



OFICINA NORTE DE MINAS E SEMIÁRIDO

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS

19 DE NOVEMBRO DE 2021 - MANHÃ

Apoio:



PMA
DISSEMINANDO
CIÊNCIA EM
SAÚDE PÚBLICA



PROGRAMA
INOVA FIOCRUZ

8 TEMAS PARA PENSAR DISCUTIR A ORGANIZAÇÃO DA APS NO MRR

Características
do Território
Norte Minas e
Semiárido

Modalidades e
composição das
equipes de APS

Provisão e
fixação da
força de
trabalho na APS

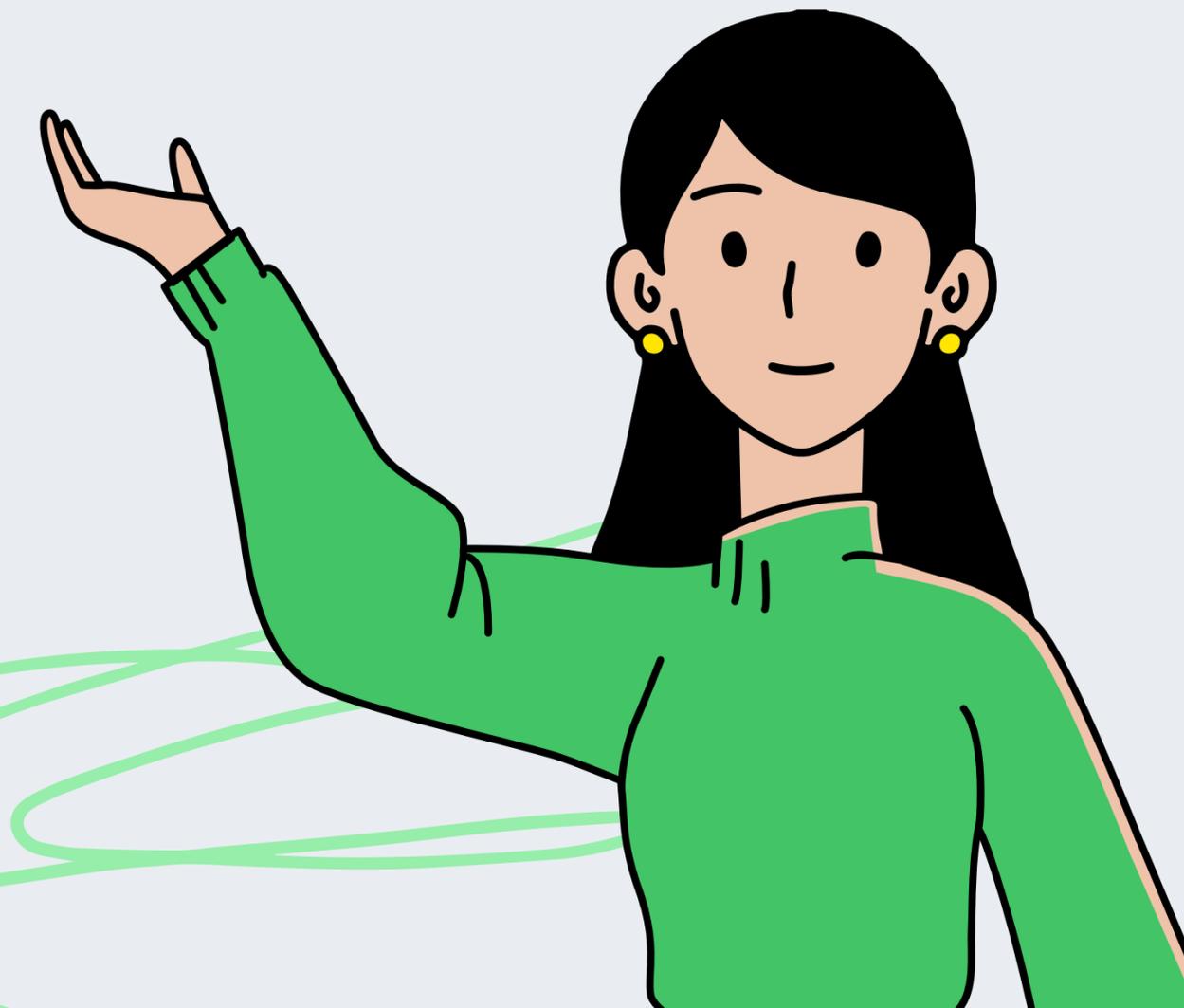
Territorializaçã
o e vinculação
da população

Tipos e
organização de
serviços de
primeiro
contato

Apoio Logístico

APS integrada
na rede SUS:
relação da APS
com a Atenção
Especializada

Desafios para a
garantia do
acesso à APS e
à AE



Características do Território Norte de Minas e Semiárido

O território Norte de Minas e Semiárido é composto por municípios dos estados do CE, **PI**, RN, PB, PE, SE, **BA** e **MG**.

