacional com estudo de casos múltiplos em 27 municípios rurais remotos ¹⁴, tipificados em áreas homogêneas espacialmente distintas ⁸. Neste artigo, são analisados os resultados de três municípios rurais remotos que integram a região do Norte de Minas

Gerais, incluindo o Vale do Jequitinhonha, uma das mais importantes “zonas opacas” que espelham o desigual processo de constituição do território de Minas Gerais ¹⁴. Nessa área, estão 22 dos 323 municípios rurais remotos brasileiros. Para a definição da amostra intencional do estudo, primeiro os municípios rurais remotos foram caracterizados de acordo com um conjunto de indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde, e posteriormente adotou-se como critério selecionar dois municípios que apresentassem características semelhantes na área – Indaiabira e Rubelita – e um com características incomuns – Bonito de Minas. Cabe destacar que, mesmo tratando-se de uma “unidade”, ou seja, um município rural remoto, nos 3 casos havia uma classificação do território em duas áreas: a sede, identificada como o núcleo; e a “zona rural” do município, que corresponde aos pequenos e dispersos agrupamentos populacionais localizados em regiões distantes da sede.

População de estudo e amostra

A população do estudo foi composta por 21 entrevistados: gestores municipais (6), regionais (2) e estadual (1); e profissionais das equipes de saúde da família (EqSF) (12), atores-chave para a caracterização da organização da APS (Tabela 1). No caso dos profissionais, a primeira etapa foi a seleção de uma unidade básica de saúde (UBS) localizada na sede e outra na zona rural dos municípios, conforme indicação do gestor municipal. Em cada UBS, foram entrevistados o médico e o enfermeiro.

Instrumentos e coleta de dados

Os resultados são provenientes de entrevistas semiestruturadas, complementadas por dados secundários de sistemas nacionais de informação para a caracterização do contexto da APS. As entrevistas basearam-se em roteiros multidimensionais para a compreensão da organização e provisão de serviços de APS, compostos por dimensões gerais e específicas, de acordo com o tipo de informante ¹⁴. Neste artigo, são analisados os resultados das características estruturais da APS, em suas dimensões de contexto e organizacional ¹².

As entrevistas foram presenciais, gravadas em áudio, transcritas na íntegra, com duração de 1:00 a 2:30 horas, realizadas nos respectivos locais de trabalho, de julho a outubro de 2019.

Análise dos dados

O modelo conceitual proposto por Hogg et al. ¹², que guiou a análise dos resultados, envolve dois domínios da APS: estrutural e de desempenho. O domínio estrutural é composto por três dimensões: (a) características gerais do sistema de saúde (políticas, organizações e grupos de interesse, financiamento, governança); (b) contexto; e (c) organização das práticas, as duas últimas (b e c) foco do artigo. O pressuposto é que as diferenças no desempenho da APS (acesso, continuidade, integração, qualidade técnica, entre outros) estão fortemente relacionadas a dimensões como visão, contexto da prática e recursos organizacionais ^{12,13}. Assim, analisar pontos críticos e medidas exitosas nos domínios estrutural e contextual da APS pode colaborar para compreender e aperfeiçoar seu desempenho.

Baseando-se no modelo de Hogg et al. ¹² e nas contribuições de Paré-Plante et al. ¹³, considerou-se na dimensão contexto das práticas as seguintes categorias: caracterização sociodemográfica da população, do território e configuração da oferta dos serviços de saúde. Tais elementos estão relacionados a características estruturais da APS e podem ter importante influência na prestação dos serviços e nas práticas profissionais. A dimensão organizacional englobou: territorialização e adscrição de clientela; tipos e organização dos serviços de primeiro contato; atuação e colaboração interprofissional; recursos técnicos, materiais e humanos.

Para a análise, realizou-se a ordenação dos dados com base na leitura geral do material transcrito e na triangulação das entrevistas e dados secundários. Os resultados foram sistematizados em quadros analíticos, agrupados e categorizados. Partiu-se, então, para o cotejamento entre os discursos, no confronto dialético de ideias e posições dos sujeitos, identificando-se convergências e divergências para a interpretação crítica. A intenção não foi o julgamento de cada município, mas a compreensão de processos nos territórios de municípios, por meio de cenários representativos.

Tabela 1

Participantes do estudo por função e nível de gestão/atuação. Municípios rurais remotos, Norte de Minas Gerais, Brasil, 2020.

Características	Bonito de Minas (n = 8)	Indaiabira (n = 6)	Rubelita (n = 7)
Sexo			
Feminino	7	5	4
Masculino	1	1	3
Idade (anos)			
20-29	1	2	1
30-39	6	1	2
40-49	1	2	3
50-59	-	-	1
60	-	1	-
Função			
Enfermeira da EqSF	2	2	2
Médico da EqSF	2	2	2
Gestor estadual	1 *	-	-
Gestor regional	1	-	1 **
Gestor municipal	1	1	1
Coordenação de APS	1	1	1
Formação			
Enfermagem	3	4	3
Medicina	2	2	2
Outros saúde ***	2	-	1
Administração	1	-	1
Tempo na função			
Menos que um ano	5	3	3
Até cinco anos	2	2	3
Mais que dez anos	1	1	1
Vínculo trabalhista			
Estatutário	3	2	2
Cargo comissionado	2	-	1
Contrato por tempo determinado	2	3	4
Autônomo	1	1	-

APS: atenção primária à saúde; EqSF: equipes de saúde da família.

Fonte: banco de dados da pesquisa.

* Gestor estadual, referência para todos os municípios;

** Gestor regional da microrregião Salinas, referência para Indaiabira e Rubelita;

*** Educação Física; Odontologia.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, identificada pelo CAAE 92280918.3.0000.5240 e pelo parecer de aprovação nº 2.832.559, com anuência dos municípios.

Resultados

Dimensão contexto das práticas de APS

- **Caracterização sociodemográfica da população e do território**

O Estado de Minas Gerais tem 853 municípios, sendo 22 municípios rurais remotos⁸. Os municípios analisados eram de pequeno porte, cuja população, em sua grande maioria, vivia na zona rural e era mais vulnerável se comparada à população da sede. A densidade populacional era baixa e apenas Indaiabira tinha Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) médio. A caracterização socioeconômica demonstrou as piores condições de vida, tendo como referência parâmetros nacionais. De forma geral, eram municípios dependentes quase que exclusivamente das transferências governamentais, especialmente, o Programa Bolsa Família, que associado a outros indicadores, apresentados na Tabela 2, configuravam um padrão de extrema vulnerabilidade.

Outra característica comum era a disponibilidade de água tratada e encanada e saneamento básico na sede, mas não em todas as zonas rurais, segundo gestores e profissionais. Foi mencionado que políticas federais de 2002-2016 propiciaram melhorias nas condições de vida e saúde na zona rural.

Tabela 2

Caracterização socioeconômica da população. Municípios rurais remotos, Norte de Minas Gerais, Brasil, 2020.

Caracterização do território	Rubelita	Indaiabira	Bonito de Minas	Brasil
População (habitantes)	7.772	7.330	9.673	187.846.940
Expectativa da População (habitantes)	5.995	7.351	11.230	210.147.125
População rural (%)	68,00	63,00	77,00	16,00
População beneficiária do Programa Bolsa Família (%)	42,00	29,00	35,00	20,00
Área (km ²)	1.112,5	1.012,01	3.914,31	8.510.295,914
Densidade demográfica (habitantes/km ²)	6,99	7,24	2,47	22,43
Índice de Gini	0,50	0,48	0,57	0,60
IDH-M	0,582 (baixo)	0,610 (médio)	0,537 (baixo)	0,727
Renda <i>per capita</i> (R\$)	248,99	286,93	195,65	793,87
Renda domiciliar menor que ½ salário mínimo (%)	67,69	63,64	78,22	34,67
Receita transferência Intergovernamental (%)	97,36	96,61	96,66	NSA
População em domicílios com banheiro e água encanada (%)	56,00	64,00	38,00	87,00
População em domicílios com energia elétrica (%)	94,00	91,00	90,00	98,00
População em domicílios com coleta de lixo (%)	92,00	91,00	91,00	97,00
Extremamente pobres (%)	24,00	14,00	36,00	6,62
Taxa de analfabetismo (% da população com 15 anos ou mais)	24,43	32,13	27,15	9,61
Área de preservação ambiental	-	-	Área de Proteção Ambiental Cochá e Gibão & Proteção Ambiental de Rio Pandeiros	2.229 áreas protegidas (3.884.125km ²)

IDH-M: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; NSA: não se aplica.

