



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**DESAFIOS, ESTRATÉGIAS E DIFICULDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UBS
CAIÇARINHA EM CHORÓ(CE)**

THIAGO CARVALHO CUNHA

NATAL/RN
2021

DESAFIOS, ESTRATÉGIAS E DIFICULDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
EM ÁREAS REMOTAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UBS CAIÇARINHA EM
CHORÓ(CE)

THIAGO CARVALHO CUNHA

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: RICARDO HENRIQUE
VIEIRA DE MELO

NATAL/RN
2021

A conclusão de uma fase é sempre um motivo de alegria e gratidão. Ascender na profissão e na carreira requer esforço, bem como abdicação de vários momentos, por isso, seria injusto não homenagear a todos que entendem os desafios que esse serviço nos impõe.

Primeiramente, agradecer a Deus, que guia nossos passos e nos faz instrumentos de sua graça divina, que se revela, ainda mais cristalino, no brilho do olho de um paciente humilde que nos toca, nos rincões deste mundo.

Aos familiares, minha esposa, Luciana, que divide comigo, diariamente, as angustias e alegrias de nosso nobre ofício.

Aos meus pais, que me servem de exemplo diário de humildade e trato gentil com aqueles que mais precisam.

Aos meus irmãos, que são parceiros presentes nos passos mais difíceis na minha caminhada.

À minha avó, que, com sua ternura, faz todos os problemas parecerem pequenos e, em um plano espiritual além do nosso de hoje, a minha estrela, que guia meus passos e escolhas mais difíceis; até hoje vejo sua eterna obra de caridade guiando meu destino.

Aos pacientes, familiares e acompanhantes, que são o motivo de todo o esforço, que nos dão o ensinamento e ao mesmo tempo o propósito de viver.

Ao Programa Mais Médicos para o Brasil, que leva saúde de qualidade a milhões de brasileiros, nos rincões deste país e ao meu orientador, que avalia e orienta para o meu engrandecimento profissional.

A todos, minha sincera gratidão.

RESUMO

Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família organizado no formato de três relatos de experiência descritivos e reflexivos sobre as microintervenções realizadas no cenário de prática da Unidade Básica de Saúde na Unidade Básica de Saúde Caiçarina, em Choró, no Estado do Ceará, no Programa Mais Médicos para o Brasil. O objetivo das intervenções foi discorrer sobre os desafios, as estratégias e as dificuldades de efetivar o atendimento às áreas remotas de difícil acesso. Foi observado que essas comunidades apresentaram características peculiares, como a consanguinidade, levando tanto a uma fâcies típica quanto ao florescimento de diversas doenças genéticas, bem como hábitos arcaicos de tratamento de doenças, como a grande influência de fitoterápicos e de medicações sem comprovação científica e/ou proscritas. Conclui-se que a experiência, embora vivenciada no interior do Nordeste brasileiro, pode corresponder e remeter a outros cenários semelhantes, a exemplo da região amazônica, no extremo pantanal, e em áreas serranas de difícil acesso do sul e sudeste do país.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I	07
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II	10
4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO III	13
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
6. REFERÊNCIAS	17

1. INTRODUÇÃO

O município de Choró, cidade de pequena do sertão central Cearense, possui seis unidades básicas de saúde, sendo quatro na zona rural e duas na zona urbana, além de um hospital municipal, de pequeno porte. A comunidade de atuação se chama Caiçarinha, que fica localizada entre os municípios de Choró e Canindé. Essa localidade conquistou, somente há cinco anos, energia elétrica, através de postes transportados por helicóptero. Além disso, grande parte das casas não possui reservatório adequado para armazenamento de água, nem sistema de esgoto sanitário.

Diariamente ocorre um deslocamento de cerca de 25 km da sede, em uma estrada de condições regulares, até o ponto de atendimento, nas localidades de Cafundó e de Escondido. Para exemplificar a dificuldade de acesso, para chegar até a comunidade de Cafundó (CE), o acesso somente é possível após uma escalada ou por helicóptero.

A equipe de saúde é composta por Médico, Enfermeira, Dentista, Técnica em Saúde Bucal, Técnica em Enfermagem, oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pessoal de apoio para transporte, limpeza e zeladoria do local.

