

# **Síntese dos resultados sobre a organização e oferta de serviços de APS em MRR**

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

**Ligia Giovanella**  
**CEE Fiocruz**



# Organização da APS em MRR

**APS está presente, é a principal fonte de cuidado** nos MRR estudados. Porém, com **inadequações e incompletude** da ESF nas áreas mais distantes, isoladas e desconcentradas.

Coberturas ESF é alta, mas com áreas do interior descobertas

ESF principal modelo de organização na APS, com **UBS concentradas** na sede municipal.

**Deslocamentos da população do interior em busca de atenção à saúde** e outras necessidades.

**Desafios:** Alto custo de manutenção da UBS e dificuldades para fixação dos profissionais de saúde, especialmente os médicos. Intermitência do cuidado ofertado.

**Múltiplos arranjos** para favorecer e garantir acesso no interior, nem sempre com garantia do cuidado continuado.



# Organização da APS em MRR: Experiência dos cidadãos usuários da APS

- **Barreiras sobrepostas** interferiam na busca por cuidados em saúde: características geográficas, organizacionais, financeiras.
- Diferencial importante no acesso entre moradores da sede e interiores
- baixa disponibilidade de transporte coletivo - **alto custo com deslocamento** para chegar nos serviços APS
- Longas distâncias percorridas e custos do deslocamento: **busca esporádica**, deslocamento concentrado para acessar diversos serviços (*by-pass / outshopping* - Sanders et al., 2015; Whitehead et al., 2019)
- UBS era o **serviço de procura regular**, mas com **descontinuidade assistencial**: vacância de médicos; falhas no agendamento, insuficiência de recursos diagnósticos e medicamentos e dificuldades no acesso à AE.
- Usuários experimentavam uma série de dificuldades, com consequências para a efetivação do acesso à saúde, contínuo e integral: **desassistência, descontinuidade, postergação...**



# Organização da APS em MRR

- **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
- **Sede dos municípios:** pelo menos uma UBS, um centro de saúde/unidade mista/pequeno hospital 24h para atendimentos de urgência;
- **comunidades rurais do interior com aglomerado** em torno de pequeno comércio, igreja, escola - UBS ou posto de saúde na comunidade, nem sempre com ESF completa; atendendo diversas comunidades - ACS
- **Comunidades isoladas remotas dispersas:** pontos de apoio utilizados para atendimento de equipes itinerantes - ACS
- Estratégias locais para atendimento nas UBS dos interiores: **sobreaviso** para atendimentos de urgência e ações **itinerantes**; ambas com limitações



# Organização da APS em MRR

- **Tipos e organização de serviços de primeiro contato (sede e interiores)**
- **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).



# Organização da APS em MRR – Serviços itinerantes

- 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.
- 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, encontram dificuldades para garantir 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



# Organização da APS em MRR – serviços itinerantes: uma alternativa?

- **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.
- **Serviços itinerantes abrangentes, regulares e contínuos** diferenciados por características socioambientais e populacionais com equipes ESF e ACS em número apropriado

# Organização da APS em MRR - Territorialização

## Territorialização e adscrição populacional que considere fluxos

- **Distribuição diferenciada das UBS no território – sede e zona rural**
- Dificuldades para territorialização – territorialização incipiente e adscrição nem sempre estabelecida – territorialização na sede e pouco estabelecida nos interiores
- Formas de territorialização adotadas nos MRR buscam corresponder aos modos de concentração da população em localidades do interior e à dispersão de famílias em territórios isolados.
- Essas características geram uma distribuição das UBS para o interior diferenciada, que nem sempre permite abarcar todo o território
- 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



# Organização da APS em MRR - Territorialização

## **Territorialização e adscrição populacional que considere fluxos**

- 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.
- **O transporte para deslocamentos dos profissionais é essencial.**
- Especificamente para os ACS que atuam no interior, como observado em algumas localidades (uso de moto ou pequena embarcação com combustível) é indispensável para o acompanhamento domiciliar.
- **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**



## Organização da APS em MRR

- **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 e qualificação dos atuais estabelecimentos identificados nas sedes: 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, 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**



# Organização das práticas e do processo de trabalho das equipes

- **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 de médicos, enfermeiros, técnicos e ACS (procedimentos, enfermidades específicas, métodos diagnósticos e terapêuticos disponíveis)
- **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



# Organização das práticas e do processo de trabalho das equipes

## Oferta ampliada das ações coletivas da ESF

- Escopo ampliado em ações coletivas: diagnóstico territorial, trabalho em grupos, 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

## Escopo ampliado de práticas individuais e coletivas

- 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 SUS para municípios rurais remoto



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

- Modalidades das equipes de APS com especificidades
- 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 e interculturalidade**
- **Participação social e intersetorialidade**
- **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)



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

- 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 prevalecentes.
- 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.
- Ainda que o protagonismo da execução da política de APS seja municipal, a concretização destas ações requer estratégias locais, regionais, estaduais e federais.
- é imprescindível o envolvimento e a interação entre os três níveis de governo





# Por um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede para municípios rurais remotos

- **POLÍTICA NACIONAL DE FINANCIAMENTO DIFERENCIADO ADEQUADO ÀS ESPECIFICIDADES SOCIOESPACIAIS dos MRR**

Requer:

- A revogação do Previne com o retorno da prioridade para a ESF e as equipes multiprofissionais – em curso
- Novos recursos para a APS
- Enfrentamento do subfinanciamento crônico do SUS – meta: investimentos públicos em saúde de 6% PIB
- retirada do SUS do teto de gastos do novo arcabouço fiscal
- Manutenção da vinculação de orçamento para saúde e educação na Constituição Federal

**Momento delicado de Reconstrução e União** frente a um congresso conservador não republicano

Fortalecer a participação social – processos das conferências e Brasil participativo PPA até julho

<https://brasilparticipativo.presidencia.gov.br/processes/programas/f/1/proposals/10>



**APS EM MRR**  
Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos no Brasil

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

O reconhecimento das características socioambientais com suas importante 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 a formulação de políticas específicas para superá-las e garantir condições de uma vida digna com serviços públicos adequados a diferentes contextos



# Referências

- Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. *Caderno de Saúde Pública*, 35(12): 1-4, 2019.
- Garnelo L et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *International Journal for Equity in Health*, v. 19, n. 54, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x>.
- Lima JG, Giovanella L, Bousquat A, Fausto M, Medina MG. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trab educ saúde [Internet]*. 2022;20:e00616190.
- Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract* 2003; 20(4):457-63.
- Wakerman J, Humphreys JS. Sustainable primary health care services in rural and remote areas: innovation and evidence. *Australian Journal of Rural Health*, Armidale, v. 19, n. 3, p. 118-124, 2011. DOI: 10.1111/j.1440-1584.2010.01180.x
- Wakerman J et al. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. *BMC Health Services Research*, London, v. 8, p. 276, 2008. DOI: 10.1186/1472-6963-8-276
- Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2021;37(7):e00310520. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>
- Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, Cabral LMS, Seidl H. A sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Cien Saude Colet* 2022; 27(4): 1605-1618.
- Sanders SR, Erickson LD, Call VR, McKnight ML, Hedges DW. Rural health care bypass behavior: how community and spatial characteristics affect primary health care selection. *J Rural Health* 2015; 31(2):146-156.
- Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(8): e00247820
- Whitehead J, Pearson AL, Lawrenson R, Atatoa-Carr P. Spatial equity and realised access to healthcare – a geospatial analysis of general practitioner enrolments in Waikato, New Zealand. *Rural Remote Health* 2019; 19: 5349