Fontes: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. <http://www.atlasbrasil.org.br/> (acessado em 20/Ago/2020); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população, competência, 2019. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?pedicao=25272&t=resultados> (acessado em 20/Ago/2020); Ministério do Desenvolvimento Social. Mapas Estratégicos para políticas de cidadania, competência, 2019. <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/mops/> (acessado em 20/Ago/2020); Ministério do Desenvolvimento Social. Painel do Bolsa Família e Cadastro Único no seu município, 2019. <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/> (acessado em 20/Ago/2020); Secretaria do Tesouro Nacional, Ministério da Fazenda. Portal Meu Município, 2019. <https://meumunicipio.org.br/> (acessado em 20/Ago/2020).

A seca foi referida como um problema recorrente, porém, sem desabastecimento severo de água. Na estação chuvosa, as condições das estradas pioravam, dificultando o trânsito interno e para fora do município. Havia insuficiência/inexistência de rotas/horários de transporte público, mais grave nas zonas rurais, bem como dificuldade/ausência de rede telefônica/Internet, com implicações para a organização da APS.

- **Configuração da oferta dos serviços de saúde**

Os municípios apresentavam apenas os serviços de APS, com cobertura potencial de 100% pela ESF, contudo, o cadastro individual às EqSF era inferior. Em geral, as UBS localizavam-se na sede e nas zonas rurais, exceto em Bonito de Minas, embora o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) indicasse uma unidade rural (Tabela 3). A zona rural contava com “pontos de apoio”, espaços simplificados, que permitiam o atendimento às populações remotas. A infraestrutura das UBS foi considerada adequada pelos entrevistados, pois haviam passado por reformas com recursos do Requalifica UBS (Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde).

Os três municípios contavam com Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e o Programa Academia da Saúde com assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, nutricionista e psicólogo, com forte atuação nas atividades preventivas e de promoção da saúde, em articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Academia da Saúde e Programa Bolsa Família.

Minas Gerais é dividido em 13 macrorregiões de saúde, sendo os casos pertencentes à Macrorregião Norte. Para tratamentos de alta complexidade, como alguns tipos de câncer, a referência era Belo Horizonte ($\geq 600\text{km}$). A maior parte da oferta especializada estava concentrada no município sede da região (até 50km). Em alguns casos, o atendimento especializado era na sede da macrorregião, Montes Claros ($> 200\text{km}$) (Tabela 3). Houve consenso entre os entrevistados quanto à restrição da oferta de serviços especializados, sendo uma das alternativas os Consórcios Intermunicipais de Saúde, financiados pelos municípios.

A Tabela 3 apresenta as características da Macrorregião de Saúde Norte, recursos e equipamentos em saúde, tendo como parâmetro o estado e a Macrorregião Centro, na qual está localizada a Região Metropolitana de Belo Horizonte. A maior parte dos hospitais, leitos e equipamentos de alta complexidade da Macrorregião Norte pertencia à rede privada.

Dimensão organizacional das práticas de APS

- **Territorialização e adscrição de clientela**

As EqSF atuavam com base em territórios adscritos, embora os fluxos estabelecidos pelos usuários fossem diversificados e redefinidos pela disponibilidade de transporte, horário de funcionamento, localização e presença de profissionais, especialmente médicos, nas UBS.

A despeito da adscrição formal, as equipes atendiam usuários de outras áreas, inclusive de municípios fronteiriços. Tal flexibilização não era avaliada como um ponto de conflito, pois essa dinâmica organizativa era compartilhada na região e havia certo acordo informal de que o usuário deveria procurar e ser atendido pelo serviço mais acessível.

Os gestores reconheciam a fluidez do itinerário terapêutico dos usuários, mas precisavam equilibrar o cadastramento por equipe, a fim de não causar sobrecarga assistencial, manter os parâmetros exigidos para o financiamento federal e a responsabilidade sanitária das equipes pelo acompanhamento longitudinal. Definir a localização de uma nova equipe implicava dificuldades diante de territórios com população rarefeita e necessidade de grandes deslocamentos para profissionais e usuários.

A atração por recursos de investimento (Federal, Estadual, Emenda Parlamentar) e questões político-partidárias influenciava a decisão de construção de UBS, sem a garantia do custeio e, por vezes, em locais inadequados do ponto de vista dos fluxos assistenciais, agravando os problemas para a manutenção e o funcionamento.

Tabela 3

Características da macrorregião de saúde norte, recursos e equipamentos em saúde. Municípios rurais remotos, Norte de Minas Gerais, Brasil, 2020.

Macrorregião de Saúde/Estado	População	%	Renda <i>per capita</i>	% população beneficiária de plano de saúde		
Estado de Minas Gerais	21.168.791	100,00	749,69	24,01		
Macrorregião Centro	6.658.769	31,46	962,30	21,90		
Macrorregião Norte	1.684.710	7,96	410,53	6,63		

Macrorregião de saúde/Estado	Esfera administrativa (n)				Total	%
	Federal	Estadual	Municipal	Privada		
Hospitais disponíveis para o SUS por macrorregiões/esfera administrativa, dezembro/2019						
Estado de Minas Gerais	7	20	109	565	701	100,00
Macrorregião Centro	2	12	16	129	159	22,70
Macrorregião Norte	-	1	18	25	44	6,30
Leitos de internação disponíveis para o SUS por macrorregiões/Esfera administrativa, dezembro/2019						
Estado de Minas Gerais	1.288	2.560	4.756	22.513	31.117	100,00
Macrorregião Centro	426	1.202	1.315	5.164	8.107	26,10
Macrorregião Norte	-	159	789	1.148	2.096	6,70
Equipe de ressonância magnética disponíveis para o SUS por macrorregiões/Esfera administrativa, dezembro/2019						
Estado de Minas Gerais	3	1	1	41	46	100,00
Macrorregião de Centro	1	1	-	10	12	26,10
Macrorregião Norte	-	-	-	1	1	2,20
Equipe de tomografia computadorizada disponíveis para o SUS por macrorregiões/Esfera administrativa, dezembro/2019						
Estado de Minas Gerais	6	3	9	131	149	100,00
Macrorregião de Centro	2	2	4	34	42	28,20
Macrorregião Norte	-	-	1	4	5	3,40

Sede do Município (área urbana)	Distância entre as sedes (área urbana) e as microrregiões, macrorregiões e Capital		
	Microrregião (Januária *)/(Taiobeiras **)/(Salinas ***)	Macrorregião (Montes Claros)	Capital (Belo Horizonte)
Bonito de Minas *	48km (00:48min)	217km (03:00h)	643km (09:00h)
Indaiabira **	42km (00:38min)	304km (04:30h)	728km (10:00h)
Rubelita ***	30km (00:30min)	247km (03:40h)	626km (08:40h)

Interior dos Municípios (área rural) #	Distância entre os interiores (área rural) e a sede, microrregiões, macrorregiões e Capital ##			
	Sede do Município (área urbana) ###	Microrregião (Januária *)/(Taiobeiras **)/(Salinas ***)	Sede do município (Montes Claros)	Capital (Belo Horizonte)
Bonito de Minas *	150km (03:30h)	198km (04:18h)	367km (06:30h)	793km (12:30h)
Indaiabira **	30km (01:30h)	72km (02:08h)	334km (05:40h)	757km (11:30h)
Rubelita ***	17km (01:00h)	47km (01:30h)	277km (04:40h)	643km (09:40h)