Atender nessas comunidades revela grandes dificuldades desde a partida, pois o acesso requer uma grande caminhada, com pontos de escalada, para atingir essa comunidade. Relata-se, portanto, algumas estratégias de intervenção em saúde coletiva, que foram realizadas nestas comunidades remotas, buscando mitigar os inevitáveis efeitos que as barreiras geográficas os impõem, além de respeitar e valorizar suas peculiaridades culturais e sociais, sempre em parceria com os demais órgãos gestores.

Diversos países criaram modelos de políticas institucionais para a vinculação de serviço médico para áreas de difícil acesso aos serviços de saúde, sejam elas em periferias ou zonas rurais distantes, muitos deles com serviços compulsórios, percebendo as dificuldades inerentes ao atendimento em tais comunidades, sobretudo, nas zonas rurais, distantes dos grandes centros, que impõem dificuldade de adaptação ao profissional que se dispõe a realizar esta assistência.

Portanto, os temas selecionados para intervenção foram: a caracterização do perfil de atendimento em áreas remotas; a atenção à saúde da criança; e o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Acredita-se que essas ações vêm transformando a realidade das comunidades e que, mesmo com todas as dificuldades, as intervenções apresentam resultados palpáveis, inclusive, em indicadores sociais e sanitários.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

CARACTERÍSTICAS DE UM TERRITÓRIO EM ÁREA REMOTA DE DIFÍCIL ACESSO, EM CHORÓ (CE): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Introdução

O nome do município de Choró vem do "Chorron", que em tupi guarani significa "murmurar" ou "pássaro que tem um canto que parece um murmúrio". A região das nascentes do Choró (antigo Boqueirão do Limão) está localizada entre as serras do Estêvão e de Quixeramobim. Sua origem vem da época da construção do Açude Choró-Limão, oficialmente chamado de Tomás Pompeu Sobrinho. O povoado cresceu a partir do acampamento e canteiro de obras em volta do açude e da capela de São Sebastião, transformando-se, posteriormente, em município. A base econômica da região é a agropecuária com o cultivo de algodão, caju, milho, feijão e a pecuária de bovinos, suínos, caprinos, avicultura, piscicultura e apicultura (PREFEITURA MUNICIPAL DE CHORÓ, 2021).

Conforme dito, a área é de difícil acesso, sendo que, para a realização do atendimento clínico, se faz necessário, além do grande percurso transcorrido, uma carga de esforço a mais, para carregar os insumos e equipamentos mínimos necessários ao atendimento. Destaca-se que necessitam de transporte elevado, pois algumas áreas são alagadas. Esses atendimentos são realizados na própria residência dos moradores, que gentilmente cedem seus cômodos, normalmente, a pequena sala serve de consultório e utiliza-se a cama do quarto como maca, para exames físicos mais elaborados. Relata-se, a seguir, uma caracterização (narrativa) desses atendimentos, bem como suas dificuldades de realização.

Desenvolvimento

Durante as consultas e visitas domiciliares, foi possível perceber que muitos usuários apresentavam fâscies sindrômica, característica daquela população, além disso, eram comuns doenças genéticas e alterações cognitivas congênitas, sem que fosse possível distinguir se tratar de algum congênito ou relacionado a má condição de parto e puerpério.

Na ocasião, uma situação chamou atenção. O fato de que seis pacientes nunca haviam participado de consulta médica, inclusive, com medo de conversar com o profissional médico, devido ao desconhecimento sobre o serviço que ali seria prestado, sendo necessária a intervenção do agente comunitário de saúde para que a consulta ocorresse.

Quanto a resolutividade, grande parte das consultas se tratava de doenças crônicas (Hipertensão, Diabetes e Dislipidemia), sendo possível iniciar os tratamentos com as medicações que eram levadas nas caixas, sob os ombros. Não houve consultas relacionadas a

ansiedade e/ou depressão, o que chama a atenção, sobre a já bem descrita relação dessas doenças com o estilo de vida frenético das populações mais modernas.

Um caso clínico, merece destaque: Paciente, 68 anos, com história de corte em calcanhar direito há 52 anos, evoluindo com abaulamento de partes moles em seu calcanhar; apresentou dificuldade de deambular por 52 anos, inclusive, precisava reforçar seu calçado com um pano para trabalhar; sendo a sua condição facilmente tratável com uma pequena cirurgia, que foi realizada no próprio local.

Realizar visitas domiciliares nessa população, também revela um esforço físico excessivo. As casas são distantes entre si e de acesso excessivamente complicado, de modo que, algumas vezes, solicita-se ajuda aos próprios moradores da comunidade para que carreguem os utensílios necessários.