1

Territórios mais vulneráveis que a média nacional, com diferenças expressivas em relação às condições de vida entre “sede” e “zona rural”;

2

Populações dependentes quase exclusivamente das transferências governamentais – PBF

3

Disponibilidade de água tratada e encanada e saneamento básico na sede, mas não em todas as ZR

4

ZR apresentam piores indicadores socio sanitários e maior dispersão territorial, fatores que influenciam na provisão da assistência, sendo necessários padrões diferenciados de organização para não ampliar ou manter desigualdades;

5

Insuficiência/inexistência de rotas/horários de transporte público, mais grave nas ZR, bem como, dificuldade/ausência de rede telefônica/internet, com implicações para a organização da APS



Características que devem ser consideradas no planejamento e na organização dos serviços de saúde

Territorialização e vinculação da população

- 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

Existência de CS com funcionamento diário e ininterrupto (ZU)

Pontos de apoio na comunidade para atendimento (ZR)

Maior parte busca primeiro atendimento nas UBS (ZR/ZU)

Permanência de busca pelo CS para ações de APS e urgências (ZR/ZU)

Jornada de 8h/dia – rara na ZR

Tipos e organização de serviços de primeiro contato

Diferentes acordos de trabalho para atrair médicos (ZR/ZU)

Equipes itinerantes (ZR)

Diferentes estratégias para garantir o acesso da população da ZR

Predominância do atendimento espontâneo (ZR)

ACS facilitavam o acesso às UBS (ZU/ZR)

ACS organizam a demanda em pontos de apoio (ZR)

Modalidades e composição das equipes de APS

Equipes completas, inclusive SB, e sem áreas descobertas (ZR/ZU);

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);



Protagonismo do ACS



ACS auxiliava na coordenação administrativa e informacional do cuidado (ZR/ZU)



ACS sobrecarga de demandas administrativas em detrimento da vigilância comunitária (ZR/ZU)



ACS aferem pressão arterial



Trabalho do ACS fundamental na organização das ações da equipe (ZR/ZU)

Apoio logístico

Provisão de transporte para profissionais (ZR);

Transporte sanitário para usuários – urgências e consultas eletivas em outros municípios (ZR/ZU);

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;



Rede de serviços não era conectada por prontuários eletrônicos;

Usuário como único portador das informações clínicas;

Implantação incipiente do Telessaúde;

Problemas de conectividade;

Problemas para atração e fixação de médicos;

Rotatividade de médicos, principalmente na ZR;

PMM estabilizou o mercado de médicos na região;

Saída de médicos cubanos do PMM voltou a dificultar a fixação

Provisão e fixação da força de trabalho na APS

Consenso – impossibilidade de provisão da FTS pelos municípios, sobretudo médicos – menor dependência PMM se comparado a outros territórios (na sede dos MRR)

Diversos arranjos:

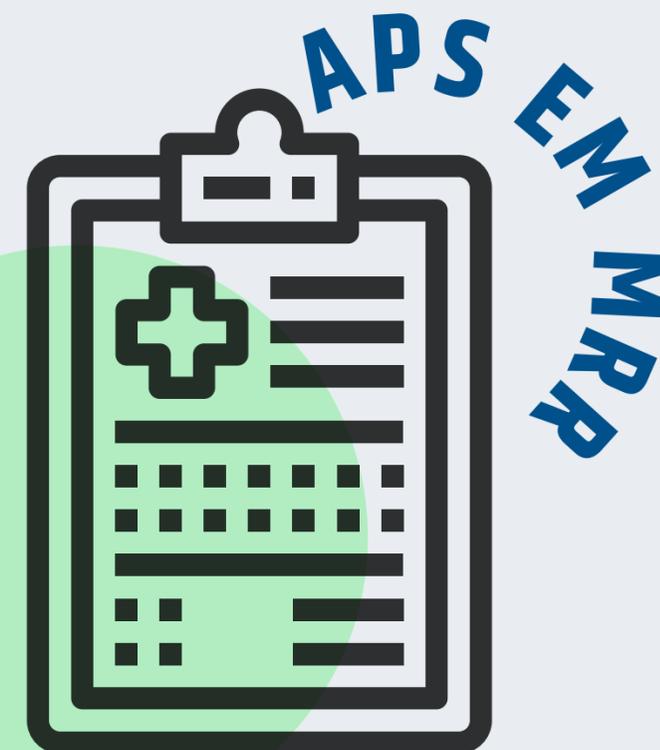
1 Impossibilidade de arcar com melhor remuneração – médicos por hora trabalhada;

2 Plantões nos Centros de Saúde/HPP;

3 Menor carga horária e turnos corridos nas ZR;

4 Enfermeiras que residiam na ZR em casa alugada pela prefeitura;

5 Estabelecer acordos regionais para evitar a disputa predatória por médicos;



Provisão e fixação da força de trabalho na APS

Desafios:

1

Ausência de estratégias integração ensino-serviço;

2

Interrupção do processo de reorganização da porta de entrada pela ESF;

3

Dificuldades de recomposição da FT médica após saída dos médicos cubanos PMM, a despeito de alguns problemas identificados;

4

O que fazer frente às mudanças em relação ao PMM?

