



APS EM MRR

Atenção Primária à Saúde em Municípios
Rurais Remotos no Brasil

APS INTEGRADA À REDE SUS: RELAÇÃO DA APS COM A ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Adriano Maia dos Santos

Debatedora: Patty Fidelis de Almeida

Rio de Janeiro, 12 de julho 2022

Mecanismo de oferta de atenção especializada no território

- Em todos os casos, havia grandes vazios assistenciais nas respectivas regiões de saúde, fator que colaborava para a existência de diferentes arranjos organizativos para oferta de AE;
- A maior parte da oferta pública e privada para AE encontrava-se fora dos MRR e, frequentemente, era externa à própria região de saúde;
- Havia grandes deslocamentos dos usuários às capitais dos estados, para as sedes das regiões de saúde, sedes das macrorregiões de saúde e, também, aos inúmeros prestadores pulverizados em outros municípios.



A demanda por AE superava a oferta e, conseqüentemente, havia tempo excessivo de espera e insatisfação de todos, sobretudo, usuários.



Simbiose público-privado na oferta de AE

- Havia alguma oferta de serviços privados no próprio município, ainda que de forma intermitente, gerando, inclusive, um modelo simbiótico – com vantagens mútuas –, mas que, por vezes, parecia predatória – com vantagem para o setor privado em detrimento da população;
- Havia nos MRR, periodicamente, médicos avulsos que ofertavam AE por desembolso direto aos usuários ou venda de procedimentos aos gestores;
- Os usuários buscavam o setor privado por livre demanda ou como forma de adiantar parte do IT, muitas vezes, por indicação/referência de algum profissional do SUS;
- Os gestores complementavam a oferta de AE com compra direta – sem contrato formal – ou negociavam descontos com o prestador privado, conforme demanda e gravidade do quadro clínico do usuário, mas sem fluxo definido.



Discussão

Relação frágil entre a APS e AE em MRR:

- diante da fragmentação assistencial;
- dependência do prestador privado;
- vazio assistencial crítico nas proximidades – município e respectiva região de saúde;
- precária comunicação informacional entre os diferentes níveis de atenção na rede;
- problemas organizacionais comuns e que atingem diferentes cenários, independentemente, do porte populacional dos municípios no Brasil

A **provisão de AE** no próprio território, ainda que **residual e intermitente**, foi uma tática gerencial comum a todos os MRR;

A estratégia para mitigar a desassistência e abreviar os tempos de espera implicava em **aquisição direta de serviços privados** pela gestão municipal, **sem garantia de continuidade e sem fluxo integrado à APS**;

Tal escolha organizativa **implicava em segmentação assistencial e custos elevados ao tesouro municipal**, numa lógica que **acentuava iniquidades** aos entes subnacionais mais frágeis economicamente e às populações mais vulneráveis, na direção inversa às redes de atenção à saúde.



Discussão

1

A estreita relação público-privado parece influenciar a organização da oferta e da demanda nos MRR para **além das necessidades sanitárias**, retroalimentando a subordinação ao setor privado na prestação direta e **focalização excessiva nas tecnologias médicas** mais adensadas como respostas às demandas em saúde.

2

Espaço para um **pródigo mercado** (formal e informal) da saúde em estreita simbiose com os agentes públicos que envolve a assistência médica especializada, a contratualização dos serviços e a gestão do sistema

3

Há justificativas respaldadas em critérios econômicos – subfinanciamento e valores defasados da tabela SUS –, critérios gerenciais – histórico vazio assistencial e grandes distâncias ao prestador –, e critérios tecnológicos – saberes e práticas predominantes

4

Tais razões ocultam problemas basilares na modelagem das redes regionalizadas e, sobretudo, no modo de **produção do cuidado centrado no trabalho médico** e, por sua vez, a **prática médica centrada em procedimentos e tecnologia de apoio diagnóstico**.



Discussão

5

O sistema privado e a mercantilização da saúde expandam-se pari passu ao crescimento do SUS, sob a égide de uma privatização por dentro do sistema público

6

Rede assistencial produtora de demandas e indutora de padrões e comportamentos por consumo de bens e serviços especializados, em detrimento ao fortalecimento do escopo e ampliação clínica das funções da APS

7

Nos MRR, a insegurança na resolubilidade da APS, muitas vezes, por ausência de médicos ou dificuldade de acesso no momento da busca, bem como, a indisponibilidade de AE em local apropriado e tempo oportuno para garantia de continuidade pela APS são subsídios suficientes para justificar a busca por IT paralelos à rede oficial.

8

Afloram, em situações de adoecimento, arranjos officiosos para garantia de consultas/procedimentos e/ou transporte sanitários aos usuários, muitas vezes, subtraindo o direito à saúde, numa relação controversa entre público-privado em que viceja traços clientelistas que alargam as assimetrias sociais e alienam o direito universal.