Quanto aos atendimentos, grande parte são para pessoas acamadas por senilidade, onde somente uma minoria se deve às sequelas de fratura de fêmur. Ao questionar sobre a conduta deles quando ocorrem óbitos e as pessoas relatam que a grande maioria é velada e enterrada no quintal de suas casas, inclusive, sem o uso de urnas funerárias e próximo às suas plantações rudimentares.

Quanto as intervenções de saúde coletiva, foram feitas orientações, de pronto, ao agente comunitário de saúde, sobre as práticas de bom uso da água para consumo, quanto ao correto acondicionamento e a necessidade de fervura, antes do consumo; além disso, orientou-se sobre a necessidade de construir locais para armazenamento adequado de alimentos, visto que muitos deles eram guardados no chão, em salas sujas e com presença de insetos.

Quanto a agricultura de subsistência, muito comum na comunidade, foi realizada uma intervenção, no sentido de afastar os locais de criação de porcos das plantações de hortaliças, devido a, já bem descrita, relação entre *taenia solium* e seus cisticercos, com o consumo de vegetais plantados próximos a pocilgas.

Quanto ao controle de doenças crônicas, foram iniciadas medicações para controle e distribuídos, estrategicamente, alguns glicosímetros e tensiômetros, para que a população pudesse ter algum controle e acompanhamento de suas condições; além disso, o agente comunitário de saúde se encarregou de transmitir a contagem paramétrica dos pacientes, para realização de algum ajuste, caso fosse necessário.

Porém, observou-se que somente uma visita não seria o bastante para mudar a realidade daquela comunidade, de forma que foi criado um calendário de visitas seguidas, dentro das possibilidades da equipe, para reavaliações e inclusão de novos pacientes ao serviço; inicialmente, fez-se o calendário de visitas bimestral, que alcançou certa efetividade até as restrições impostas pela pandemia, quando houve um enorme prejuízo no seguimento desses pacientes.

Nas reavaliações feitas, nos meses subsequentes, foi possível constatar que houve

avanços diversos na comunidade, quanto ao controle de doenças crônicas, redução das queixas e, inclusive, redução no número de consultas e de procedimentos.

Também foi organizada uma agenda de visitas domiciliares, para priorizar áreas próximas a cada visita e, assim, levar mais insumos e medicações para as comunidades; essa iniciativa, inclusive, recebeu elogios e solicitações de compartilhamento de experiência com diversas comunidades, sejam elas sanitárias ou de assistência social, para dividir a forma de abordagem junto à comunidade, facilitando, assim, a entrada de serviços básicos a população.

Considerações finais

Com avanço da Covid-19, o município adotou a estratégia de restrição de atendimento a pacientes crônicos e a suspensão temporária das visitas domiciliares e dos atendimentos descentralizados, o que inviabilizou, temporariamente, o acesso aos serviços que vinham sendo oferecidos a essa comunidade, levando a retrocessos momentâneos.

Durante a pandemia, era comum ver no posto, muitos usuários chegarem com relato de que foram transportados por quilômetros em redes, devido a sua enfermidade. Comum, também, afirmarem que deixaram suas doenças crônicas sem controle, simplesmente por não terem como ter acesso a medicação, mesmo tendo reconhecido o benefício na qualidade de vida do controle das doenças e agravos.

Positivamente, mesmo hoje, não há nenhum caso relatado de Covid-19 nas populações de Cafundó e de Escondido, que, embora apresentem características Quilombolas, não foram vacinados com prioridade, seguindo o calendário vacinal condizente com o da população geral e mesmo sem nenhuma adesão a medidas de proteção, como uso de máscara, álcool em gel ou higiene constante das mãos, o que nos evidencia que o distanciamento social, obviamente imposto nessa comunidade, parece ser a medida mais eficaz no combate ao avanço dessa doença.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM ÁREA REMOTA DE DIFÍCIL ACESSO, EM CHORÓ (CE): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Introdução

Este relato narra algumas características relacionadas com a atenção à saúde da criança, principalmente os atendimentos pediátricos em área remota, que impõe um enorme desafio. Inicialmente, a comunidade possui um alto número de doenças genéticas/congênicas relacionadas ao alto número de relações consanguíneas, inclusive, com alguns casos claros de incesto, além disso, apresentam crianças e adolescentes com doenças perinatais, relacionadas a má assistência durante o período de parto e puerpério, com atraso em diversos aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor.

