

Atenção primária à saúde no Rio de Janeiro – o que há de diferente?

Primary health care in Rio de Janeiro – what's different?

Andreia Forno¹, Pedro Hakme²

1 Médica Interna de Formação Específica em Pediatria, Hospital Central do Funchal

2 Médico Especialista em Medicina de Família e Comunidade e Médico Preceptor da Residência de Medicina de Família e Comunidade, Clínica da Família Santa Marta, Rio de Janeiro

Em Portugal, desde 2005, tem-se assistido à reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, centrado nas necessidades da população, e numa tentativa de melhorar a satisfação, quer dos utentes, quer dos próprios profissionais, através de incentivos ao desempenho.¹ No Brasil, tal como em Portugal, tem ocorrido uma mudança na organização da Atenção Primária à Saúde (APS), baseando-se nos mesmos princípios e conceitos. E foi com base nessa premissa que houve a possibilidade de experienciar a transformação ocorrida ao nível da APS no Rio de Janeiro, e, por conseguinte, descobrir o que há de diferente em comparação com os CSP em Portugal.

A APS no Rio de Janeiro, assim como em todo o Brasil, segue os mesmos conceitos dos CSP em Portugal, sendo preferencialmente o primeiro nível de acesso ao sistema de saúde, baseando-se em propósitos de acessibilidade, continuidade, integralidade e coordenação.² Desde 2009 que, no Rio de Janeiro, se tem assistido à reorganização do Sistema Único de Saúde, sobretudo através da ampliação da rede de serviços da APS pela Estratégia de Saúde da Família. Como acontece em Portugal, a Estratégia Saúde da Família pretende reorganizar e melhorar os cuidados da atenção básica disponíveis à população. Para isso, cada equipa de Saúde da Família (SF) deve integrar, no mínimo, um médico generalista, ou especialista em Medicina de Família e Comunidade; um enfermeiro generalista, ou especialista em SF; um auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde (ACS). Para além disso, podem ainda fazer parte da equipa de SF profissionais de Saúde Bucal.

Cada equipa de SF deve ser responsável por uma lista de 4.000 pessoas, no máximo, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade das famílias, menor deverá ser a lista de pessoas por equipa. Relativamente à organização da agenda médica, cada equipa de SF possui agendamentos prévios e pacientes não agendados, denominado de livre demanda. A atividade assistencial, ao contrário do que acontece nos

CSP em Portugal, não cumpre uma divisão estanque para a observação dos pacientes por grupos, de modo a permitir um acesso facilitado e menos limitado dos seus usuários. Depreende-se que o facto de não existir uma organização por grupos de pacientes (saúde de adultos, saúde infantil, planeamento familiar) leve a uma maior necessidade de concentração e organização por parte do clínico. No entanto, a disponibilidade dos serviços fica drasticamente amplificada, podendo o paciente recorrer no dia e horário que mais lhe convier, após marcação prévia, alargando o propósito da universalidade.

Dadas as especificidades locais existentes num país como o Brasil, facilmente se compreende que os cuidados de atenção básica não sejam iguais em todas as regiões do mesmo.³ Na era pré-reorganização do Sistema Único de Saúde, o Rio de Janeiro era a cidade com piores serviços públicos de atenção básica, apresentando, no final de 2008, a taxa de cobertura mais baixa da Estratégia SF entre as capitais brasileiras, a rondar os 3,5%. Após esse ano, devido a uma mudança na gestão da Saúde Pública, ocorreu um aumento exponencial da cobertura da Estratégia de Saúde da Família atingindo, em 2016, cerca de 60% da população.⁴ Houve ainda uma redefinição da nomenclatura existente para os estabelecimentos de saúde da APS, no Rio de Janeiro, passando a Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família.

Sem dúvida que a grande inovação ocorreu com a criação das Clínicas da Família, muito à luz das USF em Portugal, sendo estas unidades de saúde estruturalmente aperfeiçoadas, equipadas adequadamente, com acesso aos materiais e equipamentos tradicionais, assim como às inovações tecnológicas, e oferecendo condições atrativas para fixar profissionais de saúde de qualidade. Curiosamente o primeiro programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade foi criado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em 2011, o que por si só foi também essencial para garantir a oferta de profissionais especializados frente ao crescimento das Clínicas da Família. Se no Rio de Janeiro a falta de profissionais

de saúde deveu-se em parte à carência na formação médica, já em Portugal o grande número de aposentadorias foi um dos principais responsáveis pela necessidade de desenvolver estratégias e incentivos para a renovação de profissionais de saúde nos CSP.

