

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS NO BRASIL: distintos territórios e múltiplos desafios

Márcia Fausto (FIOCRUZ)

Ligia Giovanella (FIOCRUZ)

Patty Fidelis de Almeida (UFF)



Brasília, 2024



# OBJETIVOS DA PESQUISA



## Contexto rural remoto

aspectos econômicos, demográficos e sociais; inserção nas regiões de saúde

## Serviços de APS

modos de organização, práticas e processo de trabalho das EqSF, interface AE

**Analisar as especificidades da organização e do acesso aos serviços de APS no SUS em MRR brasileiros**

## Gestão da APS

estratégias para responder às necessidades em saúde

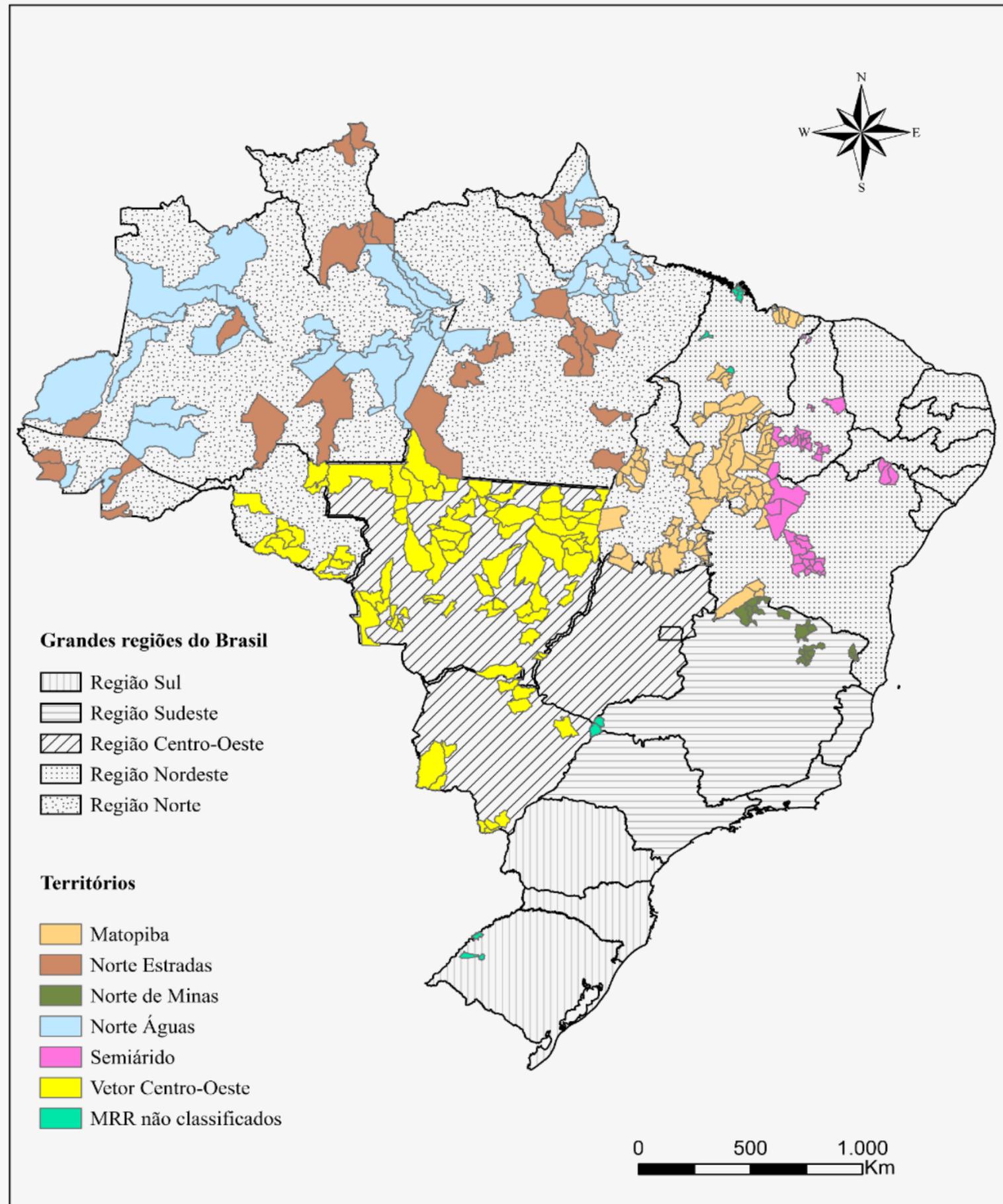
## Usuários

trajetória assistencial para cuidado integral à saúde (PPP, CCU, HAS)

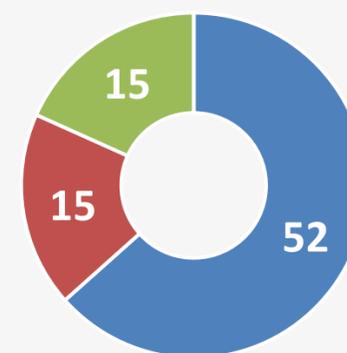
# MÉTODO: estudo de casos múltiplos

27 municípios rurais remotos (IBGE, 2017)

