

OFICINA NORTE ÁGUAS

08 DE OUTUBRO DE 2021



Coordenação: Márcia Fausto e Lígia Giovanella

Apoio:



ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS NORTE ÁGUAS¹

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

O território Norte Águas agrega 62 MRR, todos localizados na região amazônica cujo acesso geográfico ocorre principalmente por vias fluviais. Para a realização da pesquisa nesta área foram incluídos sete MRR: Maués e Boa Vista do Ramos no estado do Amazonas; Vitória do Jari no Amapá; Aveiro, Curuá, Prainha e Melgaço no estado do Pará. Embora não faça parte dos MRR classificados pelo IBGE, optou-se por incluir o município de Manaus (AM), por se tratar de uma capital com áreas rurais remotas.

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

1 CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO NORTE ÁGUAS

O território Norte Águas é composto por municípios da Região Amazônica fortemente influenciados pela dinâmica das águas. São pequenas e médias cidades antigas com vasta extensão territorial e baixa densidade demográfica. As áreas do interior comumente são formadas por pequenos povoados dispersos e rarefeitos, enquanto as sedes municipais são mais concentradas. A maior parte da população reside nas áreas rurais. A multiculturalidade é característica marcante, com predomínio dos ribeirinhos, mas também com forte presença de povos indígenas.

A hidrografia e a sazonalidade climática conformam as práticas sociais e determinam o acesso geográfico nos MRRR. O rio é o principal meio de locomoção por onde as pessoas vêm e partem, por onde chegam alimentos, móveis, eletrodomésticos, material de construção e outros meios de transporte. As grandes embarcações movimentam o ir e vir

¹ Texto de referência para subsidiar a apresentação dos resultados da pesquisa “Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos no Brasil” na Oficina Norte Águas. O texto foi elaborado com base nos seguintes textos: Fausto, MCR, Giovanella, L, Lima, JG, Cabral, LMS, Seidl, H. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. Revista Saúde e Sociedade, 2021 no prelo.

Fausto, MCR, Lima, JG, Seidl, H, Gonçalves, MJF, Sousa, ABL, Cabral, LMS, Silva, LANS, Silva, WRS. Condições de acesso e implicações para o cuidado na atenção primária à saúde em municípios rurais remotos, Norte Águas. Capítulo do livro Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil (em elaboração)

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

entre as cidades, já nos trajetos entre a sede e interiores predominam as embarcações menores.

Hidrografia, sazonalidade, longos percursos, meio de transporte e custo financeiro são elementos que definem as distâncias e influenciam a decisão dos usuários de acessar (ou não) o serviço de saúde. As soluções para enfrentar tais obstáculos são informais e, muitas vezes, mobilizadas individualmente, no âmbito familiar e comunitário, tais como: uso de transporte particular; transporte feito pelo ACS; carona; empréstimos de transporte entre vizinhos e familiares; cotização entre passageiros para custear aluguel de transporte e compra de combustível; uso de transporte escolar (ônibus ou barco).

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

Questões relacionadas ao meio ambiente são expressivas e interferem nas condições de vida e saúde da população que vive em sinergia com a natureza. O caso de Melgaço exemplifica como os efeitos do desmatamento repercutiram em um surto de raiva humana entre famílias ribeirinhas. Situação dramática que marcou a história do município.

A tabela 1 apresenta um conjunto de indicadores de saúde e como se pode observar na área Norte Águas há diferenças expressivas que revelam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, quando comparados ao Brasil e aos MRR em geral. O número de consultas hab/ano nos MRR Norte Águas, por exemplo é quase duas vezes inferior em relação ao Brasil e aos MRR. Quando se trata de internações SUS as diferenças permanecem, sendo a taxa de internações de alta complexidade incomparavelmente inferiores nos MRR Norte Águas. Comparados ao Brasil, as falhas relacionadas ao acesso se revelam mais críticas nos MRR e mais ainda para os municípios Norte Águas, quando se observa o baixo percentual de nascidos vivos com pré-natal adequado e altos percentuais de casos com início tardio do tratamento de câncer e de casos de internações por condições sensíveis a APS.