Quanto às doenças congênicas, importante destacar que grande parte delas ainda não possuíam diagnóstico, mesmo as síndromes mais claras, como a Trissomia do 21 (Síndrome de Down), ainda eram estigmatizadas e tinham seu convívio segregado da família, sem uso de nenhuma medicação ou controle nutricional adequado, etapas tão importantes na longevidade desta população.

Quanto às doenças perinatais, elas possuem, inclusive, difícil diagnóstico, visto que são comunidades que ficaram anos sem acompanhamento, portanto, sem sequer uma avaliação feita por equipe de saúde.

Desenvolvimento

A equipe decidiu realizar uma intervenção inicial, com aplicação da escala de Denver II nas crianças de 0 a 12 anos, uma escala conhecida e validada para avaliação de desenvolvimento infantil.

O Teste de Denver é uma escala utilizada por profissionais de saúde para avaliar e identificar crianças entre 0 e 6 anos de idade com risco para atraso de desenvolvimento. Essa escala não é um teste de inteligência, nem foi desenvolvida para diagnosticar distúrbios de aprendizagem ou emocional. O teste baseia-se principalmente na observação da execução dos itens, e no relato dos pais, comparando o desempenho de uma determinada criança com o desempenho de outras crianças da mesma idade (MORAES et al., 2010).

Notou-se claramente que as crianças da comunidade apresentaram atrasos em todos os pontos do desenvolvimento neuropsicomotor, o que já era correlato com as orientações recebidas das equipes escolares, mostrando que a ausência de estímulo ao desenvolvimento tem clara relação com o desenvolvimento infantil.

Quanto a vacinação, verificou-se uma enorme defasagem na data de aplicação das vacinas, boa parte, inclusive, em falta na aplicação, seja pela dificuldade em buscar o posto para administração ou por questões logísticas de levar a vacina em condições térmicas adequadas a administração na própria comunidade.

Para essa condição, foi traçada uma estratégia de abordagem dividindo as áreas remotas em subgrupos, unindo-os em uma única casa para aplicações de diversas vacinas no mesmo dia, de modo que foi possível alcançar um sensível avanço na cobertura vacinal daquela comunidade, dando contribuindo para que, em médio/longo prazo, possa acontecer um aumento da expectativa de vida daquela população

Importante destacar também, quanto a herbiatria, que é comum a união de adolescentes entre 13 e 16 anos, inclusive, com gestações nesse período. O pré-natal em adolescentes já impõe um enorme desafio às unidades de saúde, quanto às suas peculiaridades. Com o agravante do isolamento causado pela Pandemia de Covid-19, essas dificuldades se multiplicaram, de modo que foi necessária uma intervenção profícua, no sentido de orientação e aconselhamento familiar, visando redução da evasão escolar, planejamento anticoncepcional (para as que desejaram realizar), inclusive com distribuição de preservativos e prescrição de medicações; além de conscientização sobre os riscos e consequências de uma gravidez indesejada na adolescência.

Para além dessas condições excepcionais na comunidade, foram encontradas diversas crianças com helmintíases, das mais diversas, inclusive, levando a complicações sistêmicas de maior gravidade, com necessidade de tratamento em massa da comunidade, para evitar o risco de infecções cruzadas. Destaca-se, também, o atendimento a dois pacientes asmáticos, que apresentavam tratamentos somente com ervas medicinais (vapor de eucalipto), inclusive, com crises diárias e restrição a simples deambulação de médias distancias, com melhora rápida constatada após o início de terapia adequada.

Nas visitas subseqüentes, a equipe notou uma evolução importante do desenvolvimento das crianças e adolescentes com medidas simples, como orientações das formas mais adequadas de estímulos, bem como a distribuição de terapias lúdicas, para desenvolvimento neuropsicomotor.

As crianças, brincando, podem revelar habilidades físicas, cognitivas e sociais, além de desenvolver concepção de mundo e interagir com ele. A brincadeira é carregada de uma série de estímulos que propiciam o desenvolvimento sensorio-motor, cognitivo, da criatividade, da imaginação e da autoestima da criança. O desenvolvimento infantil ocorre de forma total, ou seja, todas as áreas/campos do desenvolvimento atuam conjuntamente.