Período: maio a novembro de 2019

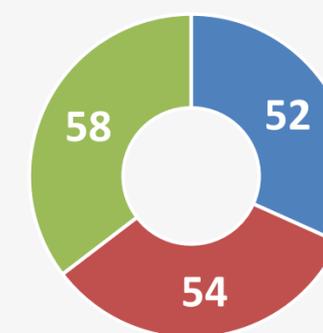


**Gestores**  
N=78



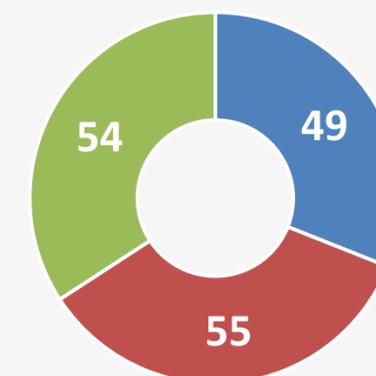
■ Municipais ■ Regionais ■ Estaduais

**Profissionais da EqSF**  
N=164



■ Médicos ■ Enfermeiros ■ ACS

**Usuários por linha de cuidado**  
N=158



■ CCU ■ PPP ■ HAS

# Municípios Rurais Remotos: tipologia e contexto

*Particularidades, similitudes, sede/interior, áreas rarefeitas*



**Tabela 1.** Características socioeconômicas dos municípios rurais remotos por *clusters*.

<i>Clusters</i>	n	Habitantes <sup>a</sup>		Área (km <sup>2</sup> ) <sup>b</sup>		Densidade (hab/km <sup>2</sup> ) <sup>c</sup>		PIB <i>per capita</i> (R\$) <sup>d,e</sup>		População com Bolsa Família (%) <sup>f</sup>	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
1. Vetor Centro-Oeste	84	9.151,4	6.730,1	5.885,8	5.120,3	2,3	2,1	34.084,5	31.374,7	21,4	9,10
2. Norte Minas Gerais	22	9.271,7	5.820,7	1.059,3	897,8	11,26	5,6	7.475,3	816,4	45,6	9,07
3. Matopiba	92	8.321,3	7.806,0	2.652,0	2.399,1	4,47	4,0	11.860,8	7.394,9	50,3	15,0
4. Norte Estrada	28	20.703,6	13.465,2	13.284,8	12.776,6	2,80	3,9	12.791,0	4.998,7	48,3	16,3
5. Norte Água	45	21.002,1	4.532,0	14.997,1	17.155,2	3,32	3,3	8.539,1	3.158,0	54,9	11,8
6. Semiárido	42	11.706,6	11.420,5	1.847,0	2.411,0	10,06	8,7	6.626,8	870,2	64,0	8,95

PIB: Produto Interno Bruto; DP: desvio padrão.

<sup>a</sup> Kruskal-Wallis  $p < 0,01$ . Pós-hoc comparações múltiplas 1  $\neq$  4,5; 2  $\neq$  4,5; 3  $\neq$  4,5; 4  $\neq$  6; 5  $\neq$  6.

<sup>b</sup> Kruskal-Wallis  $p < 0,01$ . Pós-hoc comparações múltiplas 1  $\neq$  2,3,5,6; 2  $\neq$  3,4,5; 3  $\neq$  4,5; 4  $\neq$  6; 5  $\neq$  6.

<sup>c</sup> Kruskal-Wallis  $p < 0,01$ . Pós-hoc comparações múltiplas 1  $\neq$  2,3,5,6; 2  $\neq$  3,4,5; 3  $\neq$  4,5; 4  $\neq$  6; 5  $\neq$  6.

<sup>d</sup> Kruskal-Wallis  $p < 0,01$ . Pós-hoc comparações múltiplas 1  $\neq$  2,3,4,5,6; 2  $\neq$  4; 3  $\neq$  5,6; 4  $\neq$  5,6.

<sup>e</sup> Cálculo a partir de dados do IBGE para o ano de 2018.

<sup>f</sup> Dados obtidos no site da Caixa Econômica Federal, considerando a média nacional de 3,4 pessoas por família.

# DISCUSSÃO, DISSEMINAÇÃO E VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS



**II Simpósio – APS em Municípios Rurais Remotos**  
29 a 31 de agosto de 2023



**Simpósio – APS em Municípios Rurais Remotos**  
02 e 03 junho de 2023



**Modelos Organizacionais para APS no SUS em TRR no Brasil**  
19 de abril de 2023



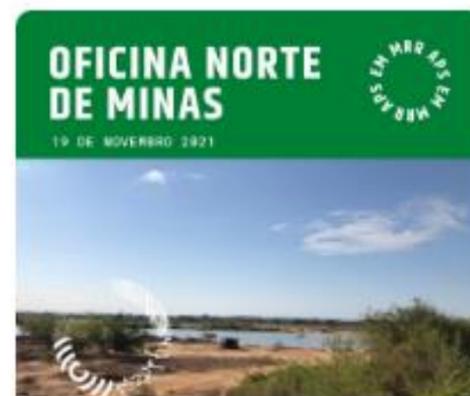
**Reunião de trabalho do Grupo APS em MRR**  
12 e 13 de julho de 2022



**Oficina Norte Estradas**  
29 de Outubro de 2021



**Oficina Semiárido**  
19 de Novembro de 2021



**Oficina Norte de Minas**  
19 de Novembro de 2021



**Oficina Vetor Centro-Oeste**  
18 de Novembro de 2021



**Oficina Matopiba**  
18 de Novembro de 2021



**Oficina Norte Águas**  
08 de Outubro de 2021

# RESULTADOS SELECIONADOS

- 01** Organização da oferta de serviços de APS
- 02** Provisão de Atenção Especializada
- 03** Transporte Sanitário
- 04** Força de Trabalho em Saúde
- 05** Educação permanente e formação
- 06** Experiência dos cidadãos usuários da APS



# ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APS



APS está presente, é a principal fonte de cuidado nos MRR estudados

Presença de EqSF, NASF, Academia da Saúde. Ações programáticas e campanhas

Territorialização – na sede; EqSF de referência na sede

Inadequações e incompletude da ESF nas áreas mais distantes, isoladas e desconcentradas.