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Recursos em saúde	Bonito de Minas	Indaiabira	Rubelita
Cobertura potencial APS (%)	100,00	100,00	100,00
População cadastrada e vinculada às equipes APS (%)	83,67	92,42	89,76
Equipes APS (n)	5	4	4
População beneficiária de plano de saúde (%)	0,36	0,29	1,15
Total de número de médicos §	8	7	7
Médico clínico	1	3	3
Médico da ESF	6	4	4
Médico pediatra	1	-	-
ACS (n)	26	19	22
Enfermeiros (n)	10	8	9
Assistente social (n)	1	1	1
Fisioterapeuta (n)	1	2	2
Fonoaudiólogo (n)	1	-	1
Farmacêutico (n)	1	3	2
Nutricionista (n)	1	2	1
Dentistas (n)	6	6	6
Psicólogo (n)	3	1	2
Auxiliar de enfermagem (n)	2	5	6
Técnico de Enfermagem (n)	27	11	3
Equipamentos de saúde	Bonito de Minas	Indaiabira	Rubelita
Centro de saúde/UBS	3	4	3
UBS em áreas rurais	1	3	2
UBS na sede	2	1	1
Posto de saúde em áreas rurais	-	2	1
Equipe de Núcleos de Apoio à Saúde da Família	1	1	1
Centro de Atenção Psicossocial	1	-	-
Unidade móvel de suporte básico (SAMU)	1	-	-
Unidade de vigilância em saúde	1	1	1
Unidade móvel terrestre	-	1	-
Consultório isolado	-	1	-
Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)	-	1	-
Farmácia	1	1	1
Academia da saúde	1	1	1

ACS: agentes comunitários de saúde; APS: atenção primária à saúde; SUS: Sistema Único de Saúde; UBS: unidades básicas de saúde.

Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população, competência, 2019. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=25272&t=resultados> (acessado em 20/Ago/2020); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. <http://www.atlasbrasil.org.br/> (acessado em 20/Ago/2020); Agência Nacional de Saúde Suplementar. <https://www.gov.br/ans/pt-br> (acessado em 20/Ago/2020); Departamento de Informática do SUS. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde <http://cnes.datasus.gov.br/> (acessado em 20/Ago/2020); Departamento de Edificações e Estradas de Rodagem do Estado de Minas Gerais. <http://www.der.mg.gov.br/> (acessado em 20/Ago/2020); Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, Painel de Cadastro – 1º quadrimestre de 2020. <https://sisab.saude.gov.br/> (acessado em 20/Ago/2020).

* Januária é o município sede da região de saúde de Bonito de Minas;

** Taiobeiras é o município sede da região de saúde de Indaiabira;

*** Salinas é o município sede da região de saúde de e Rubelita;

Não pavimentada;

Banco de dados da pesquisa, com base em informação de gestores, profissionais e usuários;

Formas habituais de deslocamentos dos usuários do interior até a UBS da sede: a pé, transporte escolar, a cavalo, transporte privado, moto e ônibus dos aposentados.

§ Nos municípios de Indaiabira e Rubelita existe duplicidade de profissionais médicos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – é a situação em que um mesmo profissional está cadastrado em mais de uma função, no mesmo município. Alguns médicos estão cadastrados como “Médico Clínico”, por causa da sua atuação nos centros de saúde, e também estão cadastrados como “Médico EsF”, pela atuação nas UBS.

• Tipos e organização de serviços de primeiro contato

Para os gestores, a implantação da ESF vem transformando o padrão de serviço de primeiro contato e busca regular, especialmente pela oferta e prestação de serviços mais próximos das pessoas. Historicamente, a população procurava assistência em hospitais com pronto-atendimento na sede da região de saúde e nos centros da saúde, unidades de APS que incluem pronto-atendimento de baixa complexidade com funcionamento 24 horas por dia, nos próprios municípios.

Nos três casos, gestores e profissionais consideraram que a maior parte da população buscava o primeiro atendimento nas UBS. Diferentes entrevistados destacaram que o cumprimento de 8 horas/dia para profissionais, especialmente médicos, era quase inexistente, sendo mais comum na UBS da sede. Na zona rural, os médicos acordavam diferentes dinâmicas de trabalho com a gestão: turnos corridos, folgas semanais, atendimento em plantões na sede e/ou processo de trabalho voltado exclusivamente às consultas individuais.

Vinculados às UBS rurais, existiam pontos de apoio que serviam de suporte para as ações das equipes, nos quais eram realizados vacinação, programas diversificados, coleta de preventivo, atendimento em saúde bucal, entre outros, cujo agentes comunitários de saúde (ACS) desempenhava um papel importante na organização do acesso. A lógica, diante do acesso intermitente, era o atendimento espontâneo, por queixa/conduta e sem acompanhamento longitudinal. Os atendimentos eram realizados também em espaços comunitários como centros sociais, escolas e igrejas.

Mesmo com a cobertura formal de 100% por ESF, nos três casos, optou-se pela manutenção dos centros de saúde. Tais estruturas, mantidas na sede, tinham funcionamento diário e ininterrupto para atendimentos básicos, pequenas urgências e estabilização de pacientes para a remoção a outro município. As formas de funcionamento variavam de acordo com a capacidade financeira de cada município. Não havia médico 24 horas, mas equipes de enfermagem e médicos de sobreaviso, muitos das próprias ESF, que atendiam em esquema de plantão e revezamento.

Problemas organizacionais das UBS nas zonas rurais eram uma das principais razões para a busca do centro de saúde. Tais serviços serviam de retaguarda assistencial para trabalhadores nos finais de semana e em horários nos quais as UBS não funcionavam, estabilização de quadros agudos para referência, cumprindo uma importante função de pronto-atendimento, em alguns casos, até para usuários de outros municípios. Havia, segundo os gestores, certo apelo popular e político à manutenção do centro de saúde, fosse por preferência pelo pronto-atendimento e assistência individual ou dificuldades de acesso às UBS. O serviço reforçava o desejo da população, capitaneado por políticos e por alguns profissionais que também valorizavam, segundo entrevistados, a medicalização ao acompanhamento longitudinal. A maior parte do custeio do centro de saúde era municipal e representava um gasto expressivo, que ameaçava sua sustentabilidade pela inexistência de políticas federais ou estaduais de apoio.

Além da disponibilidade, distintas e concomitantes estratégias organizavam a oferta de APS: (a) UBS localizada na sede e na zona rural, com prioridade ao atendimento à demanda espontânea; (b) UBS localizada na sede que abrigava duas equipes, uma das quais se deslocava à zona rural; (c) pela dispersão e facilidade de transporte, parte da população da zona rural era adscrita a uma UBS da sede; (d) nas localidades rurais mais distantes e com maior população, havia um técnico de enfermagem que servia como referência 24 horas, bem como um veículo de plantão para atender as urgências; (e) diante da dispersão da população e grandes distâncias, o atendimento era realizado nas comunidades por um equipe itinerante e nos pontos de apoio.

• Atuação e colaboração interprofissional

Nos três municípios, as EqSF estavam completas, não tinham área descoberta formalmente (ainda que a dispersão dificultasse o acompanhamento de todas as famílias) e trabalhavam com suporte de equipes de saúde bucal e NASF. Tal característica implicava uma possibilidade concreta de compartilhamento de ações, diversidade de cardápio na oferta de serviços, bem como o matriciamento de saberes e práticas.

Assim, enfermeiros e médicos, rotineiramente, compartilhavam o acompanhamento de hipertensos/diabéticos, crianças e gestantes, na estratégia de consultas intercaladas e, quando necessário,

interconsultas. Corriqueiramente, os médicos atuavam nas ações assistenciais individuais, por vários motivos. Além da formação e da falta de perfil para atuação na ESF, mencionou-se que não valeria deslocá-lo desta função por questões de “custo-benefício”.

Os entrevistados destacaram a atuação do ACS na organização do acesso e ações de vigilância, por meio da detecção de situações de risco, busca ativa e participação, em graus variados, nas ações coletivas (PSE, junto ao NASF). Além das visitas domiciliares, auxiliava no trânsito de informações clínicas da população às EqSF, por meio do agendamento de consultas e/ou comunicação da agenda, entrega de medicamentos, aviso de aprazamento de exames/consultas fora do município e da liberação dos resultados e articulação do transporte sanitário.

Nos três municípios, o ACS era fundamental para a comunicação com os usuários da zonas rurais mais afastadas pois, em alguns locais, não havia sinal telefônico e o agente assumia a função de porta-voz das demandas sanitárias da comunidade. Avaliou-se que os ACS estariam sobrecarregados de atribuições administrativas em detrimento das funções mais imprescindíveis no processo de cuidado comunitário.