Dado que muitas das vezes a promoção da saúde, foco fundamental da APS, ultrapassa o espaço físico dos estabelecimentos de saúde, em 1991 foi criado, no Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Este programa remonta aos anos 70, aquando da necessidade de melhorar os cuidados de saúde das crianças da região de Sobradinho, em Brasília, de modo a prevenir as mortes infantis por desnutrição associada às parasitoses. Nessa altura compreendeu-se que o papel do médico e enfermeiro não eram suficientes para ultrapassar esta problemática, nascendo assim os auxiliares de saúde, futuros ACS.⁵ O ACS tem assim o papel fascinante de pertencer à comunidade, dotando-o de melhores conhecimentos da realidade da sua população envolvente, e ser ao mesmo tempo veículo de mudança através da transmissão dos conhecimentos adquiridos, por fazer parte de uma equipa de SF. Facilmente se compreende que a proximidade e semelhança entre pares facilitem a absorção destes mesmos conhecimentos pela restante comunidade. O ACS opera não só como um intermediário para a promoção da saúde, alertando os direitos e deveres de cada utente, mas também como responsável pelo acolhimento dos membros da comunidade com a sua equipa de saúde. Na verdade, são a peça muitas vezes esquecida, e talvez em falta nos CSP em Portugal, visto que são “profissionais em pessoas e não em doenças”, não retirando de todo a importância dos restantes profissionais de saúde, mas sim agregando competências. E numa sociedade cada vez mais tecnológica, informatizada e consequentemente cada vez mais impessoal, o papel do ACS torna-se fundamental não só para o auxílio da população sénior, como também da população desfavorecida e vulnerável pela doença. Em Portugal, onde assistimos a um crescimento exponencial do isolamento social da população, como está acontecendo em todo o mundo ocidental, seria benéfico a implementação dos ACS, de modo a tornar os cuidados de saúde mais humanizados.

Para além disso, diferente do que acontece em Portugal, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, cada equipa de SF tem ainda à sua disposição apoio matricial desenvolvido através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes Núcleos têm como objetivo a atuação em conjunto com as equipas de SF, de modo a ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como capacitar as equipas da APS

para a resolução de problemas de várias áreas, nomeadamente Dermatologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psiquiatria, e assim diminuir a lista de espera do Sistema Nacional de Regulação (SIS-REG) para exames complementares de diagnóstico e encaminhamento de consultas hospitalares.⁶ Esta atuação integrada permite assim realizar discussões de casos clínicos, com atendimento compartilhado entre profissionais, tanto em regime de consulta como em visitas domiciliárias, de modo a aperfeiçoar o atendimento da APS e diminuir assim a afluência de casos menos prioritários aos serviços hospitalares. Numa altura em que os tempos de espera do Sistema Nacional de Saúde (SNS) são constantemente indagados, recrutar especialistas médicos e cirúrgicos para as USF, em regime de consultoria para atendimento em conjunto com o especialista de Medicina Geral e Familiar, seria uma forma de amplificar os conhecimentos do clínico geral, promovendo a discussão e aquisição de competências, para uma prática clínica mais próxima e compartilhada. E assim melhorar também a satisfação dos usuários.

Apesar de muitas serem as semelhanças existentes entre os dois sistemas de saúde, uma vez que para a reorganização do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro muitas foram as premissas baseadas no SNS português,¹ é nas diferenças que ambos têm a oportunidade de aprender e crescer, de forma a aperfeiçoar os seus cuidados de saúde. Assim sendo, é fundamental o intercâmbio entre estes dois países, Portugal e Brasil, que desde sempre caminharam em conjunto, em termos de história, cultura e língua, para a discussão e reflexão de conhecimentos, com o intuito de construir um sistema de saúde mais adaptado e adequado à sociedade atual. E foi nesse sentido que realizei um mês de estágio de CSP à Criança e ao Adolescente, no âmbito do Internato Complementar em Pediatria, numa Clínica da Família da Zona Sul do Rio de Janeiro, a Clínica da Família Santa Marta, com o propósito de descobrir quais são afinal as diferenças entre os CSP do Rio de Janeiro e de Portugal.

REFERÊNCIAS

1. Soranz, Daniel, e Luís Augusto Coelho Pisco. “Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios.” *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, no. 3, 2017, pp. 679-686, doi:10.1590/1413-81232017223.33722016.
2. Harzheim, Erno et al. “Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos

- primeiros três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro.” Organização Pan-Americana da Saúde, 2013, pp. 17-19.
3. Soranz, Daniel et al. “Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.” *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 21, no. 5, 2016, pp. 1327-1338, doi:10.1590/1413-81232015215.01022016.
 4. Izecksohn, Mellina Marques Vieira et al. “Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, no. 3, 2017, pp. 737-746, doi:10.1590/1413-81232017223.332372016.
 5. Lavo, Antônio Carille Olanda et al. “O agente comunitário: um novo profissional da saúde.” *Memórias da Saúde da Família no Brasil*, 2010, pp. 16-19.
 6. Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde. Coleção Guia de Referência Rápida. NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família no apoio à Regulação Ambulatorial. 2016.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram a ausência de conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA

Andreia Forno
Serviço de Pediatria, Hospital Central do Funchal
E-mail: aforo_@hotmail.com