Alto custo de manutenção da UBS e dos transportes

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

Melhores respostas: UBS Fluvial/EqSF ribeirinha, mas com adaptações

Pontos de apoio, profissional de sobreaviso 24h

Itinerância nas áreas mais rarefeitas e distantes da sede, sem garantia de continuidade assistencial

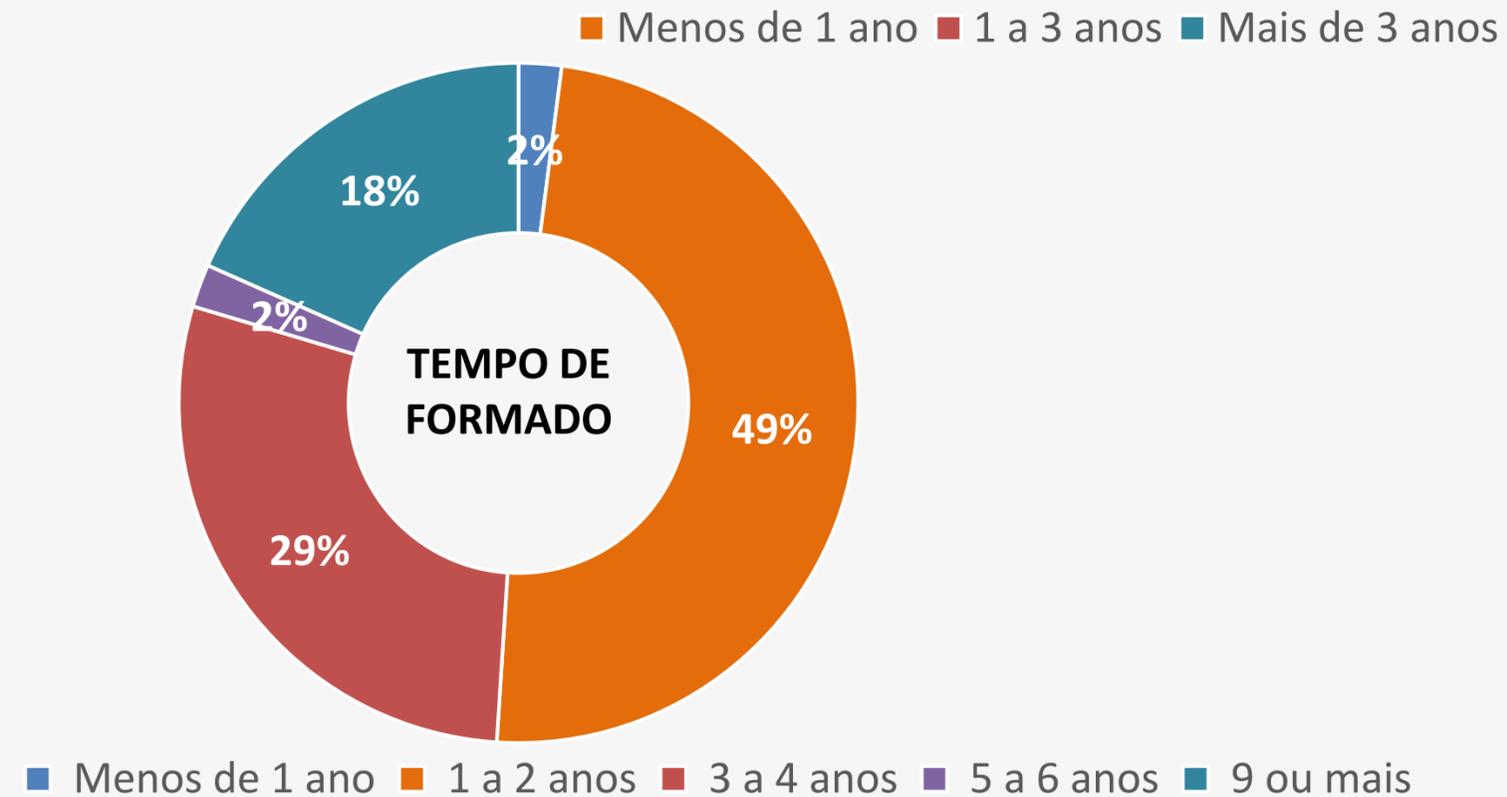
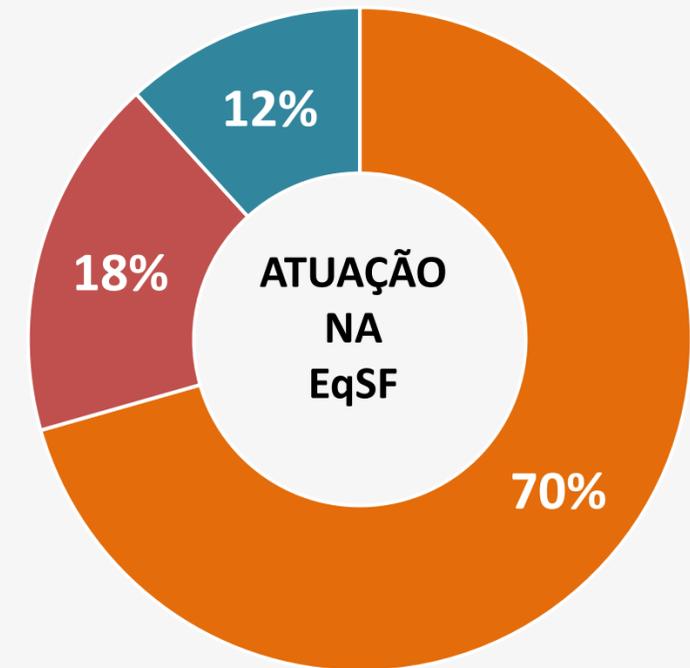
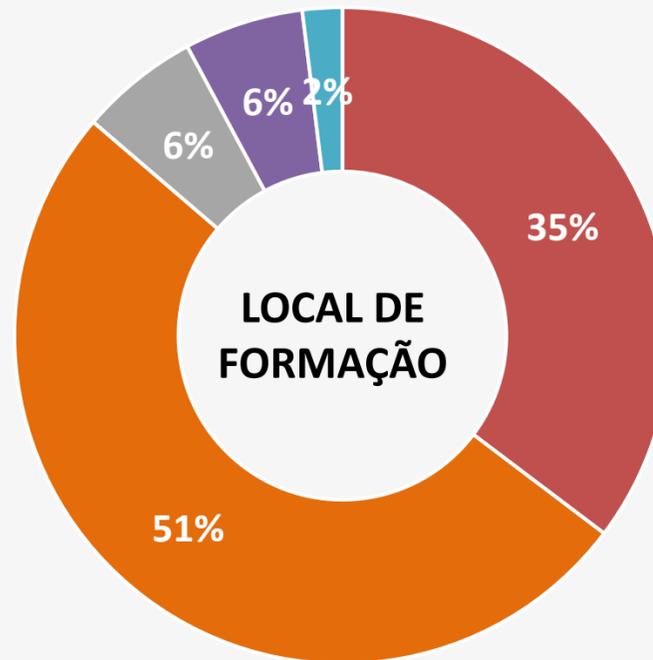