De maneira complementar, os ACS realizavam, nos três municípios, aferição de pressão arterial. Os gestores consideravam ser uma prática importante pois os ACS eram os profissionais mais próximos da população e estabeleciam contatos mais frequentes nos domicílios, atuando como sentinela para a EqSF. Não foram identificadas diferenças expressivas na atuação dos ACS da sede e da zona rural, apenas dificuldades inerentes aos territórios dispersos, maiores dificuldades de comunicação pela insuficiência de internet/telefones e desafios diante das vicissitudes socioeconômicas da população.

A atuação dos NASF era muito bem avaliada pelos gestores e profissionais, uma vez que aumentavam o cardápio de serviços e exerciam ações clínicas complementares e/ou compartilhadas, desdobrando-se entre equipes e territórios dispersos. As atividades coletivas foram destacadas, em especial a atuação no Programa Academia da Saúde e no PSE. Ademais, os profissionais do NASF davam suporte clínico-pedagógico às EqSF e protagonizavam as ações de educação em saúde.

O Programa Academia da Saúde foi considerada um destaque, com grande adesão da população: idosos, mulheres de todas as faixas etárias e homens que, em geral, não se vinculavam aos serviços de saúde. Foi identificado um conjunto ampliado de práticas preventivas de adoecimento e promocionais à saúde desenvolvido por profissionais e NASF nas academias, algumas à noite para viabilizar a participação.

- **Recursos técnicos, materiais e humanos**

O transporte de profissionais e usuários apresentou-se como um nó crítico em todas as avaliações. Grosso modo, ser município rural remoto implicava alguma necessidade de deslocamento por longos trechos e/ou por vias precárias, muitas vezes em sinergia.

Para os usuários havia transporte sanitário em casos de urgência e para o deslocamento às consultas eletivas nas referências regionais, com alguns veículos adquiridos com recursos de emendas parlamentares ou outra fonte externa, cujo custeio, exclusivo municipal, representava sobrecarga ao orçamento. O deslocamento de usuários à sede macrorregional envolvia uma complexa logística de transporte, com garantia de seguros contra acidentes, sendo o Consórcio Intermunicipal de Saúde acionado para administrá-lo, com vistas a garantir as condições legais e de segurança.

Os esquemas para a disponibilização do transporte e os tipos de veículos variavam, mas, em comum, havia a insuficiência de garantia integral dos deslocamentos. Algumas táticas para mitigar as dificuldades da população da zona rural eram a manutenção de veículos de plantão em locais estratégicos – veículos comuns, ambulância adaptada e/ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – e agendar as consultas fora do domicílio em dias/horários com disponibilidade do transporte.

Entretanto, era comum que cada usuário se responsabilizasse por seu deslocamento, especialmente para cuidados rotineiros na UBS e centros de saúde. O ônibus escolar era utilizado nos três casos como meio corriqueiro para o transporte às UBS, embora houvesse restrições legais. Os usuários também pegavam carona, às vezes, com a EqSF ou, com recursos próprios, pagavam carros particulares. Alguns profissionais denunciaram os valores abusivos cobrados da população de localidades mais distantes e pobres para o deslocamento viário.

Com exceção dos ACS, os demais profissionais, com raras exceções, não viviam nas áreas rurais, sendo alguns residentes na sede da região de saúde, relativamente próxima à sede dos municípios rurais remotos. As prefeituras disponibilizavam veículo, também usado para visitas domiciliares ou outras ações nas localidades afastadas. No geral, não era garantido apoio ao custeio dos gastos com transporte aos ACS, que utilizavam condução própria ou carona, revelando certa iniquidade entre os profissionais da APS.

A rede de serviços não era conectada por prontuários eletrônicos, sendo o usuário o portador das informações clínicas o que, frequentemente, implicava a ausência de coordenação do cuidado pelas equipes, embora algumas UBS tivessem implantado o e-SUS (<https://sisaps.saude.gov.br/esus/>) e parte dos ACS utilizassem *tablet* para o registro das atividades. Por serem municípios pequenos, gestores e profissionais buscavam informações sobre a conduta clínica por meio de contatos informais. O ACS era o principal informante, permitindo alguma continuidade do cuidado, principalmente na zona rural, embora não fosse uma atribuição institucionalizada.

A implantação do telessaúde era incipiente, com iniciativas apenas em cardiologia para eletrocardiograma, sendo as teleconsultorias pouco usadas. O polo do telessaúde está localizado no Hospital Universitário, em Montes Claros. Havia problemas de conectividade nas UBS rurais, insuficiência de computadores e demora nas respostas à teleconsultoria.

Nos três municípios rurais remotos, a atração, a fixação e o perfil profissional foram mencionados como os principais nós críticos para a organização da APS. Os vínculos laborais eram diversos, variando de profissionais estatutários (em geral, técnicos de enfermagem, enfermeiro e ACS) e contratos informais que prevaleciam entre médicos (pessoas jurídicas), cuja estratégia de atração mediante concurso público não era efetiva.

O problema da rotatividade médica era enfrentado nos municípios rurais remotos conciliando-se estratégias como o esquema de plantão de médico das EqSF no centro de saúde, com elevado custo para os municípios, concorrendo com a própria assistência nas UBS. Os problemas referentes à atração e à fixação apresentavam diferenças a depender da localização da UBS, com desvantagem para a zona rural. Como a sede dos municípios rurais remotos era próxima à sede das regiões, a atração era facilitada, mas também sem fixação.

As avaliações sobre o Programa Mais Médicos como política para o enfrentamento da dificuldade de atração e fixação de médicos foram variadas no que se referiu à relação com os demais profissionais, mas consideradas exitosas e fundamentais para todos os municípios das regiões de saúde, mesmo para os que não aderiram ao modificar a dinâmica do mercado médico. A saída de médicos cubanos do Programa Mais Médicos e o desmonte da política aumentaram a dificuldade de contratação na região, principalmente para as zonas rurais, muitas das quais permaneceram longo tempo sem médico. Os municípios passaram a perder médicos brasileiros contratados, que preferiam migrar ao Programa Mais Médicos em outro município pela estabilidade no pagamento das bolsas.

O Quadro 1 apresenta a síntese dos resultados da dimensão organizacional das práticas de APS e as “falas expressivas” que imprimem densidade às experiências.

A Figura 1 representa a síntese da organização da APS nos municípios rurais remotos analisados. A posição em relação ao centro – a APS – representa certo êxito (quanto mais próximo) e nós críticos (mais distante) para a sua provisão em municípios rurais remotos.

Quadro 1

Síntese de resultados e “falas expressivas” por categorias de análise. Municípios rurais remotos, Norte de Minas Gerais, Brasil, 2020.

CATEGORIAS	SÍNTESE DE RESULTADOS	FALAS EXPRESSIVAS
Territorialização e adscrição de clientela	<ul style="list-style-type: none"> • Base territorial definida (ZU/ZR); • Territorialização como instrumento secundário (ZU/ZR); • Acesso dependente do transporte (ZR), horário de funcionamento (ZR/RU), localização (ZR) e presença de médicos (ZR/ZU); • Equipes flexibilizavam o acesso a despeito da adscrição formal (ZU/ZR); • Dificuldade para definição territorial de novas equipes (ZR); • Interferência político-partidária na definição dos territórios de atuação. 	<p>“...Equipes estão heterogêneas, prejudicadas por conta da logística, por causa do acesso. Temos pessoas que são de um território e são atendidas em outro. Aqui em Rubelita, pessoas da ZR que fazem parte de outra EqSF vem para cá [centro de saúde 24 horas]. Por causa da logística, é mais perto. São os carros que facilitam a logística, um carro da escola que vem e facilita o transporte. Às vezes, é mais fácil vir de lá [zona rural] para cá [sede] do que ir para a equipe de referência na zona rural” [GM, Rubelita].</p> <p>“...Tem lugar que atendo que são 120 quilômetros, isso tudo fica na contramão para saúde andar com qualidade. (...) a gente sai umas 7h e aí, dependendo do horário que sai, são duas horas de viagem. (...), mas não tem horário para voltar não, só volto cedo quando não me dão almoço” (M-ZR, Bonito de Minas).</p> <p>“Nos dias que estamos sem médico na unidade e o paciente precisa de uma consulta, já vai direto para o centro de saúde. Se o paciente não tiver condições de ir, a prefeitura já manda um carro” (E-ZR, Indaiabira).</p> <p>“...Aqui [a área de abrangência] é muito grande porque aqui é perto de Vargem Grande, tem muita gente que vem aqui consultar e é de Vargem Grande, outro município” (M-ZR, Indaiabira).</p> <p>“Os que procuram são os que têm dificuldade de acesso mesmo, porque temos uma população rural que é extremamente carente. Eles não têm condição nenhuma de vir com a condução própria para o município ou para o PSF. Então, aproveitam o transporte escolar e vão para onde tem essa facilidade. A questão de vir para cá é só essa. Se o transporte escolar fosse para a região do PSF, iriam para lá, mas como vem para a sede acaba que utilizam desse veículo para também vir à busca do atendimento” (GM, Indaiabira).</p> <p>“Depende de onde é que ele está. Porque se estiver numa região onde ônibus escolar passa, mais próximo para levar para Rubelita, vão para lá. Tem localidade que é mais próximo para Salinas [outro município], tem localidade que é mais próximo para cá. Então, visam muito à locomoção, o transporte. Varia muito, aqui tem uma carência muito grande de linha de ônibus” (M-ZR, Rubelita).</p> <p>“Às vezes, o gestor quer fazer, porém ele não consegue porque está amarrado numa série de questões, essas cidades pequenas que geralmente são dois candidatos, então é aquela rivalidade, e aí você tem famílias com 20/30 pessoas, se você faz uma coisa que uma daquelas pessoas não gosta, ela compromete 20, 30 votos” (GR, Bonito de Minas).</p>