5

Quais as perspectivas para o Programa Médicos pelo Brasil?



APS integrada na rede SUS: relação da APS com a Atenção Especializada

Provisão de AE

Foram identificados variados arranjos para a provisão e financiamento de AE nos MRR, com graus distintos de implementação



Oferta pública por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI)



Consórcios de saúde



Oferta de AE no próprio município ou em municípios vizinhos



Atendimento em serviços privados de saúde por meio da compra direta (out-of-pocket)



APS integrada na rede SUS: relação da APS com a Atenção Especializada

As distâncias e periculosidade de alguns trajetos tornavam-se mais grave, quanto mais distante localizava-se a oferta de AE, como nos casos de concentração nas capitais

Não bastava fornecer transporte sanitário ou passagens em ônibus intermunicipais, era necessário garantir algum tipo de suporte para estadia (“casas de apoio”)

Tais custos oneravam sobremaneira os orçamentos locais, o que, por vezes, interrompia a regularidade na oferta de transporte sanitário com vistas a “equilibrar” as contas públicas.



A ESF alcançou plena cobertura, ainda que não garantisse acessibilidade

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

Pontos de apoio é uma estratégia para viabilizar o atendimento, ainda que em estruturas improvisadas, inadequadas e sem políticas de financiamento

Tipos e organização de serviços de primeiro contato

Os consórcios intermunicipais de saúde aparecem como estratégia para provisão de especialidades

Populações das ZR, barreiras financeiras para custeio do transporte são mais expressivas - ausência de transporte público para ZR mitiga o acesso destas populações a um conjunto de políticas públicas, além de submetê-las a modalidades inseguras de trânsito

Necessidade de arranjos regionais para organização da retaguarda especializada, apoiados por transporte sanitário, o que pode não ser suficiente em outras realidades remotas

Desafios para a garantia do acesso à APS e à AE

ACS atuam em várias frentes, da mediação do acesso às UBS à cobertura de falhas comunicacionais, mais frequentes nas zonas rurais. Nos três casos, a aferição de pressão arterial faz parte do escopo de práticas, avaliada positivamente por gestores e profissionais;

Incipiência do telessaúde pelas dificuldades de conectividade e informatização das UBS: é justamente por se tratar de MRR que estratégias de telessaúde são indispensáveis;

Há limitação real para sustentabilidade mediante provisão descontínua de profissionais – a única política federal que respondeu, ainda que parcialmente tal problema – o PMM – foi descontinuada e descaracterizada – municípios à deriva, responsáveis pela atração e fixação de médicos – insustentável para manutenção da APS em sua modelagem ESF.



Considerações finais

MRR não são uma unidade. Sede e zona rural são desiguais em relação às condições de vida e carecem de organização e recursos diferenciados para provisão da APS;

Incontestável necessidade de manutenção e aperfeiçoamento de políticas federais para provisão e formação de médicos para atuação em MRR;

Cofinanciamento para o transporte, indispensável para garantia do acesso à saúde nas zonas rurais;

Capacitação das EqSF (formação e infraestrutura) para assumir maior protagonismo nos atendimentos de urgência, articuladas aos CS



Manutenção do financiamento federal das equipes de NASF em contexto que exige maior resolutividade e com poucas estruturas para promoção da saúde;

Efetivação do telessaúde em suas diversas funcionalidades;

Valorização do escopo ampliado de práticas de enfermeiros e ACS, que já ocorre

Considerações finais



1

Ausência de A experiência das Policlínicas Regionais e transporte sanitários na Bahia, via CIS, com cofinanciamento e forte liderança do gestor estadual, parece ser um arranjo mais afeito à prestação de AE em perspectiva regional, devendo ser avaliadas; integração ensino-serviço;

2

No país, a desorganização ou inexistência de uma resposta sistêmica a partir de redes regionalizadas gera vários improvisos assistenciais.

3

O conjunto das políticas sociais deve prever ações específicas para os MRR, notadamente as ZR, sem as quais serão menos efetivas.

4

O conjunto das políticas sociais deve prever ações específicas para os MRR, notadamente as ZR, sem as quais serão menos efetivas.





Obrigado!



<https://apsmrr.com.br/>



[instagram.com/apsmrr/](https://www.instagram.com/apsmrr/)

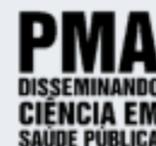


Canal do YouTube: APS em MRR



PodCast APS em MRR

Apoio:



PROGRAMA
INOVA FIOCRUZ