# Organização da oferta de serviços na APS - **Médicos**

- 01** Médicos do PMM/PMB
- 02** Rotatividade
- 03** Baixa relação com o território
- 04** Atuação na UBS
- 05** Arranjos de carga horária
- 06** Médicos contratados pela SMS, atuação HPP ou serviço urgência 24h.

Título do Gráfico

■ Brasil ■ Bolívia ■ Cuba ■ Paraguai ■ Peru

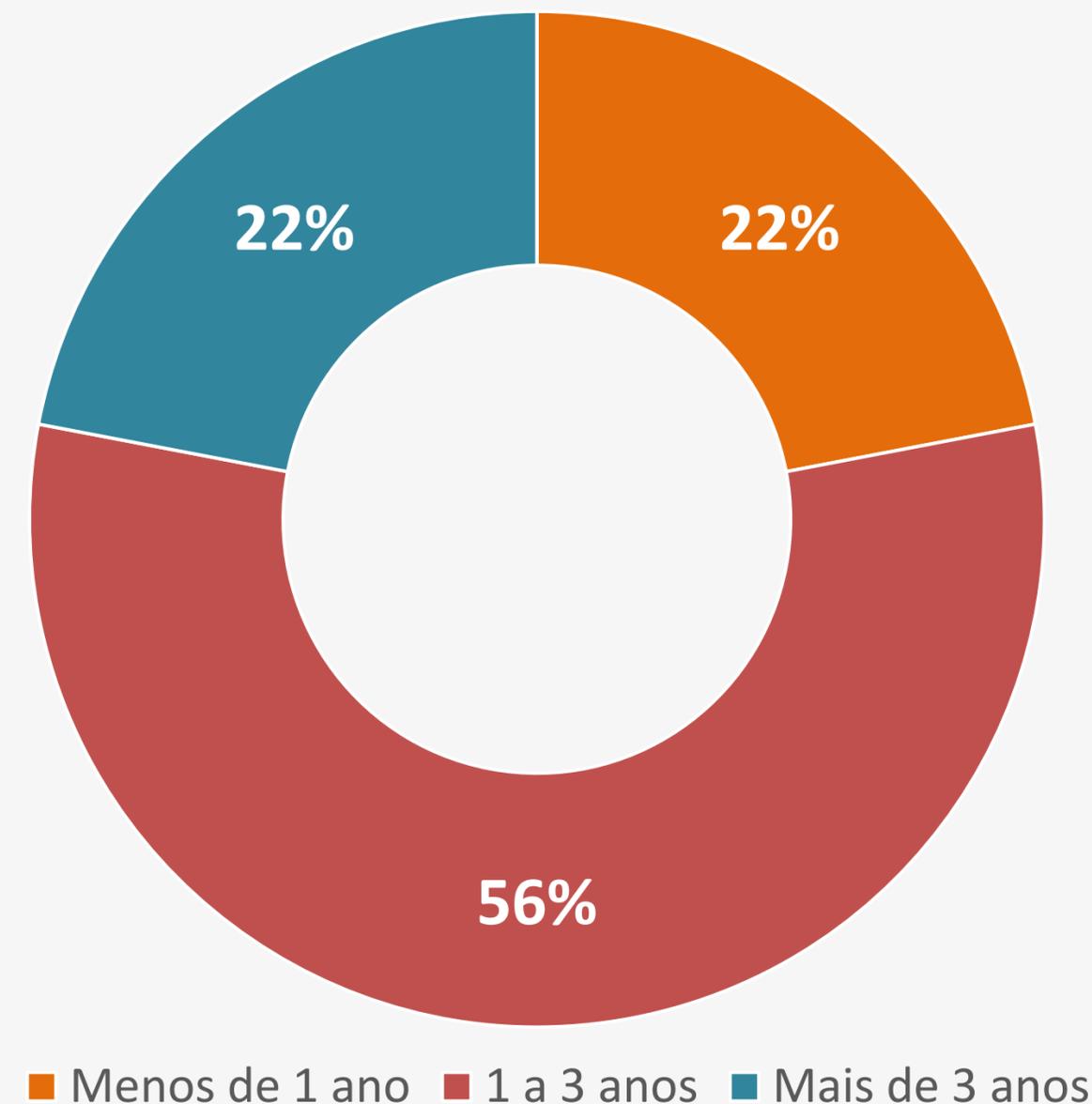


# Organização da oferta de serviços na APS - **Enfermeiros**



- 01** Maior inserção nas equipes e na gestão da APS
- 02** Apesar da rotatividade, há maior disponibilidade para contratação – baixos salários
- 03** Muitos são residentes da região
- 04** Consequência no cuidado – práticas ampliadas, maior vínculo, reconhecimento como profissional de referência, além dos ACS
- 05** não há médico assumem o cuidado, quando há o médico, há alternância no acompanhamento das consultas dos usuários