(continua)

Quadro 1 (continuação)

CATEGORIAS	SÍNTESE DE RESULTADOS	FALAS EXPRESSIVAS
Tipos e organização de serviços de primeiro contato	<ul style="list-style-type: none"> • Maior parte busca primeiro atendimento nas UBS (ZR/ZU); • Existência de centro de saúde com funcionamento diário e ininterrupto (ZU); • Permanência de busca pelo centro de saúde para ações de APS e urgências (ZR/ZU); <ul style="list-style-type: none"> • Pontos de apoio na comunidade para atendimento (ZR); • Jornada de 8h/dia – rara na ZR; • Diferentes acordos de trabalho para atrair médicos (ZR/ZU); • Acesso intermitente, predominância do atendimento espontâneo (ZR); • Equipes itinerantes (ZR); • ACS facilitavam o acesso às UBS (ZU/ZR); • ACS organizam a demanda em pontos de apoio (ZR); • Diferentes estratégias para garantir o acesso da população da ZR. 	<p><i>"Mas para qualquer situação que seja, os procedimentos são no centro de saúde. A nossa dificuldade é em relação a isso aqui na sede, porque a população é acostumada a ter o pronto-atendimento. Muitas vezes a UBS vem fazendo só ações educativas, mesmo o médico estando lá todos os dias"</i> (GM, Indaiabira).</p> <p><i>"Quando vamos para o ponto de apoio a ACS passa de casa em casa, aí vamos tendo uma noção de quem precisa de atendimento. Então fazemos as visita domiciliar ou o próprio carro vai na casa da pessoa e traz até o ponto de apoio e a gente fornece a consulta e o atendimento"</i> (E-ZR, Indaiabira).</p> <p><i>"...A gente faz uma vez ao mês [atendimento], aí, a gente usa as associações (...). Vai pra zona rural, faz atendimento médico e depois a visita [mas] o único ponto de apoio que a gente tem lá é improvisado (...) é ponto de associação"</i> (E-ZU, Bonito de Minas).</p> <p><i>"Viajamos de segunda a quinta; temos um cronograma. A gente marca, por exemplo, (...) pra atender hipertenso, diabético, vacina e visita domiciliar. Então, em um dia a gente faz tudo isso. (...) isso aí, comunicando com o ACS. O médico também vai, tem os dias do médico ir. Tem um ponto de apoio, que lá tem a cadeira do dentista, que ele vai e faz lá, porém a população também vem até aqui [sede]. (...) o médico viaja duas vezes no mês pra zona rural"</i> (E-ZR, Bonito de Minas).</p> <p><i>"...Tem que ser do jeito que a população quer, porque senão não vota em mim. Fazer uma coisa que a população não quer (...). Envolve uma questão política fortíssima porque você vê que as cidades são todas pequenas, geralmente quando chega na época, ano que vem tem, né?, uma hora dessa quem está na prefeitura já está começando a sofrer os efeitos da eleição do ano que vem, que é assim, chegou tem que atender esse povo"</i> (GR, Bonito de Minas).</p>
Atuação e colaboração interprofissional	<ul style="list-style-type: none"> • Equipes completas, inclusive saúde bucal, e sem áreas descobertas (ZR/ZU); <ul style="list-style-type: none"> • Suporte de NASF (ZR/ZU); • Consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros – para atenção aos programas (ZR/ZU); Trabalho médico centrado no procedimento individual (ZR/ZU); • Trabalho do ACS fundamental na organização das ações da equipe (ZR/ZU); • ACS auxiliava na coordenação administrativa e informacional do cuidado (ZR/ZU); • ACS sobrecarga de demandas administrativas em detrimento da vigilância comunitária (ZR/ZU); <ul style="list-style-type: none"> • ACS aferem pressão arterial; • NASF desenvolviam ações clínicas e coletivas (Programa Academia da Saúde, Programa Saúde na Escola e grupos). 	<p><i>"...Não parece que fui médico de PSF, parece que sou médico de pronto-socorro porque só resolvo problema da pressão e mando embora, não tem continuidade porque não tem como ter atendimento todos os dias para esses pacientes"</i> (M-ZR, Bonito de Minas).</p> <p><i>"...Têm muita demanda pro médico e acaba que o enfermeiro e os outros profissionais ficam mais pra parte educativa e reunião. Eu até agendo, mas a adesão é pouca"</i> (E-ZU, Indaiabira).</p> <p><i>"...Procura o ACS, que me comunica. Mas no caso de urgência, ligam e o carro vai buscar, dependendo da urgência, vem à unidade, mas o acesso é pelo ACS, que nos comunica"</i> (E-ZR, Bonito de Minas).</p> <p><i>"...Pacientes de diabetes, hipertensão e dislipidemia são encaminhados para nutrição para mudança da dieta e aqueles com lombalgia são mandados para a fisioterapia. Então, é uma associação muito boa entre a gente"</i> (M-ZR, Bonito de Minas).</p>

(continua)

Quadro 1 (continuação)

