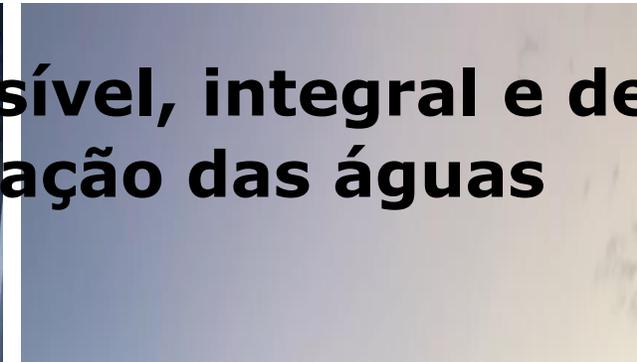
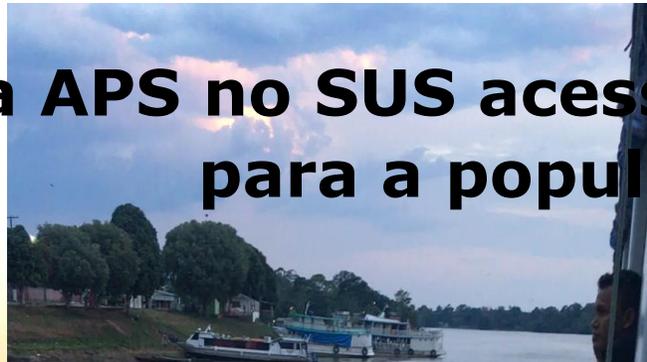
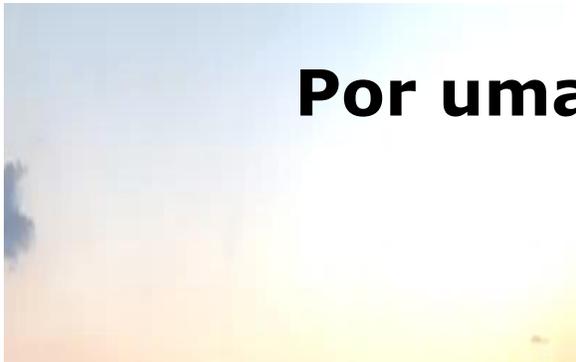


Por uma APS no SUS acessível, integral e de qualidade para a população das águas

MODELOS ORGANIZACIONAIS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS EM TERRITÓRIOS RURAIS REMOTOS NO BRASIL



EQUIPE DE PESQUISA

Coordenação Geral

Márcia CR Fausto – Ensp/Fiocruz

Ligia Giovanella – CEE e Ensp/Fiocruz

Pesquisadores

Adriano Maia dos Santos – UFBA

Aline Gonçalves Pereira – ENSP

Amandia Braga Lima Sousa – Fiocruz Amazonas

Ângela de Oliveira Carneiro – UNIVASF

Aylene Bousquat – FSP/USP

Cassiano Mendes Franco – UFRJ

Cleide Lavieri Martins – FSP/USP

Cristiano Gonçalves Morais – UFOPA

Helena Maria Seidl Fonseca – ENSP/Fiocruz

Juliana Gagno Lima – UFOPA

Lucas Manoel da Silva Cabral – ENSP & UERJ

Maria Helena Magalhães de Mendonça – ENSP/Fiocruz

Maria Jacirema Ferreira Gonçalves – UFAM

Patty Fidelis de Almeida – ISC/UFF

OBJETIVO GERAL



Desenvolver modelos de organização da APS para populações do campo, floresta e águas que contemplem as especificidades dos territórios rurais e remotos brasileiros, a partir da análise e disseminação das informações e resultados da pesquisa

“Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos no Brasil”.



Por uma APS acessível, integral e de qualidade para a população das águas

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

com base em uma concepção ampliada de saúde e de atuação nos territórios com ativa participação social que contribua para a garantia do direito à saúde e garantia do acesso aos serviços de saúde de acordo às necessidades individuais e coletivas



Por uma Atenção Primária à Saúde no SUS integral, resolutiva, territorial, comunitária, integrada à rede SUS



- Nós da Rede de Pesquisa em APS da Abrasco defendemos:
- **Retomada da prioridade real da ESF como modelo de Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária, integrada na rede regionalizada do SUS**
- **Universalização da cobertura da Estratégia Saúde da Família** com garantia do pleno acesso da população às ações individuais e coletivas, na rede integral regionalizada do SUS.
- Com o **fortalecimento da orientação comunitária de base territorial da ESF** e do
- **Cuidado individual oportuno de qualidade com coordenação e integração à rede integral regional do SUS – APS na rede e território**

Buscar este balanço sempre difícil na APS/ESF: garantia do cuidado individual e do cuidado coletivo da abordagem de vigilância em saúde na APS

ebook: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e-book.pdf>

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 (UBS fluviais, eSF ribeirinhas)
- 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 para saúde rural
- Educação permanente para profissionais e gestores (rotineira, atribuição estadual e federal)



APS em MRR

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

Cobertura potencial da ESF em geral é alta, mas com áreas do interior descobertas e vazios assistenciais

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: importantes barreiras de acesso (geográficas, financeiras, organizacionais); alto custo de manutenção das UBS e dificuldades para fixação dos profissionais de saúde, especialmente os médicos (PMM). Intermitência do cuidado ofertado. Enormes dificuldades para acesso à atenção especializada

observamos múltiplos arranjos para favorecer o acesso nos interiores, com dificuldades para garantia do cuidado continuado – recomendações a partir destas experiências



Organização da APS em MRR

Tipos e organização de serviços de primeiro contato (sede e interiores) observados

- UBS na sede e adaptação das UBS /PS no 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, ao mesmo tempo experiências que podem inspirar novos modelos



Organização da APS em MRR

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 e visitas rotineiras regulares desta eSF
- UBS do interior em vilarejos maiores 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 – membro da eSF)
- 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, todavia, em geral, sem regularidade da oferta de ações e insuficiente 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) são inovações importantes de serviços de características de itinerância, ainda encontram dificuldades para garantir atendimento com periodicidade regular e necessitam de maior apoio.