TEMPO DE ATUAÇÃO NA EQUIPE SF  
N=54

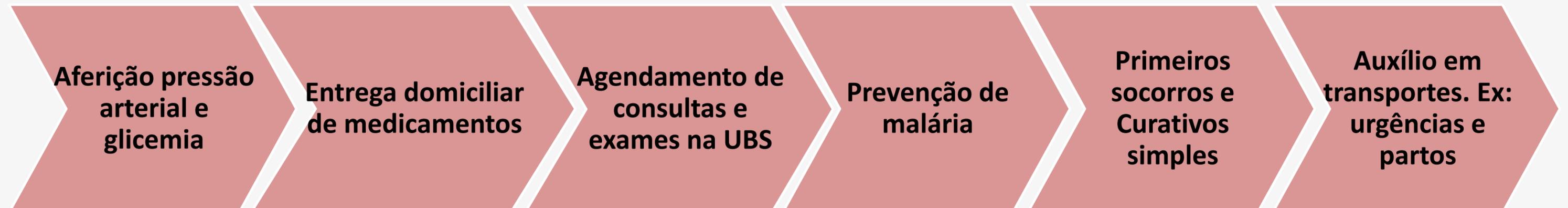
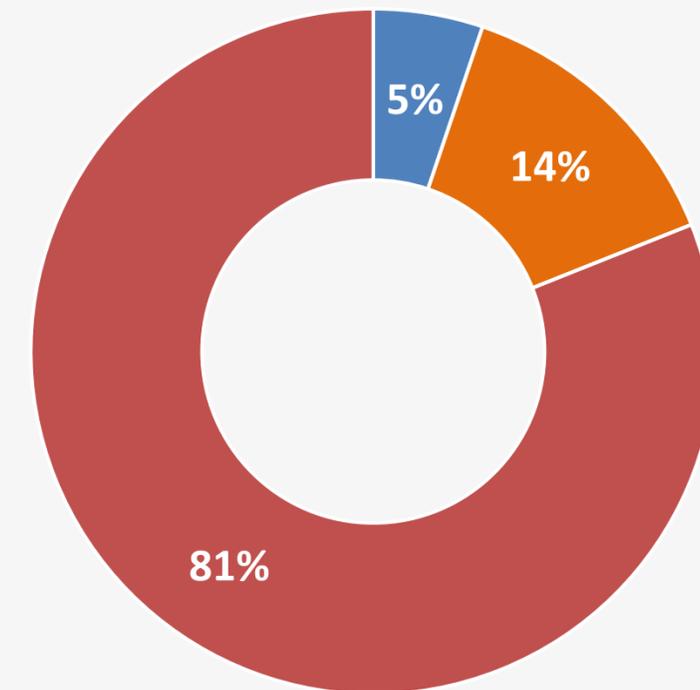


# Organização da oferta de serviços na APS - **Agente Comunitário de Saúde - ACS**

- 01** Os ACS com escopo de práticas mais abrangente, principalmente fora da sede, com inclusão de procedimentos individuais;
- 02** Insuficiente supervisão/autonomia forçada
- 03** Necessidade de um maior apoio da gestão municipal para desenvolvimento do seu trabalho
- 04** Necessidade de integração real ACS/equipe

Tempo de atuação do ACS na EqSF  
N=58

■ Menos de 1 ano ■ 1 a 3 anos ■ Mais de 3 anos



# Barreiras organizacionais para acesso nos serviços de APS

- Número limitado de fichas para atendimento médico e de enfermagem
- Ações itinerantes sem periodicidade
- agenda semanal por programas
- Cumprimento de horário de trabalho por profissionais

- Alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros;
- Insuficiência de ACS e técnicos de enfermagem
- Vacância de médicos após saída dos médicos cubanos PMM
- Divisão de carga horária do médico entre diferentes equipes ou diferentes municípios

- Ausência de coleta de exames nas UBS
- Insuficiência constante de medicamentos
- Demora dos resultados de exames preventivos
- Compra direta de medicamentos e serviços por ausência ou insuficiência de vagas



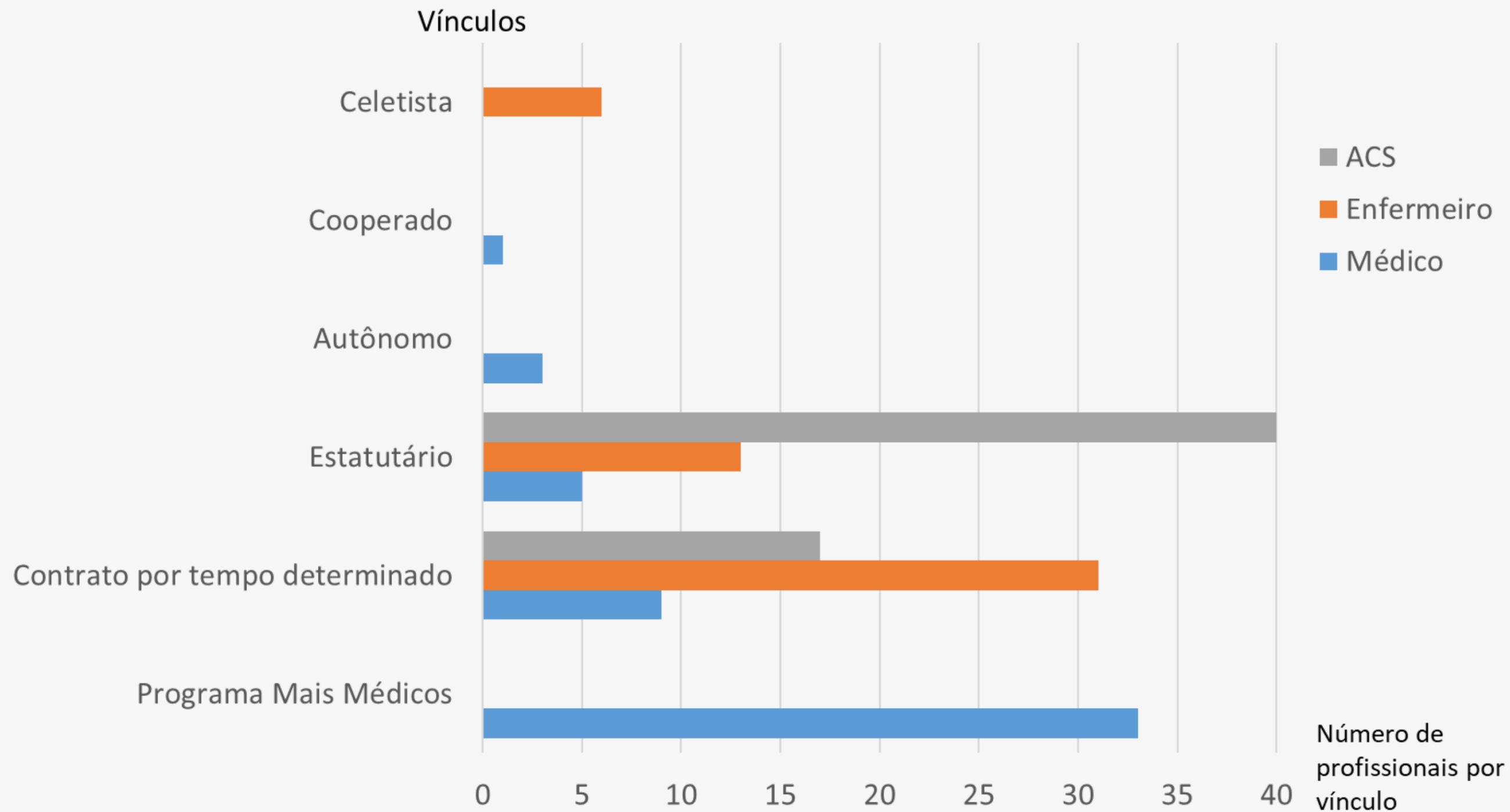
# Organização da oferta de serviços na APS: Experiência dos cidadãos usuários



