

Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede SUS para municípios rurais remoto

Ligia Giovanella
CEE Fiocruz



Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede SUS para municípios rurais remoto

- Modalidades das equipes de APS
- **Tipos e organização de serviços de primeiro contato (sede e interiores)**
- **Territorialização e adscrição populacional que considere fluxos**
- **Organização das práticas e do processo de trabalho das equipes adequados à dispersão populacional**
- Vigilância à Saúde
- Apoio diagnóstico e terapêutico ampliado disponível nas UBS
- Tecnologias de informação e comunicação e telessaúde
- Transporte e apoio para deslocamento de usuários e profissionais
- Competência cultural / interculturalidade
- Participação social e intersetorialidade



Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede para municípios rurais remoto

- APS integrada na rede SUS: coordenação da APS com a atenção especializada e hospitalar na rede regional
- Provisão e formação da força de trabalho em saúde para saúde rural
- Educação permanente para profissionais e gestores (rotineira, atribuição estadual e federal)
- **POLÍTICA NACIONAL DE FINANCIAMENTO DIFERENCIADO ADEQUADO ÀS ESPECIFICIDADES SOCIOESPACIAIS**



Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede para municípios rurais remoto

- **Tipos e organização de serviços de primeiro contato (sede e interiores)**
- UBS na sede e adaptação das UBS do interior para garantia da assistência à população de áreas distantes da sede municipal
- **Postos de saúde satélite** (sem CNES) com técnico de enfermagem ou enfermeiro que reside no local como pontos de apoio em zona rural de população muito esparsa vinculados a uma UBS com eSF
- UBS do interior com profissional de **sobreaviso** para atendimento urgente fora do horário de funcionamento das UBS com recursos de comunicação e transporte para remover o usuário até o serviço de saúde na sede, quando necessário (celular/rádio, carro e motorista)
- Para qualificar o sobreaviso, são necessários apoios financeiros para remuneração de profissionais; de formação profissional (para atendimentos de primeiros socorros e urgências); de estrutura das UBS (com o mínimo de insumos para primeiro atendimento e estabilização de pacientes);
- de apoio de transporte e de comunicação (para suporte clínico de emergência quando necessário).



Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede para municípios rurais remoto

- **Tipos e organização de serviços de primeiro contato**
- **Serviços itinerantes abrangentes, regulares e contínuos** diferenciados por características socioambientais e populacionais com equipes ESF e ACS
- Na ausência de oferta cotidiana de serviços pelos interiores, os gestores municipais desenvolvem estratégias de visitas em comunidades, em geral, sem regularidade da oferta de ações e sem de continuidade do cuidado.
- Para muitas comunidades dos interiores, as visitas itinerantes são a única alternativa para viabilizar a assistência – qualificar estas estratégias.
- Mesmo as modalidades de atenção previstas na PNAB, específicas para populações ribeirinhas (ESF ribeirinha e UBS fluvial) ainda que se proponham a oferta de cuidados rotineiros, apresentam características de itinerância, raramente garantindo atendimento com periodicidade regular.
- intermitente, sem regularidade nas visitas, curtos tempos de permanência em cada comunidade / elevado volume de comunidades a serem atendidas, envolvimento limitado do ACS e financiamento insuficiente / difícil sustentabilidade das UBS Fluviais com custeio federal condicionado à contrapartida do município, de custo elevado
- UBSF necessitam ajustes operacionais



Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede para municípios rurais remoto

- **Modelos itinerantes ou serviços de visitas periódicas** são frequentes em comunidades rurais remotas em diversos países, com distintas conformações, visando melhores resultados em saúde, maior continuidade e menores custos na assistência (Wakerman et al, 2008).
- Abarcam visitas periódicas, preferencialmente com uma mesma equipe de profissionais atendendo a mesma comunidade e estão associados a outras formas de intervenção, para continuidade, combinando visitas com telefonemas periódicos de acompanhamento e estratégias de telessaúde.
- Esta forma de prestação de serviços poderia ser uma alternativa para interiores e localidades muito isoladas, todavia demandaria uma mesma equipe para atendimento periódico às comunidades com registro adequado a fim de favorecer a longitudinalidade do cuidado, e disponibilidade de insumos, medicamentos e recursos diagnósticos para maior resolutividade em cada visita.



Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede para municípios rurais remoto

- **Na sede é necessário estabelecimento de saúde diferenciado para atendimento 24 horas** para urgências, parto normal, apoio diagnóstico em análises clínicas e imagem com serviços ajustados ao contexto de dispersão populacional e vias de acesso e oferta de serviços de saúde na região.
- É imprescindível buscar uma nova conformação das atuais estruturas identificadas: centros de saúde 24h, unidades mistas, pequenos hospitais com precária infraestrutura
- **Definir novo tipo de estabelecimento de saúde diferenciado na sede municipal do MRR com desenho singular**
- Necessário problematizar a possível disputa como serviços de primeiro contato e por recursos escassos, em especial a do médico.
- Por outro lado, a possibilidade de atuação conjugada do médico na ESF e nos pequenos hospitais/unidades mistas apresenta-se como um arranjo local que facilita o recrutamento e a permanência de médicos na localidade.
- **Não se trata de alcançar economia de escala, mas sim de garantir acesso oportuno com equidade**

Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede para municípios rurais remoto

Territorialização e adscrição populacional que considere fluxos

- **Distribuição diferenciada das UBS no território – sede e zona rural**
- A territorialização de equipes e UBS nos MRRs exige arranjos diferenciados orientada e adaptada aos contextos e fluxos locais e definida com participação social.
- Considerando: fluxos habituais, barreiras geográficas, disponibilidade de transporte, modos de concentração da população em localidades do interior e dispersão de famílias em territórios isolados, áreas de proteção ambiental e indígenas
- A delimitação da área de abrangência da UBS/ESF e de atuação dos ACS nos interiores, envolve uma territorialização mais fluida, por vezes com áreas não contíguas, a depender concentração/dispersão da população no território e acessos geográficos e meios de transporte.
- Para as visitas domiciliares dos ACS é essencial apoio da SMS para transporte para os deslocamentos com uso de moto ou pequena embarcação com combustível.



Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede para municípios rurais remoto

Territorialização e adscrição populacional que considere fluxos

- **Demarcação de território com adscrição bem estabelecida, no entanto adaptada aos fluxos dos usuários no território**
- **Número de famílias sob responsabilidade de cada equipe e ACS ajustado à dispersão populacional e necessidades de saúde**



Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede para municípios rurais remoto

- **Organização das práticas e do processo de trabalho das equipes adequados à dispersão populacional**
- **Oferta ampliada das ações da ESF individuais e coletivas**
- Escopo ampliado de práticas individuais (procedimentos, enfermidades específicas, métodos diagnósticos e terapêuticos disponíveis) de médicos, enfermeiros, técnicos e ACS
- **Práticas avançadas em enfermagem** e colaboração interprofissional com compartilhamento de cuidados clínicos entre médicos e enfermeiros no acompanhamento dos grupos prioritários para a continuidade dos cuidados frente à vacância de médicos e elevada rotatividade
- Agenda mais aberta com equilíbrio de atendimento à demanda espontânea e à demanda programada – oportunizando qualquer visita para ações preventivas e de promoção da saúde



Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede para municípios rurais remoto

- **Organização das práticas e do processo de trabalho das equipes adequados à dispersão populacional**
- **Oferta ampliada das ações coletivas da ESF**
- Escopo ampliado em ações coletivas: trabalho em grupos, diagnóstico territorial, ação comunitária em articulação com organizações e lideranças comunitárias para mediar ações intersetoriais e de promoção da saúde com escolas, assistência social, setores de saneamento e transporte
- **Práticas comunitárias e clínicas ampliadas do ACS:** aferição de pressão arterial, medição de glicemia, primeiros socorros básicos, apoio para acesso de famílias vulneráveis a benefícios sociais, identificação de problemas comuns vivenciados nos territórios (água potável, destino de dejetos, saneamento), diagnóstico comunitário
- Estratégias de supervisão frequente e rotineira dos ACS pela eSF



Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede para municípios rurais remoto

- O desenvolvimento de um escopo ampliado de práticas pelas eSF em territórios rurais exige competências específicas dos profissionais da saúde, com estratégias de **formação e de educação permanente em saúde rural**, para garantir qualidade da assistência.
- Exige condições de trabalho e estruturais adequadas das UBS, compatíveis às funções e ações a serem desempenhadas,
- **Adensamento tecnológico das UBS rurais** (Equipamentos portáteis para diagnóstico, testes rápidos, coleta de material biológico)
- e disponibilidade de medicamentos (desabastecimento frequente/ dificuldades de aquisição)
- A disponibilidade e suficiência de testes rápidos, medicamentos essenciais e coleta de material biológico nas UBS minimizam barreiras de acesso e aumentam a resolutividade em contextos de grande dispersão e vulnerabilidade social.



Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede para municípios rurais remoto

- A concretização destas ações requer estratégias locais, regionais, estaduais e federais.
- Ainda que o protagonismo da execução da política de APS seja municipal é imprescindível o envolvimento e a interação entre os três níveis de governo
- Diversos são os determinantes que incidem na capacidade de provisão da APS em MRR: a geografia, as distâncias, os tempos de deslocamento, a situação socioeconômica, o cenário político, a estrutura do sistema de saúde regional e estadual, as capacidades técnicas locais, atitudes e valores prevaletentes.
- Para colocar em prática uma proposta de desenvolvimento da APS acessível, contínua e produtora de um cuidado integral integrada na rede SUS, é preciso, portanto, considerar decisões e diretrizes produzidas em diversos espaços de intervenção – das políticas, de organização e operação, dos processos de trabalho – nas três esferas governamentais.



Por um modelo integral comunitário de organização da APS integrada na rede SUS para municípios rurais remoto

O reconhecimento das características socioambientais com suas importantes barreiras geográficas não pode ser justificativa para a não garantia de acesso

Este conhecimento das especificidades e barreiras de acesso nessas regiões é requisito para orientar o planejamento de ações e formulação de políticas específicas para superá-las e garantir condições de uma vida digna com serviços públicos adequados a diferentes contextos