CATEGORIAS	SÍNTESE DE RESULTADOS	FALAS EXPRESSIVAS
Atuação e colaboração interprofissional		<p>"Faço a visita com o médico (...). Então, tudo é assim compartilhado: pré-natal, hipertensão, diabetes. Só não o preventivo, pois quem faz sou eu. (...) se eu tiver alguma dúvida, passo pra ele, ou converso com ele. Às vezes, ele vem até a minha sala" (E-ZR, Rubelita).</p> <p>"Todo o cadastro da gestante, a primeira consulta é comigo. Mas é uma consulta comigo e uma com o médico. O pré-natal é dividido. A puericultura é só comigo. O preventivo também sou só eu que faço. Agora, as visitas domiciliares são comigo e o médico" (E-ZU, Indaiabira).</p> <p>"Todos (ACS) aferem pressão. Apesar de ainda não ser especializado, né?, pois eles deveriam ter um curso, mas quase cem por cento dos nossos agentes são técnicos de enfermagem" (GM, Indaiabira).</p>
Recursos técnicos, materiais e humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Provisão de transporte para profissionais (ZR); • Transporte sanitário para usuários – urgências e consultas eletivas em outros municípios (ZR/ZU); <ul style="list-style-type: none"> • Transporte escolar (ZR); • Desembolso direto e pagamento de valores abusivos pela população para aquisição de meio de deslocamento viário (ZR); • Não era garantido apoio ao custeio dos gastos com transporte aos ACS; <ul style="list-style-type: none"> • Rede de serviços não era conectada por prontuários eletrônicos; • Usuário como único portador das informações clínicas; <ul style="list-style-type: none"> • Implantação incipiente do Telessaúde; <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de conectividade; • Problemas para atração e fixação de médicos; • Rotatividade de médicos, principalmente na ZR; • Programa Mais Médicos estabilizou o mercado de médicos na região; • Saída de médicos cubanos do Programa Mais Médicos voltou a dificultar a fixação. 	<p>"Não [existe transporte coletivo nessa área], só existe mesmo o transporte escolar que acaba dando carona para as pessoas" (E-ZR, Indaiabira).</p> <p>"Tem o ônibus [tratamento fora do município] segunda, quarta e sexta. Às vezes, precisa ir o carro [da unidade]" (E-ZR, Rubelita).</p> <p>"O SAMU daqui é excelente, se não fosse eles o pobre daqui ia morrer, mas eles mandam cada carro! (...) fica dois dias rodando e pronto, o carro quebra e fica sem SAMU" (M-ZR, Bonito de Minas).</p> <p>"...Muitos não têm condições de virem pelo fato de ser muito caro para estar vindo e, infelizmente, o poder aquisitivo deles é aposentadoria e Programa Bolsa Família. Pagam até 120 reais só para virem de condução" (E-ZR, Bonito de Minas).</p> <p>"...O paciente [que mora distante]: 'Estou tonto, vou gastar 300 reais para ver minha pressão'. Não vão gastar para vir aqui ver a pressão, vão tomar um chá e ficar com a pressão alta mesmo" (M-ZR, Bonito de Minas).</p> <p>"Assim, isso é um problema não só aqui no município, de médicos, assim, não por vontade deles ou nossa, mas chega final de ano, os médicos fazem aquelas provas pra especialização e vão embora. Acontece essa rotatividade devido a isso. Normalmente os enfermeiros ficam muito tempo" (E-ZR, Bonito de Minas).</p> <p>"Na equipe não há rotatividade porque somos todos concursados, tanto a dentista, eu, as técnicas, os ACS. Teve do NASF só uma profissional, uma psicóloga que foi embora e veio uma que já trabalhou com a gente. (...) mudança mesmo, só médico" (E-ZU, Indaiabira).</p> <p>"A questão do Programa Mais Médicos ajudou muito. Pela questão conseguir ter médico em área que nenhum médico ficava, então conseguia manter um cubano durante três anos numa localidade que outros médicos não ficariam, a não ser por um salário exorbitante que o município não daria conta de pagar. Então assim, ajudou os municípios nesse sentido porque conseguiu levar assistência para lugares remotos" (GR, Bonito de Minas).</p>

(continua)

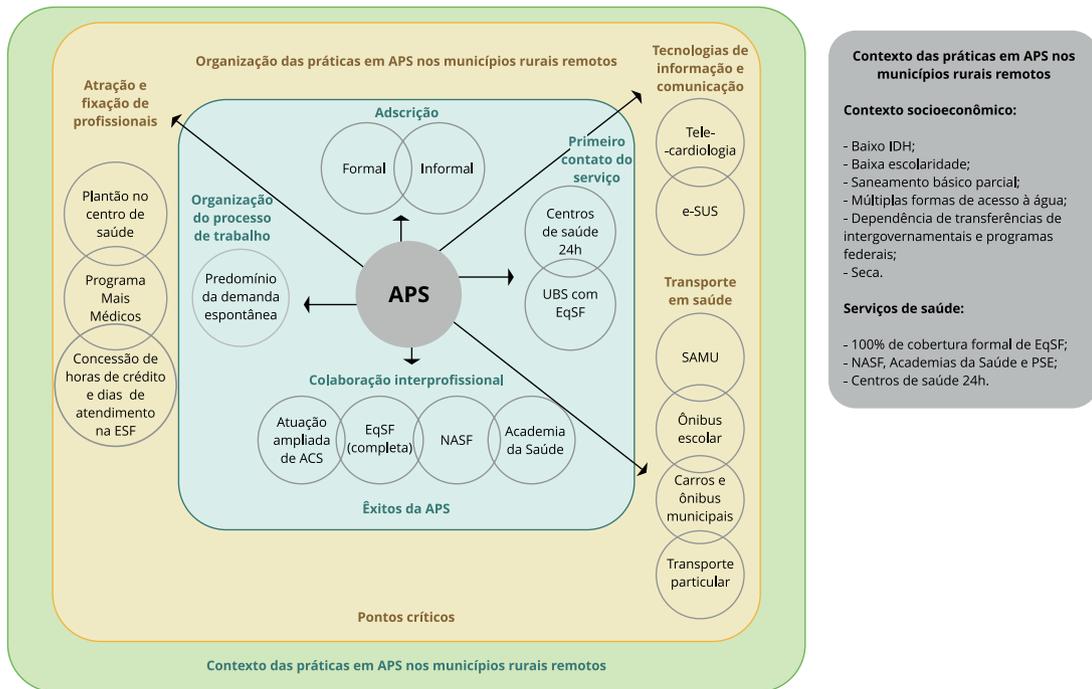
Quadro 1 (continuação)

CATEGORIAS	SÍNTESE DE RESULTADOS	FALAS EXPRESSIVAS
Recursos técnicos, materiais e humanos		<p>"Sem o Programa Mais Médicos dificultou para nós, estávamos com quatro médicos aqui perfeito [não Programa Mais Médico]. Cada um na sua unidade trabalhando 40 horas na semana, todos os dias na semana, perfeito. Ficamos dois anos aqui um sonho, a Suíça, aí veio a nova proposta do Mais Médicos, aí esses dois médicos saíram" (GM, Indaiabira).</p> <p>"...Ficamos seis meses sem o profissional, [médico saiu] pra aderir ao Programa Mais Médicos. Perdemos, por isso, tinham dois profissionais excelentes na minha equipe e na do Pintado, e eles decidiram ir pro Mais Médicos por conta da questão salarial melhor e estabilidade. Então, eles saíram do município pra ir pro Mais Médicos" (E-ZU, Indaiabira).</p>

ACS: agente comunitário de saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; E: enfermeiro; EqPF: equipes de saúde da família; GM: gestor municipal; GR: gestor regional; M: médico; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PMM: Programa Mais Médicos; PSE: Programa Saúde na Escola; PSF: Programa saúde da Família; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; UBS: Unidade Básica de Saúde; ZR: zona rural; ZU: zona urbana. Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas.

Figura 1

Síntese da organização da atenção primária à saúde (APS) nos municípios rurais remotos analisados.



EqSF: equipes de saúde da família; ESF: Estratégia saúde da Família; IDH: Índice de Desenvolvimento Humano; NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família; PSE: Programa Saúde da Escola; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; UBS: unidades básicas de saúde. Fonte: preparado pelos autores.

Discussão

Neste estudo, as áreas para atuação das EqSF são definidas com base em critérios de adscrição formal e informal de clientela, atendendo às necessidades dos territórios. A função de porta de entrada é compartilhada entre UBS e centro de saúde, com predomínio do atendimento à demanda espontânea. De maneira positiva, a colaboração interprofissional é alavancada pela atuação dos NASF e pelo trabalho compartilhado desenvolvido nas Academias da Saúde, bem como, observa-se uma atuação ampliada em relação ao escopo de práticas dos ACS. Por outro lado, a informatização das UBS é incompleta e a utilização do telessaúde bastante residual, não tendo sido incorporado ao processo de trabalho na ESF. Grosso modo, mesclam-se estratégias locais e federal para a provisão e fixação de médicos, com graus distintos de êxito. Além disso, para viabilizar o acesso à APS, sobretudo para as zonas rurais dos municípios rurais remotos, complexos esquemas de transporte são viabilizados, ora pela gestão municipal, ora pelos próprios usuários.

Em relação à dimensão de contexto, os resultados mostram que sob os municípios rurais remotos atuam desigualdades que afetam a organização e a sustentabilidade da APS. São territórios mais vulneráveis que a média nacional, com diferenças expressivas em relação às condições de vida entre “sede” e “zona rural”. Segundo gestores e profissionais, as zonas rurais apresentam os piores indicadores socio sanitários e a maior dispersão territorial, fatores que influenciam na provisão da assistência em saúde ¹², sendo necessários padrões diferenciados de organização das EqSF para não ampliar ou manter as desigualdades.