- 01** Barreiras sobrepostas (geográficas, organizacionais, financeiras), com maiores desvantagens para populações do interior.
- 02** Longas distâncias percorridas e alto custo com deslocamento para chegar nos serviços APS: busca esporádica e deslocamento concentrado (*outshopping*)
- 03** APS como serviço de procura regular, mas com descontinuidade assistencial - vacância de médicos, falhas no agendamento, recursos diagnósticos e medicamentos, acesso na AE.
- 04** Usuários experimentavam uma série de dificuldades, com consequências para a efetivação do acesso à saúde, contínuo e integral: desassistência, descontinuidade, postergação
- 05** Para melhorar acesso aos SS: necessário superar círculo vicioso das desigualdades sociais / determinantes sociais da saúde

# Força de Trabalho em Saúde na APS

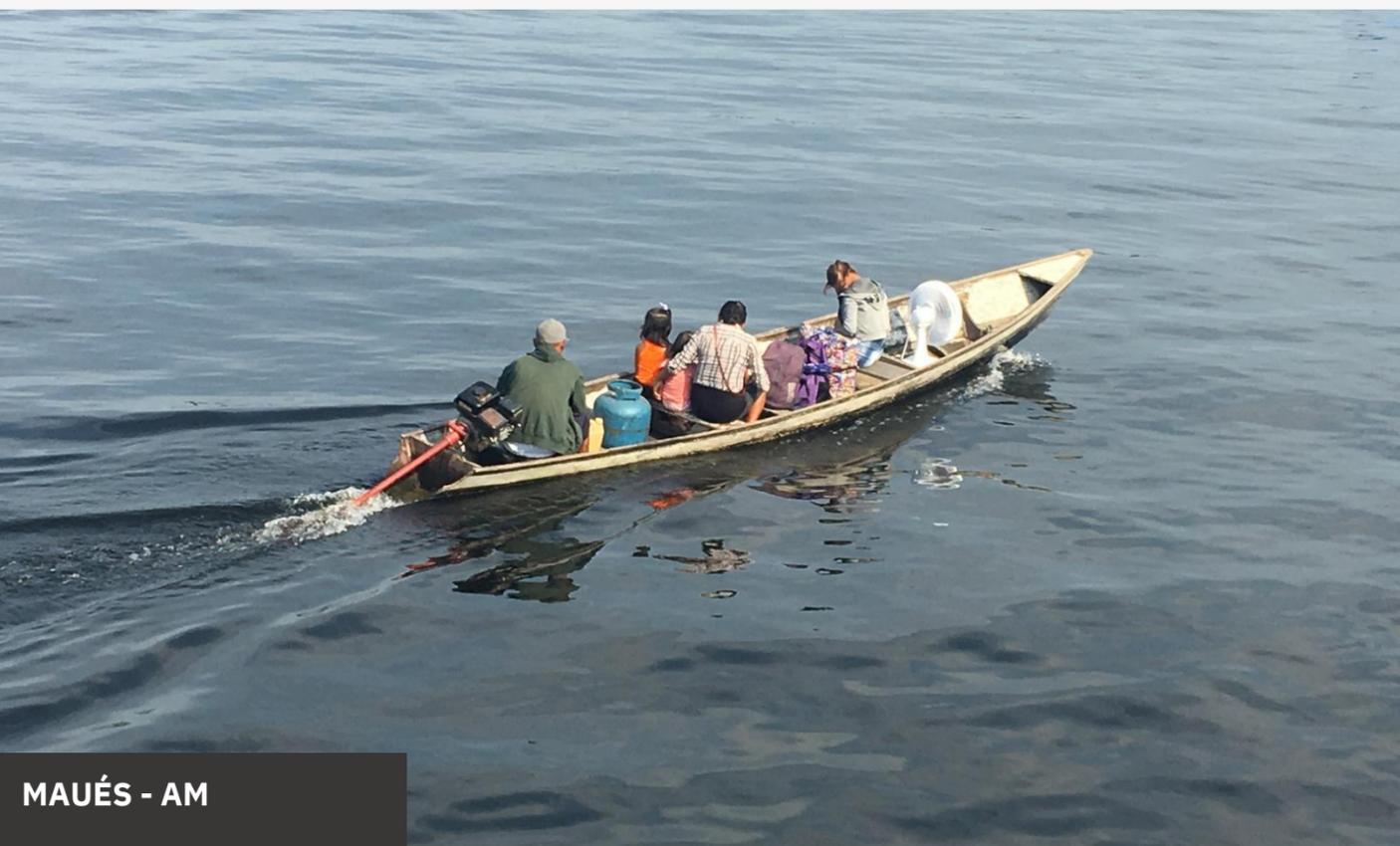
Vínculos laborais dos entrevistados médicos, enfermeiros e ACS– MRR 2019