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

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

Indicador	Brasil	MRR	Cluster
			Norte Águas
Consultas hab./ano ¹	1,79	1,65	0,95
Visitas Domiciliares de ACS hab./ano ⁵	1,57	2,58	2,81
Cobertura da ESF (%) ⁷	63,7	85,78	78,19
Internações SUS (100 hab./ano) ¹	5,88	5,58	4,45
Internações SUS de alta complexidade (100 hab./ano) ¹	0,44	0,13	0,06
Vidas Cobertas por Planos Privados de Saúde (%) ³	22,4	1,5	0,33
<hr/>			
Coeficiente de Mortalidade Infantil ¹	12,39	17,56	17
Óbitos por causas mal definidas (%) ¹	6,06	10,94	13,92
<hr/>			
Internações por ICSAPS (%) ⁴	30,6	41,14	41,27
Nascidos vivos com pré-natal adequado (%) ^{1,2}	70,76	52,81	39,85
Casos Câncer com início tratamento após 60 dias no SUS (%) ¹	17,7	21,7	23,2
<hr/>			
Indígenas na população (%) ⁶	0,43	4,62	9,17

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 PROVISÃO E FIXAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NA APS

As políticas do governo federal voltadas para o fortalecimento da APS tiveram repercussões positivas nos MRR, sobretudo a partir de 2011, com a implementação do Programa Mais Médicos e de modalidades específicas de equipes para áreas ribeirinhas. Os efeitos das políticas induzidas pelo governo federal são percebidos nos municípios estudados, sobretudo nas sedes municipais e entorno. Mas, não foram suficientemente abrangentes para ampliar cobertura em localidades mais distantes e isoladas. Foi consensual que problemas referentes a atração e a fixação apresentavam grandes diferenças entre sede do município e zona rural, com maiores dificuldades de conseguir médicos para UBS rurais.

Todos os gestores reconheceram o PMM como política crucial para manter as EqSF completas e ampliar a cobertura da ESF nos municípios, algo até então intangível apenas

Apoio:



com o esforço da gestão local. Por outro lado, as mudanças operadas no programa entre 2018-2019 (saída dos médicos cubanos e a irregularidade da chegada e permanência de médicos brasileiros) geraram incompletude das EqSF.

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

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

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

Verificou-se que na sede municipal a população está vinculada a EqSF de referência por áreas de atuação definidas. No interior a lógica da adscrição raramente se mantém, sendo frequente a vinculação de usuários residentes no interior a equipes que atuam em UBS localizadas na sede municipal. Para viabilizar o acesso e disponibilidade da oferta a toda população, em alguns municípios observou-se haver concentração de certos serviços em UBS maiores e de localização central.

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

No interior, a delimitação da área de atuação das EqSF, inclusive a atuação do ACS, requer uma territorialização mais fluida. Os arranjos são diferenciados a depender da concentração/dispersão da população no território. A presença de áreas de proteção ambiental e indígenas são particularidades que moldam a organização dos serviços de APS, geram uma distribuição diferenciada das UBS que nem sempre permite abarcar todo o território.

4 TIPOS E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE PRIMEIRO CONTATO

A ESF está implementada nos MRR, porém com adaptações impostas pelas características do contexto amazônico fluvial. 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 é o primeiro contato com o serviço de APS. Os serviços de pronto atendimento também foram mencionados como opção de acesso nos dias e horários em que as UBS não estão em funcionamento ou quando localizados mais próximos do que a UBS.

São variados e conjugados formatos de organização da oferta de APS, coexistem modalidades induzidas por políticas do governo federal e iniciativas do governo local com vistas a ampliar o acesso. As modalidades são: UBS convencionais, pequenos postos de saúde, unidades fluviais, unidades móveis terrestres. São equipes de ACS (EACS); equipes ESF e ESF Ribeirinhas mínimas e ampliadas e com formas diversificadas 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 atuam em conjunto com profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e da Academia da Saúde para o desenvolvimento de atividades preventivas e de promoção da saúde, em geral na sede municipal. As ações intersetoriais mais frequentes ocorrem junto aos setores de educação (Programa Saúde na Escola - PSE) e de assistência social (Programa Bolsa Família).

Todos os MRR dispõem de algum tipo de estrutura para realizar primeiro atendimento às situações emergenciais. 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.

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 e também às dificuldades para contratação e fixação de profissionais de saúde e o custo financeiro para manutenção das UBS. Contudo, observou-se que a presença de UBS em áreas do interior (rurais) modifica substancialmente as condições de acesso dos usuários residentes nestas localidades: reduz o tempo de deslocamentos, facilita a realização de consultas sem agendamento prévio e favorece ao atendimento emergência fora do horário de funcionamento da UBS. Os usuários reconhecem melhorias no acesso à saúde, mesmo havendo redução ou descontinuidade na oferta de serviços.

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

Quanto mais remotas e de difícil acesso são as áreas, maiores são as barreiras geográficas, financeiras e organizacionais que afetam o acesso à APS. Estas mesmas barreiras se repetem ou se intensificam para o acesso a atenção especializada.