Considerações finais

Baseado em extensa literatura internacional comparada e na clara carência detectada nesta população, foi notado que a efetividade dessas medidas simples se mostrou tão evidente, devido a enorme defasagem no desenvolvimento de habilidades intrínsecas da população, que se seguiram por anos, levando a formação de gerações e gerações de pacientes com atraso no desenvolvimento.

Sobre as dificuldades de acesso em áreas remotas, para a saúde, a inserção de serviços em áreas rurais e remotas constitui-se em importante desafio quanto à universalidade e equidade. Para ampliar o direito à saúde não basta que os serviços estejam presentes nestes espaços, mas que esses serviços possam dispor de condições estruturais para responder as necessidades de saúde específicas destas coletividades e estejam interligados a uma Rede de Atenção à Saúde (FAUSTO et al., 2020).

Para efetivar a medida, faz-se necessário o fortalecimento da aplicação dos instrumentos com periodicidade definida, além do engajamento de outros componentes do serviço público, como a educação, assistência social e infraestrutura, para que, juntos, os serviços cheguem de forma mais frequente e satisfatória para essas populações.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

O CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS EM ÁREA REMOTA DE DIFÍCIL ACESSO, EM CHORÓ (CE): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Introdução

Sobre a importância dos serviços de saúde para o controle de doenças crônicas, o mundo tem enfrentado desafios importantes frente às mudanças demográficas e epidemiológicas. A expectativa de vida da população é cada vez mais longa e também é crescente a presença das condições crônicas na população, seja pelo envelhecimento ou por razões relacionadas a hábitos de vida e aos seus determinantes sociais (BRASIL, 2013).

A literatura tem destacado que a Atenção Primária à Saúde tem assumido papel central na coordenação assistencial, especialmente para as ações de prevenção de situações agudas e na condução de cuidados contínuos direcionados para o manejo de pacientes com doenças crônicas. O cuidado adequado e oportuno no processo assistencial das doenças crônicas exige que os serviços de saúde estejam organizados de modo a ofertar ações contínuas aos seus usuários, além de intervenções com possibilidade de acesso à Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2031).

Este relato contém uma descrição das características da atenção ofertada às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) residentes nas comunidades de Cafundó e Escondido, no município de Choró, no Estado do Ceará.

Desenvolvimento

Quanto ao controle de doenças crônicas em áreas remotas, existe uma verdadeira dificuldade em se realizar ajustes finos nas medicações e alguns fatores explicam esses percalços: O acesso para reavaliações é muito pequeno, visto que essas comunidades são visitadas bimensalmente, sendo a tele reavaliação (liberada pelo Ministério da Saúde somente durante a pandemia), uma estratégia para o seguimento de ajustes finos.

Outra grande dificuldade, está na aferição constante de parâmetros, sobretudo pressão arterial e glicemia. Mesmo com a distribuição de Kits às famílias, com equipamentos e insumos, existe uma grande dificuldade na coleta, levando a redução da credibilidade do achado. Por fim, o baixo nível de escolaridade da população, onde muitos são analfabetos, impede o adequado registro de forma organizada, para que sejam tabuladas e definidas as devidas condutas para melhor ajuste.

Algumas medicações, como anti-hipertensivos de alta potência e/ou com efeito rebote/abstinência devem ser evitados. na classe dos anti-hipertensivos, destaca-se a Clonidina

e Hidralazina, que são hipotensores excessivamente potentes, com uma margem de segurança farmacológica baixa, e, em caso de intercorrência, essas populações não terão acesso fácil ao serviço de pronto atendimento. Quanto aos antidiabéticos, ressalta-se a contra indicação ao uso dos secretagogos de insulinas (Sulfoniluréias), tão comuns na prática de atenção básica, pois devido ao seu mecanismo de ação, podem causar hipoglicemia repentina, levando a estado comatoso, de difícil diagnóstico e reversão em áreas remotas.

Quanto ao uso de insulina, deve-se priorizar o uso de canetas dosadoras (já distribuídas pelo SUS), e, se possível, marcar, com uma paleta de cores, a quantidade a ser administrada, visto que uma possível intoxicação por hiperinsulinismo, pode levar a morte ou sequelas neurológicas irreversíveis.

O atendimento multiprofissional a esse perfil populacional desponta como um grande aliado na redução das doses terapêuticas utilizadas, sendo essencial nos tratamentos a comunidades distantes.