# Força de Trabalho em Saúde na APS



BOA VISTA DO RAMOS - AM



MAUÉS - AM

- 01** Processos formativos pontuais
- 02** Quando ofertados pela SES, participação dos coordenadores AB
- 03** Baixa integração Ensino-Serviço/interiorização
- 04** Enfermeiros mais envolvidos
- 05** Médicos do PMM – supervisão garantia EPS, presencial e a distância
- 06** Baixa experiência com TeleSaúde para EP

# PROVISÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

## *Oferta com recursos públicos via PPI:*

- Principal prestador fora da sede da região de saúde;
- Valores dos exames e consultas especializadas - defasados em relação ao mercado médico – escassez e a pouca diversidade de prestadores nas regiões;

## *Consórcios de saúde:*

- Consórcios Intermunicipais de Saúde – recursos públicos municipais – “cardápio” de serviços licitados em prestadores privados – reservada para situações de urgência e maior dificuldade de acesso;
- Consórcios Interfederativos de Saúde – serviços próprios – Policlínicas de AE e micro ônibus – gestão e financiamento de custeio compartilhados entre municípios (60%) e estado (40%)



# PROVISÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

*Oferta com recursos públicos municipais no próprio município ou em municípios vizinhos:*

- Pontual e descontinuada, a depender da disponibilidade de recursos municipais – nas sedes das regiões de saúde - municípios vizinhos – compra direta de serviços privados (clínicas ou profissionais);
- Vinda de médicos contratados ao município para prestação de AE;
- Grande apelo popular e político para provisão de AE no próprio território, principalmente pela dificuldade de deslocamento para outros municípios;



# PROVISÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

*Atendimento em serviços privados de saúde por meio do pagamento direto pelo usuário:*

- Recomendação dos profissionais da APS – para abreviar os tempos de espera;
- Comunidade e profissionais de saúde se mobilizavam para conseguir recursos para custeio dos procedimentos;
- A gestão municipal intermediava descontos, indicando profissionais conhecidos, arcando com o transporte ou algum outro subsídio em município próximo;
- Linhas de transporte que atendiam a busca por serviços de saúde nas cidades vizinhas;



# Exames especializados por principal local de realização, MMR, Semiárido, Brasil, out 2015-out 2020.



Procedimento	N exames		Principal local de realização	Distância (km <sup>2</sup> )	Região de saúde
	Aprovado	Apresentado			
<b>COLPOSCOPIA</b>					
Bonito de Minas (MG)	44	45	Januária	47,9	Januária
Indaiabira (MG)	38	38	Taiobeiras	90	Salinas/Taiobeiras
Rubelita (MG)	51	51	Taiobeiras	30	Salinas/Taiobeiras
Ipupiara (BA)	82	83	Salvador	619	Ibotirama
Morpará (BA)	513	513	Ibotirama	86	Ibotirama
Pilão Arcado (BA)	13	13	Salvador	788	Juazeiro
Rio Grande do Piauí (PI)	6	6	Teresina	380	Floriano
<b>ECOCARDIOGRAMA</b>					
Bonito de Minas (MG)	137	144	Montes Claros	217	Januária
Indaiabira (MG)	102	103	Montes Claros	304	Salinas/Taiobeiras
Rubelita (MG)	99	99	Belo Horizonte	626	Salinas/Taiobeiras
Ipupiara (BA)	91	92	Salvador	619	Ibotirama
Morpará (BA)	566	566	Barreiras	283	Ibotirama
Pilão Arcado (BA)	456	456	Salvador	788	Juazeiro
Rio Grande do Piauí (PI)	21	21	Teresina	380	Floriano
<b>ULTRASSOM OBSTÉTRICO</b>					
Bonito de Minas (MG)	969	1355	Bonito de Minas	0	Januária
Indaiabira (MG)	710	728	Taiobeiras	90	Salinas/Taiobeiras
Rubelita (MG)	1625	1625	Rubelita	0	Salinas/Taiobeiras
Ipupiara (BA)	854	946	Ibotirama	161	Ibotirama
Morpará (BA)	1315	1395	Ibotirama	86	Ibotirama
Pilão Arcado (BA)	1316	2207	Pilão Arcado	0	Juazeiro
Rio Grande do Piauí (PI)	125	125	Floriano	135	Floriano

# TRANSPORTE SANITÁRIO

- Provido pelas prefeituras: algum tipo de veículo (micro-ônibus, automóveis comuns, vans, caminhonetes, lanchas, “voadeiras”, “rabetas”, barcos) - vulnerabilidade socioeconômica - descontinuidades pelos limites orçamentários - interesses clientelistas;
- Ambulâncias municipais de menor complexidade – também atendiam ao deslocamento eletivo;
- Caronas em ônibus escolar – do interior para a sede MRR – fluxo nos serviços de saúde diminuía nas férias;
- Á pé, animal, carona com vizinhos e familiares, carregados em redes (deslocamentos de 2 dias);
- Transporte público financiado pelas prefeituras ou com recursos próprios dos usuários (ônibus municipais, escassos, horários incompatíveis com o agendamento das consultas/exames especializados);

# TRANSPORTE SANITÁRIO

- Fretamento de veículos com recursos próprios do usuário;
- Credenciamento de carros particulares de moradores das zonas rurais para transporte dos casos de urgência;
- SAMU e ambulanchas;
- Pequenos aviões - geralmente contratados de empresas privadas - estimativa custo médio de R\$15.000,00;
- Tratamento Fora do Domicílio - recursos insuficientes e complementados por recursos municipais – transporte, diárias, casas de apoio, acompanhantes;
- Incompletude da informatização da APS inviabiliza a regulação AE – mais um deslocamento;