COMPONENTES DA MATRIZ

Componente 1

Consórcios Intermunicipais de Saúde



Policlínicas Regionais de Saúde

Componente 2

Oferta periódica de AE para MRR na região de saúde

Espaço de encontro entre profissionais da APS e AE

Comissão Intergestores Regional

Fortalecimento instâncias regionais de gestão do SUS e apoiadores com ações periódicas de apoio à gestão para MRR

Componente 4

Componente 3

Componente 1 – Policlínicas Regionais de Saúde (PRS)

Propostas →



- Iniciativa do governo estadual (e/ou uma política federal?), via CIR/CIB, mediante constituição de CIS;
- PRS em cada região de saúde (abrangência/escopo ajustada aos territórios) – sediada no município de referência regional;
- Cofinanciamento permanente (custeio e capital) de todos os entes envolvidos – especialmente o ente estadual (maior aporte) – (com distinção aos MRR?);
- Mecanismo para “mitigar” a dependência de provisão privada e a compra direta de serviços pelos usuários;
- Integração das PRS à rede e fluxos articulados com a APS;
- Interconsulta com especialista na APS e/ou especialista itinerante (Unidades Móveis com Especialistas via PRS/CIS);
- Telessaúde/ teleconsulta rotineira via PRS (interface com IES da macrorregião);
- Equipamentos de diagnósticos portáteis com articulação às PRS;
- Cotas para marcação direta pela PRS para continuidade de cuidado e/ou completo terapêutico/diagnóstico

Componente 1 – Policlínicas Regionais de Saúde (PRS)

Propostas



- Articulação com sistema de transporte sanitário – item fulcral para acesso às consultas e aos procedimentos na PCR [política nacional de transporte sanitário, com inspiração no transporte escolar?];
- Participação dos CMS e dos legislativos locais para buscar sustentabilidade e menor impacto nas transições dos executivos municipais e estaduais;
- Associar as PRS aos CEO regionais – políticas convergentes;
- Readequação dos HPP (e outras unidades) como pontos de AE integrados e intercomunicantes com as PRS (com ofertas de consultas e/ou procedimentos de menor densidade) – com maior proximidade às equipes de APS;
- Articulação das PRS com as “Unidade Ambulatoriais de Especialidades” presentes em alguns municípios – melhorar a proximidade e acessos dos MRR;
- Articular todos os pontos de prestação de serviços especializados e otimizar a oferta na região de saúde;
- CIS/PRS deve superar a tendência a tornarem-se “centros de especialidades médicas”!!! A ideia seria funcionar como “instrumento de gestão” para planejamento, gestão e provisão de AE;
- Articulação com as IES – espaço de formação [residências e estágios];

Componente 1 – Policlínicas Regionais de Saúde (PRS)



“A proposta de implantação dos centros ambulatoriais de atenção secundária, na perspectiva de pontos de atenção secundária de uma RAS, pode sofrer uma confrontação direta, quando constrange a liberdade de ordenamento do acesso dos gestores da saúde ou impõe limitações técnicas à ação de especialistas, ou indireta e mais sutil, quando apossando-se da ideia inovadora de centros ambulatoriais de atenção secundária, faz uma releitura da proposta transformando-a numa prática social conservadora que não agregará valor para as pessoas usuárias. Algo da ordem lampeduziana: quanto mais muda, mais é a mesma coisa”.

(Mendes, p.102)

Componente 2 – Oferta periódica de AE para MRR na região de saúde



- Esse componente contempla o primeiro componente – [penso que essa redação é mais apropriada à matriz, pois as PRS seriam uma dessas formas de oferta];
- Ampliação do escopo de práticas na APS – [especialistas na UBS?];
- Forte sistema logístico de compartilhamento de informações entre os pontos (APS-AE na rede regional);
- Ampliação das ações clínicas “especializadas” dos profissionais da APS – médicos, enfermeiros/as, ACS e CD;
- Incorporação/expansão de outros profissionais à APS – apoio matricial e ações clínicas;
- Interconsulta com especialista na APS e/ou especialista itinerante;
- Telessaúde/ teleconsulta rotineira;
- Equipamentos de diagnósticos portáteis;
- Coleta de materiais laboratoriais na UBS
- Qualificar a APS para o exercício do atributo de coordenação do cuidado e também organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS uma resposta adequada

Tais medidas exigem uma política nacional e aportes financeiros estadual e federal permanentes

Componente 3 – Fortalecimento das instâncias regionais de gestão do SUS e apoiadores com ações periódicas de apoio à gestão para MRR

- CIR aperfeiçoada e fortalecida como locus de governança;
- Pactuações na CIR para enfrentamento do empresariamento e a mercantilização da saúde no SUS;
- Planejamento compartilhado da oferta especializada na região – roteiros itinerantes compartilhados entre os gestores;
- Intervenção na gestão do trabalho médico especialistas – salários e CH;
- Participação rotineira do representante estadual;
- Retomar o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP?



Componente 3 – Fortalecimento das instâncias regionais de gestão do SUS e apoiadores com ações periódicas de apoio à gestão para MRR

- Resgate e reposicionamento estratégicos das “Diretorias Regionais” via SES;
- Apoiadores institucionais e gestores de referência regional voltas à AE regional;
- As instâncias regionais funcionariam como planejadoras e fiscalizadoras da provisão pública de AE entre municípios de um determinado território regional;
- **COMPONENTE 4** - Espaços regulares de diálogo entre profissionais da atenção especializada e APS para construção de protocolos, fluxos, discussão de casos, regulação de acesso (no mínimo duas vezes ao ano) – **Sugiro suprimir e integrá-lo aos demais componentes!**