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** com equipes ESF e ACS em número apropriado – somente para territórios cujas características socioambientais e populacionais impossibilitam a oferta de cuidado cotidiano

Territorialização e adscrição populacional que considere fluxos

- 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



Territorialização (2)

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.
- Apoio e/ou disponibilidade de **transporte para deslocamentos dos profissionais** é essencial (para levar às UBS, para VD no território)
- Indispensável para o acompanhamento domiciliar, especificamente para os ACS que atuam no interior, como observado em algumas localidades: apoio p uso de moto ou pequena embarcação com combustível



Territorialização (3)

- **Planejamento local com participação social** para distribuição das equipes e UBS nos territórios e definição de fluxos e adscrição da população;
- **Diagnóstico territorial comunitário** com periodicidade anual com identificação de necessidades dos territórios e iniciativas para apoio de outros setores
- **Número de famílias sob responsabilidade de cada equipe e ACS ajustado à dispersão populacional e necessidades de saúde**
- **Demarcação de território com adscrição bem estabelecida, no entanto adaptada aos fluxos dos usuários no território**



Serviços na sede municipal

- **Na sede, mesmo nos municípios muito pequenos, 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, vias de acesso e oferta de serviços de saúde na região.
- É imprescindível buscar uma nova conformação e qualificação dos atuais estabelecimentos de pronto atendimento 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.
- Ao mesmo tempo, 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 adequados à dispersão populacional

Organização das práticas e do processo de trabalho das equipes

- **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 – novos modelos assistenciais em resposta às enfermidades crônicas, não somente para fazer 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 do usuário a UBS para ações preventivas, de acompanhamento de grupos de risco e para a 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 a qualidade da assistência.
- Exige condições de trabalho e de infraestruturas das UBS adequadas, 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) – compras unificadas na região, no estado – apoio estadual imprescindível
- 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.
- Políticas federais específicas – infraestrutura diferenciada

APS integrada na rede SUS: relação da APS com a atenção especializada

APS INTEGRADA NA REDE SUS

Policlínicas Regionais de Saúde – oferta pelo estado ou consórcios públicos (SMS e SES)

Oferta periódica de atenção especializada para MRR na região de saúde

Telessaúde: teleassistência, telediagnóstico, segunda opinião formativa e formação de profissionais

Espaços regulares de diálogo entre profissionais da atenção especializada e APS para construção de protocolos, fluxos, discussão de casos (no mínimo duas vezes ao ano)

Regulação assistencial regionalizada

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



Cuidado individual oportuno resolutivo de qualidade com coordenação e integração à rede integral



- **APS na rede: Fortalecer a integração da ESF com os serviços de referência especializados - organização das redes de cuidado em saúde do SUS** para evitar a fragmentação e garantir a completude do cuidado,
- com funções de coordenação bem atribuídas e diferenciadas conforme necessidade.
- Fortalecer **regulação assistencial** que evite que usuários realizem percursos circulares não resolutivos, enfrentando barreiras burocráticas que ocasionam perda de oportunidade e agravamento de suas condições de saúde.
- Apostar na oferta pública regional – **Ampliar a provisão pública de serviços de saúde na rede SUS, superando a dependência do setor privado, em equipamentos diagnósticos, exames especializados, e rede hospitalar, de forma a garantir continuidade do cuidado integral na rede.** (laboratórios e serviços diagnósticos estaduais regionais, policlínicas de especialidade públicas regionais)
- **A redução de filas inicia com a melhora da resolutividade da APS**

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 **superar os retrocessos**:

- A revogação do Previne com o retorno da prioridade para a ESF e as equipes multiprofissionais – eMulti, retomada da saúde bucal- **em curso**
- Adoção de valores de cofinanciamento para as eqSF que induzam os municípios a adotarem o modelo ESF, em detrimento das EAPs
- Ampliação do Provimento PMM
- Novos recursos para a APS – PEC da transição / aumentar a coparticipação da esfera federal no financiamento da AB e do SUS
- Enfrentamento do subfinanciamento crônico do SUS – meta: investimentos públicos em saúde de 6% PIB
- Desafios do novo arcabouço fiscal e defesa da manutenção da vinculação de orçamento para saúde e educação na Constituição Federal

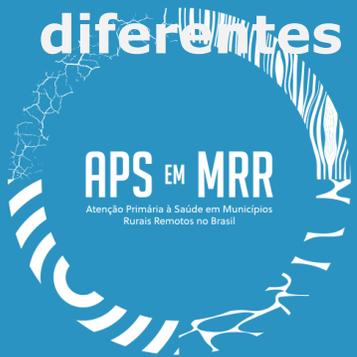
Momento delicado de Reconstrução e União frente a um congresso conservador não republicano



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 de nosso imenso Brasil



Referências

Fausto MCR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A, Giovanella L. (org) **Atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 393 p.

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.

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>

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>.

Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. *Caderno de Saúde Pública*, 35(12): 1-4, 2019.

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.

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

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.

Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract* 2003; 20(4):457-63.

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

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

Whitehead J, Pearson AL, Lawrenson R, Atatoa-Carr P. Spatial equity and realized access to healthcare – a geospatial analysis of general practitioner enrolments in Waikato, New Zealand. *Rural Remote Health* 2019; 19: 5349