# TRANSPORTE SANITÁRIO

- Desafio maior que a própria oferta de AE – diferenças mais desfavoráveis para a população do interior dos MRR - maiores distâncias, maiores gastos do próprio bolso, deslocamento à sede dia anterior para acessar AE;
- Nenhum dos MRR possuía um sistema estruturado para provimento contínuo e satisfatório de transporte sanitário – interrupção pela insuficiência dos recursos;
- Custeio de motoristas, reparos pelas más condições das estradas e combustível - responsabilidade municipal;
- As distâncias e periculosidade - quanto mais distante a oferta de AE, como nos casos de concentração nas capitais dos estados

# Tipos de transporte eletivo e de emergência, distância e tempo de deslocamento estimado, MRR, Brasil, 2019



Áreas da pesquisa	Tipo de Transporte Eletivo e Urgência <sup>1</sup>	UF	Municípios <sup>2-3</sup>	Distância/tempo estimados com deslocamento:		
				ZR-Sede MRR <sup>4,5</sup> (Km/h)	MRR-Sede RS <sup>6</sup> (Km/h)	MRR-Capital (Km/h)
Norte Minas		MG	Bonito de Minas	150 / 03h30	47,9 / 00h48	643 / 09h00
			Indaiabira	31,6 / 01h30	90 / 01h20	727 / 10h00
			Rubelita	38 / 01h00	30 / 00h30	626 / 08h40
Norte Águas		AM	Boa Vista do Ramos	65 / 12h00	102,9 / 03h00	467 / 18h00
			Maués	428 / 24h00	168,7 / 04h00	355 / 18h00
		AP	Vitória do Jari	82 / 06h00	57 / 01h10	324 / 11h10
		PA	Curuá	56,6 / 12h00	74,9 / 02h00	1.386 / 22h28
			Melgaço	137,6 / 16h00	30 / 01h10	214 / 18h00
			Aveiro	131 / 04h00	164,8 / 06h00	1.386 / 22h28
		Prainha	163 / 04h00	155,1 / 04h00	1.386 / 22h28	
Norte Estradas		PA	Rurópolis	183 / 03h45	220 / 03h15	1.607 / 26h00
			Jacareacanga	391,8 / 06h00	758 / 11h31	2.145 / 34h00
		AC	Assis Brasil	118,8 / 24h00	111 / 01h41	343 / 04h51

# PROPOSIÇÕES PARA UMA APS ABRANGENTE, TERRITORIALIZADA E INTEGRADA À REDE EM MUNICÍPIO RURAIS

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



INDAIABIRA - MG



RUBELITA - MG

- 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 intersectorialidade

# Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede SUS 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 e Financiamento Diferenciado Adequado às Especificidades Socioespaciais**
- **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





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

- **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 SUS 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.



# Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede SUS 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.

# Componentes de um modelo integral e comunitário de organização da APS integrada na rede SUS 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 SUS 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.





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



- 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
- 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.
- **Não se trata de alcançar economia de escala, mas sim de garantir acesso oportuno com equidade**
- **Territorialização e adscrição populacional que considere fluxos**
- **Demarcação de território com adscrição bem estabelecida, no entanto adaptada aos fluxos dos usuários no território**



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



- **Número de famílias sob responsabilidade de cada equipe e ACS ajustado à dispersão populacional e necessidades de saúde**
- 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 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.



MANAUS - AM



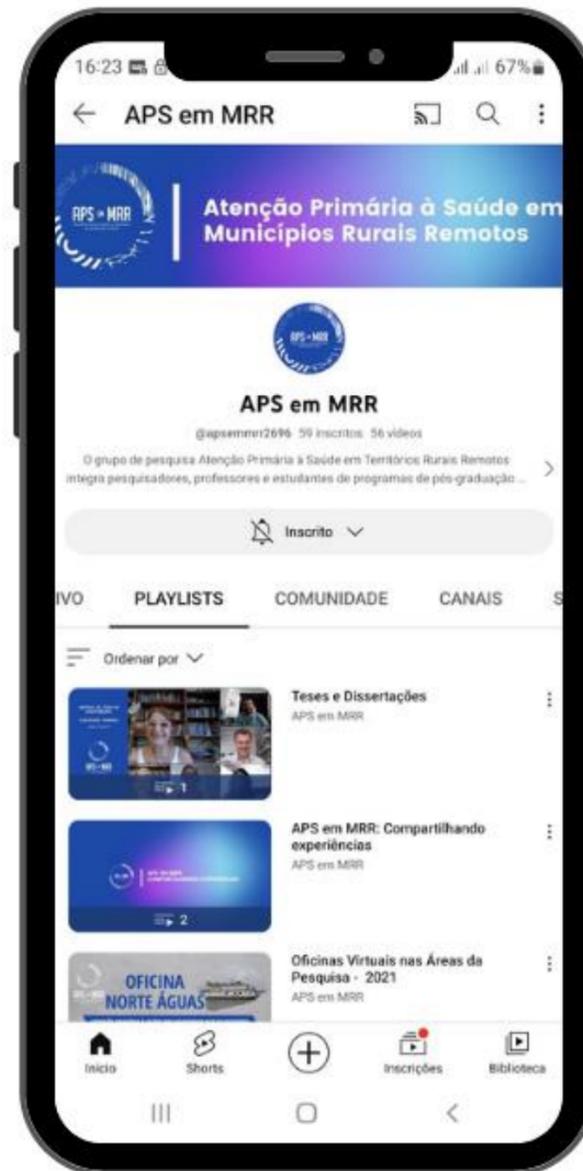
Siga nosso **Instagram** para saber por onde estamos.



Inscreva-se no **YouTube** e conheça um pouco mais sobre nós.



Nós criamos um Podcast, acesse agora, **clique aqui**



Redes sociais



# Obrigada!



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



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



Canal do YouTube: APS em MRR