Uma estratégia adotada pela equipe, foi levar profissionais diversos (Fisioterapeutas, Educador Físico, Nutricionista, Psicólogo) para que pudessem levar orientações em saúde às localidades remotas, visando, assim, um impacto não farmacológico, que foi observado em quantidade considerável dos pacientes acompanhados.

Outra intervenção realizada, em parceria com a assistência social, foi o ajuste dos alimentos enviados nas cestas básicas distribuídas às famílias que apresentassem pacientes diabéticos e/ou hipertensos. Com o auxílio de um nutricionista, uma simples substituição de alguns itens, com a redução de alimentos de alto índice glicêmico, além da redução da oferta de sal e açúcar, apresentou impacto no melhor controle das doenças crônicas, pois no Brasil, as DCNT têm se apresentado como a principal causa de mortalidade, sendo as doenças cardiovasculares, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes as principais responsáveis pelas proporções de óbitos neste grupo de doenças (BRASIL, 2013).

Considerações finais

Não houve como documentar a redução na mortalidade por essas intervenções, visto que são medidas com efeitos em médio e longo prazo, entretanto acredita-se que o bom controle de doenças crônicas, levará a uma redução de eventos secundários graves, como: Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs); Infartos Agudos do Miocárdio (IAM); amputações e complicações microvasculares, como Amaurose e Doença Renal Crônica, inclusive, com hemodiálise, que se torna praticamente inviável nessas áreas de acesso remoto.

Assim como nas demais intervenções, faz-se necessário uso de energia e recursos humanos acima do normal para que se atinja algum efeito sob essas comunidades, pois, inclusive, além dessas comunidades, a equipe de saúde faz assistência a toda a população do

distrito sanitário, que tem uma população próxima ao teto de pessoas estipulados pelo Ministério da Saúde. Algumas das visitas foram realizadas aos sábados ou mesmo após o horário de atendimento fixo na unidade, que só foi possível, graças a um entendimento da equipe sobre a importância de levar uma saúde de qualidade para aquelas populações.

A política do ministério da saúde, define o critério populacional como parâmetro para a padronização de equipes, sendo esse critério muito óbvio e justo para as populações urbanas. Quanto às populações rurais de acesso remoto, é necessário contemplar outras variantes, como a distância de todo o território de saúde, as dificuldades de acesso e as necessidades maiores de serviços a serem ofertados na localidade, visto que ficam distantes de hospitais e/ou ambulatórios especializados, tornando mais complexa a assistência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

oram relatadas intervenções sobre esse tema tão negligenciado pelas estratégias de saúde pública, porém, tão comum a todas as regiões do país. O atendimento em área remota impõe grandes desafios e as estratégias de intervenção devem levar em conta não somente respaldo científico, bem como a capacidade de execução, a possibilidade de avaliação e monitoramento, além de gerenciamento de riscos, com foco na prevenção dos eventos graves, pois a correção dos mesmos apresenta grande dificuldade.

Além de novos estudos, faz-se necessário que se jogue luz ao tema, com a realização de fóruns e mesas redondas, para tratar de forma em que o serviço público, como estratégia de Estado, possa compensar as equipes que realizam este tipo de atendimento, reduzindo suas populações adscritas e reforçando as equipes dessas áreas, além de estimular, financeiramente, áreas classificadas como de acesso remoto, para as equipes que ainda seguem incompletas.

Existem iniciativas do tipo, como a bolsa de deslocamento do Programa Mais Médicos para o Brasil, mas esse valor é dividido por macro áreas, não levando em conta as áreas de atendimento remoto.

Por fim, existe o intangível, que não pode ser medido em indicadores ou tabulado, o prazer de transformar de forma radical uma comunidade, de fazer saúde pública sem tantos recursos tecnológicos, que faz parte da essência da formação acadêmica, além do enorme carinho e gratidão das populações, que agora recebem serviços públicos e gratuitos, que nunca lhes foram ofertados em tempos anteriores.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S.; PENZIN, V. M. **Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2020.

MORAES, M. W. et al. Denver II: evaluation of the development of children treated in the outpatient clinic of Project Einstein in the Community of Paraisópolis. **Einstein (São Paulo)**. 2010, v. 8, n. 2, p. 149-153.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHORÓ. Ceará. **Dados do município**. 2021. Disponível em: <https://www.choro.ce.gov.br/omunicipio.php>. Acesso em: 09 set 2021.