Unidade Básica Fluvial

. A UBSF é recurso potente para a provisão da APS em áreas ribeirinhas de difícil acesso: abranda as barreiras de acessibilidade geográfica, reduz as distâncias entre usuários e serviços de saúde, favorece e inverte a lógica do acesso, ao invés do usuário do ir em busca da atenção (e unidade cria alternativas para atendê-lo) o serviço chega o mais próximo de sua localização. Entretanto, prevalecem as ações itinerantes, sem a garantia do vínculo com EqSF de referência e a continuidade do cuidado. Ainda assim gestores, profissionais de saúde e usuários consideram positivas as ações desenvolvidas pelas UBSF, recurso essencial para viabilizar a oferta de ações de saúde em áreas remotas, especialmente aquelas totalmente descobertas por serviços de APS.

Equipes Saúde da Família Ribeirinha

Chama atenção que modalidades voltadas para favorecer o acesso no contexto fluvial (como EqSFR e UBSF), financiadas pelo MS, estão pouco implantadas. A permanência de profissionais de nível superior em áreas ribeirinhas foi verificada apenas em municípios que implantaram EqSFR, revelando-se como estratégia potente para o vínculo e cuidado longitudinal. Estas equipes embora financiadas pelo Governo Federal, são complementadas com recursos municipais para manutenção de infraestrutura, acomodação dos profissionais e alimentação.

Pontos de Apoio e atuação por sobreaviso 24 horas

Pontos de apoio nas áreas do interior contam com a presença de pelo menos um técnico de enfermagem, fixo na unidade, que atua de sobreaviso 24 horas para atendimentos de urgências. O sobreaviso é uma forma de atendimento comumente utilizada em áreas rurais, fora do horário habitual das UBS e nos fins de semana. Em caso de urgência, o profissional de sobreaviso (em geral técnico de enfermagem ou enfermeiro que 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 se 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.

Apoio:



Ações itinerantes

A realização de ações itinerantes é estratégia comum para garantir o acesso a serviços de saúde em áreas onde não há UBS e acontecem de forma diversificada entre os municípios. Desde ações pontuais como campanhas de vacinação, de realização de exame para prevenção do câncer de colo do útero ou ações periodicamente organizadas para acompanhamento de famílias já cadastradas e vinculadas a uma EqSF, a exemplo das ações ofertadas em UBSF. Os pontos de apoio são comumente utilizados pelas equipes para realização das ações, assim como as escolas e as embarcações.

Agente Comunitário de Saúde

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

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

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

5 APOIO LOGÍSTICO PARA APS

Uso de tecnologias de informação e comunicação – Saúde digital

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

Dificuldades para o uso de Telessaúde ou Telemedicina foram reportadas, mesmo entre os municípios com alguma experiência no uso para consulta com especialistas e

Apoio:



capacitação profissional. As dificuldades foram atribuídas a falhas de conectividade, de energia elétrica e as limitações de transmissão via rádio, principalmente no interior.

O aplicativo WhatsApp é comumente utilizado entre gestores, profissionais das EqSF e usuários para transmissão diversificada de informações: orientações sobre cuidado ao usuário, envio de produção, envio de informações de prontuários eletrônicos.

Nas áreas mais remotas, radiotransmissor e rádio local são formas de comunicação importantes, especialmente quando não há acesso ao telefone e à internet.

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

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

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

Não se verificou a presença de casas de apoio no sentido de acolher usuários do interior que deslocam longos percursos para realizar atendimento na sede municipal. Recursos similares à casa de apoio é mais comum nas regiões de saúde ou nas capitais com suporte financeiro dos municípios.

6 APS INTEGRADA NA REDE SUS: RELAÇÃO DA APS COM A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Garantir Atenção Especializada (AE) é um grande problema de acesso enfrentado em todos os MRR Norte Águas. 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.

Apoio:



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

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

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

7 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 amazônico aprofundam os desafios para a efetivação da APS, tornando o custo muito além do previsto no cálculo para o seu financiamento.

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

Os resultados aqui apresentados sinalizam que apesar dos avanços ocorridos na APS a partir da implementação do SUS, os desafios para ampliação do acesso, principalmente nas áreas mais distantes e de difícil acesso em MRR permanecem como desafios para a gestão municipal. Avançar no fortalecimento da APS é fundamental para o enfrentamento de falhas no acesso relacionados à saúde, mas também determinados pela insuficiência de políticas públicas mais amplas que considerem as especificidades dos MRR. Nesta direção, considera-se crucial aprofundar debates sobre a implementação de políticas de APS baseadas nas particularidades dos territórios Norte Águas, com orientação comunitária, integral e integrada no SUS.