A ESF alcançou plena cobertura, ainda que não garantisse acessibilidade, resultado encontrado em outros cenários rurais ⁹. A existência de “pontos de apoio” é uma estratégia para viabilizar o atendimento nessas localidades, ainda que em estruturas improvisadas, inadequadas e sem políticas de financiamento ⁷.

Numa macrorregião de grande vulnerabilidade, a oferta de alta complexidade é dependente da rede privada conveniada ao SUS, um entrave à gestão do cuidado integral ¹⁵. Nos três municípios, as sedes não apresentam grandes distâncias em relação à sede da região de saúde e nem condições climáticas severas que impeçam o trânsito da população, cenário diferenciado de outros municípios rurais remotos do país ^{7,9}. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde aparecem como estratégia para a provisão de especialidades, mas ao contrário de outros arranjos consorciais ¹⁶, não havia cofinanciamento estadual ou federal, o que agravava as possibilidades de oferta de atenção integral pelos municípios rurais remotos.

Nesse contexto específico, parecem ser adequados os arranjos regionais para a organização da retaguarda especializada, apoiados por transporte sanitário, o que pode não ser suficiente em outras realidades remotas. Ainda assim, para as populações das zonas rurais, barreiras financeiras para o custeio do transporte são mais expressivas, exigindo medidas específicas, como carros de plantão disponíveis ou alguma forma de reembolso/pagamento de carros particulares, correntemente utilizados pela população. A ausência de transporte público para as zonas rurais mitiga o acesso dessas populações a um conjunto de políticas públicas ¹⁷, além de submetê-las a modalidades inseguras de trânsito.

Em relação à dimensão organizacional, a adscrição formal apresenta-se como um instrumento secundário, visto não refletir os distintos modos de ocupação e itinerários terapêuticos. Como a dispersão territorial na zona rural é expressiva, a disponibilidade de transporte é o recurso mais crítico a condicionar o fluxo real dos usuários, para os quais parecia haver boa receptividade e compreensão por parte dos profissionais no atendimento à demanda espontânea, resultado não encontrado em outros estudos ⁹.

A ESF mudou o padrão de busca por serviços de primeiro contato no país ¹⁸, tendo sido observado também nos municípios rurais remotos estudados. Porém, é reconhecida a partilha dessa função com os centros de saúde, unidades com longa tradição em Minas Gerais, cuja sustentabilidade, principalmente do atendimento médico, não é assegurada em função da sobrecarga financeira aos municípios. Embora nos três casos não haja hospitais de pequeno porte, os centros de saúde parecem ter funções e problemas semelhantes aos de tais unidades quanto às dificuldades para responder de forma resolutiva às demandas em saúde e à falta de integração com as UBS ¹⁹. Nos casos, a manutenção justifica-se pelo reconhecimento das barreiras de acesso à APS, das características territoriais e dinâmicas de deslocamento das populações rurais e custos políticos de sua supressão, como também ocorre em

relação aos hospitais de pequeno porte¹⁹. Políticas nacionais como “Saúde na Hora”²⁰ não atende aos municípios rurais remotos, que ainda assim, poderiam dispor de algum recurso direcionado à manutenção dos centros de saúde, ainda que do ponto de vista assistencial e da qualidade não representem a opção mais adequada.

O desafio de equilibrar atendimento à demanda espontânea e programada está presente em muitos centros urbanos e áreas rurais¹⁰, mas em municípios rurais remotos prevalece o primeiro. Embora o resultado final não seja, de fato, o cuidado continuado, permite o contato imediato com um profissional. Essa parece ser uma questão intrínseca às áreas remotas, visto que a dificuldade de acesso impõe à organização da APS atendimento à demanda espontânea daqueles em trânsito na sede municipal. Estudos mostram que o acesso de primeiro contato está associado ao atendimento no mesmo dia e ao maior número de horas de trabalho do médico de família¹³. Ainda que a presença do médico não estivesse garantida por 40 horas nas EqSF, sobretudo na zona rural, busca-se garantir o acesso oportuno também por meio do compartilhamento do acompanhamento dos grupos prioritários com enfermeiros, com consultas intermitentes. Essa é uma estratégia para minimizar a desassistência em caso de ausência do profissional médico, recorrente em cenários de ruralidade²¹.

O componente mais fortemente interprofissional reside na atuação dos NASF/Programa Academia da Saúde. Os municípios aderiram a políticas nacionais para aumento do escopo, apoio e incremento da promoção à saúde com base em tais dispositivos. Quanto maior a dispersão, menor a densidade populacional, e maiores tempos de deslocamento, maior é a necessidade de oferta de cuidados integrados e abrangentes na APS, com a incorporação de áreas como, por exemplo, a saúde mental^{3,22}. Para os municípios rurais, dependentes das transferências da União, o desfinanciamento do NASF ameaça concretamente a atuação interprofissional.

Os ACS atuam em várias frentes, da mediação do acesso às UBS à cobertura de falhas comunicacionais, mais frequentes nas zonas rurais. Os profissionais e os gestores relatam sobrecarga de funções ao ACS, assim como foi observado em outros estudos²³. Nos três casos, a aferição de pressão arterial faz parte do escopo de práticas, avaliada positivamente por gestores e profissionais. Embora controversa por diversos argumentos^{24,25}, em um cenário de ruralidade e diante das vicissitudes no acesso oportuno, tal prática deve ser analisada à luz da produção do cuidado, servindo, inclusive, para a disseminação de informações seguras para a prevenção das doenças e a promoção da saúde.

Outro achado importante diz respeito à incipiência do telessaúde pelas dificuldades de conectividade e informatização das UBS, quando a justificativa deveria ser exatamente o contrário: é justamente por se tratar de municípios rurais remotos, dispersos e com longas distâncias a serem percorridas pelos usuários, que estratégias de telessaúde são indispensáveis, prementes e parte da solução para a garantia de cuidados mais integrais².

Apesar de todos os avanços na produção do cuidado via APS em municípios rurais remotos, há uma limitação real para a sustentabilidade mediante provisão descontínua de profissionais. Esse é um problema mundial para as áreas rurais e periféricas^{26,27}. Países continentais, como a Austrália e o Canadá, apresentam modelos organizativos da APS específicos para tais contextos^{28,29}. No Brasil, por sua vez, a única política federal que respondeu, ainda que parcialmente a tal problema – o Programa Mais Médicos – foi descontinuada e descaracterizada. A nova política federal, ao mesmo tempo em que não responde às lacunas do Programa Mais Médicos³⁰, não foi efetivamente implantada e novamente deixou os municípios à deriva, responsáveis pela atração e fixação de médicos, o que é insustentável para a manutenção da APS em sua modelagem ESF.

Este estudo considerou a experiência de gestores e profissionais, cujas percepções e avaliações se mostraram sinérgicas em relação às características organizacionais da APS. Contudo, não foram consideradas as experiências de outros atores-chave, como os usuários. Os três casos, pertencentes ao território Norte de Minas, apresentam características singulares e distintas de outros municípios rurais remotos do país.

Considerações finais

Dispositivos e ações implementados baseando-se nas sucessivas políticas nacionais de atenção básica tiveram efeitos positivos na organização da APS, tornando-a mais acessível e dando direcionalidade ao modelo. Ao mesmo tempo, iniciativas e arranjos informais, empreendidos pelas gestões municipais e EqSF, são evidenciados na dimensão organizacional da APS, buscando dar conta da realidade singular dos municípios rurais remotos e das lacunas não atendidas pelas políticas federais, em que pesem as grandes dificuldades para a manutenção e a sustentabilidade.

Este estudo revela que municípios rurais remotos não são uma unidade. Sede e zona rural são desiguais em relação às condições de vida e carecem de organização e recursos diferenciados para a provisão da APS. De toda forma, o estudo ratifica a incontestável necessidade de manutenção e aperfeiçoamento de políticas federais para a provisão e a formação de médicos para atuação em municípios rurais remotos; cofinanciamento para o transporte, indispensável para a garantia do acesso à saúde nas zonas rurais; capacitação das EqSF (formação e infraestrutura) para assumir maior protagonismo nos atendimentos de urgência, articuladas aos centros de saúde; manutenção do financiamento federal das equipes de NASF em um contexto que exige maior resolutividade e com poucas estruturas para a promoção da saúde; efetivação do telessaúde em suas diversas funcionalidades; e valorização do escopo ampliado de práticas de enfermeiros e ACS, que já ocorre.

Em um país desigual, continental, federativo, que enfrenta as vicissitudes advindas da cultura política, um dos desafios para a formulação de políticas nacionais e estaduais é o equilíbrio entre a indução e o reconhecimento das realidades e iniciativas locais que, nos casos estudados, são as únicas a reconhecer as distintas necessidades da população da sede e da zona rural dos municípios rurais remotos, com respostas parciais e insuficientes. Além disso, o reconhecimento das piores condições de vida e de mobilidade que caracterizam os cenários de ruralidade exigem a ação articulada de vários setores da política, que não são efetivamente contemplados por políticas distritais/municipais, como mostra a experiência de inúmeros países.

Por fim, compreender as formas de utilização do espaço e de vida social que definem itinerários sanitários rurais, o contexto das práticas e organizacionais da APS representam um passo importante para o aperfeiçoamento e a implementação de ações e políticas que garantam o direito à saúde de suas populações.

Colaboradores

P. F. Almeida, A. M. Santos, L. M. S. Cabral e M. C. R. Fausto participaram da concepção do estudo, interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final.

Informações adicionais

ORCID: Patty Fidelis de Almeida (0000-0003-1676-3574); Adriano Maia dos Santos (0000-0001-9718-1562); Lucas Manoel da Silva Cabral (0000-0001-6144-8050); Márcia Cristina Rodrigues Fausto (0000-0003-0746-3684).

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz pelo financiamento do estudo. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio a P. F. Almeida por meio da bolsa de produtividade em pesquisa.

Referências

1. Allan J, Ball P, Alston M. Developing sustainable models of rural health care: a community development approach. *Rural Remote Health* 2007; 7:818.
2. Cyr ME, Etchin AG, Guthrie BJ, Benneyan JC. Access to specialty healthcare in urban versus rural US populations: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 2019; 19:974.
3. Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, Kuipers P, Entwistle P, Jones J. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:276.
4. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract* 2003; 20:457-63.
5. Coimbra Jr. CEA. Saúde rural no Brasil: tema antigo mais que atual. *Rev Saúde Pública* 2018; 52 Suppl 1:2s.
6. Miranda C, Silva H, organizadores. Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras. v. 21. Brasília: Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura; 2013. (Série Desenvolvimento Rural Sustentável).
7. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate* 2018; 42(spe 1):302-14.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil – uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017.
9. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate* 2018; 42(spe 1):81-99.
10. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00004119.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: resultados preliminares. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.
12. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Int J Qual Health Care* 2008; 20:308-13.
13. Paré-Plante A, Boivin A, Berbiche D, Breton M, Guay M. Primary health care organizational characteristics associated with better accessibility: data from the QUALICO-PC survey in Quebec. *BMC Fam Pract* 2018; 19:188.
14. Fausto MCR, Fonseca HMS, Penzin VM. Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil. <https://apsmrr.com.br> (acesado em 29/Jul/2020).
15. Santos AM, Giovannella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00172214.

16. Almeida PF, Giovanella L, Martins Filho MT, Lima, LD. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24:4527-40.
17. Wanderley MNB. O mundo rural brasileiro: acesso a bens e serviços e integração campo-cidade. *Estudos Sociedade e Agricultura* 2009; 17:60-85.
18. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde Debate* 2018; 42(spe 1):18-37.
19. Souza FEA, Nunes EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF, Lazarini FM. Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. *Saúde Soc* 2019; 28:143-56.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2019; 17 mai.
21. Pereira LL, Pacheco L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2017; 21 Suppl 1:1181-92.
22. Hine JF, Grennan AQ, Menousek KM, Robertson G, Valleley RJ, Evans JH. Physician Satisfaction With Integrated Behavioral Health in Pediatric Primary Care. *J Prim Care Community Health* 2017; 8:89-93.
23. Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trab Educ Saúde* 2018; 16:163-82.
24. Targa LV. A avaliação da pressão arterial por agentes comunitários pode ser uma estratégia útil para o cuidado da saúde? *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2006; 1:141-51.
25. Silva TL, Soares AN, Lacerda GA, Mesquita JFO, Silveira DC. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Saúde Debate* 2020; 44:58-69.
26. Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic imbalances in doctor supply and policy responses. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014. (OECD Health Working Papers, 69).
27. Ag Ahmed MA, Diakité SL, Sissoko K, Gagnon MP, Charron S. Factors explaining the shortage and poor retention of qualified health workers in rural and remote areas of the Kayes, region of Mali: a qualitative study. *Rural Remote Health* 2020; 20:5772.
28. Vanni T, Cyrino AP, Ribeiro ACRC. Provimento médico no sistema de saúde da Austrália: uma conversa com Megan Cahill. *Interface (Botucatu)* 2017; 21 Suppl 1:1367-76.
29. Bosco C, Oandasan I. Review of family medicine within rural and remote Canada: education, practice, and policy. Mississauga: College of Family Physicians of Canada; 2016.
30. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, Melo EA, Medina MG, Aquino R, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00178619.

Abstract

The study analyzes the structural characteristics of primary health care (PHC) in its contextual and organizational dimensions in remote rural municipalities (counties) in Northern Minas Gerais State, Brazil. This is a case study with a qualitative approach, using 21 semi-structured interviews with health system administrators and health care workers from the family health teams (EqSF), as well as secondary data. For the contextual dimension, the results show that socioeconomic factors in the remote rural municipalities condition the organization of PHC and leave the population vulnerable, especially in the rural areas of the remote municipalities. As for the organizational dimension, the principal characteristics are: co-existence of formal and informal assignment of the services' users, two modalities of first-contact services, namely basic health units (UBS) and 24-hour health centers; prioritization of response to the spontaneous demand; strong action by the Family Health Support Centers in the development of activities in promotion and prevention, expanded scope of practices by community health workers; partial guarantee of transportation for persons in treatment; partial computerization of the UBS with the implementation of the electronic patient record (e-SUS), telecardiology; and the More Doctors Program. The study found that remote rural municipalities are not a uniform unit, since the municipal (county) seat and the rural areas are unequal in terms of living conditions and lack specific organization, policies, and financing to guarantee access to PHC. With all the limitations, the observations show initiatives with major difficulties in maintenance and sustainability and sometimes without necessarily corresponding to the use of space and social life that define rural health itineraries.

Primary Health Care; Rural Health; Health Services Accessibility

Resumen

Se analizan las características estructurales de la atención primaria a la salud (APS), en sus dimensiones de contexto y organizativas, en municipios rurales remotos de la Región del Norte de Minas Gerais, Brasil. Se trata de un estudio de caso con abordaje cualitativo, utilizándose 21 entrevistas semiestructuradas con gestores y profesionales de los equipos de salud de la familia (EqSF) y datos secundarios. Para la dimensión de contexto, los resultados muestran que bajo los municipios rurales remotos actúan condicionantes socioeconómicos que afectan la organización de la APS y vulnerabilizan a la población, sobre todo a la de las zonas rurales de los municipios rurales remotos. En relación con la dimensión organizativa, las principales características son: coexistencia de adscripción formal e informal de pacientes; de dos modalidades de servicios de primer contacto (unidades básicas de salud – UBS, y centros de salud 24 horas); priorización de la atención a la demanda espontánea; fuerte actuación del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia para el desarrollo de actividades de promoción y prevención; alcance ampliado de prácticas del Agente Comunitario de Salud; garantía parcial de transporte para los usuarios; informatización parcial de las UBS con implantación del e-SUS; telecardiología; y el Programa Más Médicos. Este estudio revela que los municipios rurales remotos no son una unidad, visto que sede y zona rural son desiguales, en relación con las condiciones de vida, y además carecen de organización, políticas y financiación específicas para la garantía del acceso a la APS. Lo que se observa, con todas las limitaciones, son iniciativas municipales, con grandes dificultades para su mantenimiento y sostenibilidad y, a veces, sin la necesaria correspondencia con la utilización del espacio y vida social que definen los itinerarios sanitarios rurales.

Atención Primaria de Salud; Salud Rural; Accesibilidad a los Servicios de Salud

Recebido em 28/Ago/2020
Versão final reapresentada em 01/Dez/2020
Aprovado em 17/Dez/2020