

REDE BÁSICA DE SAÚDE: IMPORTÂNCIA, TRAJETÓRIA E CRISE

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
GESTÃO 2003/2008

Diretoria
Jun. 2005 a Jan. 2007

Presidente - Paulo Cesar Geraldês, **Vice-Presidente** - Francisco Manes Albanesi Filho, **Secretário-Geral** - Aloísio Carlos Tortelly Costa, **Diretor Primeiro Secretário** - José Ramon Varela Blanco, **Diretor Segundo Secretário** - Pablo Vazquez Queimadelos, **Diretor Tesoureiro** - Luís Fernando Soares Moraes, **Diretora Primeira Tesoureira** - Matilde Antunes da Costa e Silva, **Diretor das Seccionais e Subsedes** - Abdu Kexfe, **Corregedor** - Sergio Albieri.

Diretoria
Out. 2003 a Maio 2005

Presidente - Márcia Rosa de Araujo, **Vice-Presidente** - Alkamir Issa, **Secretário-Geral** - Sergio Albieri, **Diretor Primeiro Secretário** - Paulo Cesar Geraldês, **Diretor Segundo Secretário** - Sidnei Ferreira, **Diretor Tesoureiro** - Luís Fernando Soares Moraes, **Diretora Primeira Tesoureira** - Marília de Abreu Silva, **Diretor das Seccionais e Subsedes** - Abdu Kexfe, **Corregedor** - Marcos Botelho da Fonseca Lima.

CORPO DE CONSELHEIROS

Abdu Kexfe, Alexandre Pinto Cardoso, Alkamir Issa, Aloísio Carlos Tortelly Costa, Aloísio Tibiriçá Miranda, Antônio Carlos Velloso da Silveira Tuche, Armido Cláudio Mastrogiovanni, Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho, Bartholomeu Penteado Coelho, Cantídio Drumond Neto, Celso Corrêa de Barros, Eduardo Augusto Bordallo, Francisco Manes Albanesi Filho, Guilherme Eurico Bastos da Cunha, Hildoberto Carneiro de Oliveira, Jacob Samuel Kierszenbaum, Jorge Wanderley Gabrich, José Luiz Furtado Curzio, José Marcos Barroso Pillar, José Maria de Azevedo, José Ramon Varela Blanco, Kássie Regina Neves Cargnin, Luís Fernando Soares Moraes, Makhoul Moussallem, Márcia Rosa de Araujo, Márcio Leal de Meirelles, Marcos André de Sarvat, Marcos Botelho da Fonseca Lima, Marília de Abreu Silva, Mário Jorge Rosa de Noronha, Matilde Antunes da Costa e Silva, Mauro Brandão Carneiro, Pablo Vazquez Queimadelos, Paulo Cesar Geraldês, Renato Brito de Alencastro Graça, Ricardo José de Oliveira e Silva, Sergio Albieri, Sérgio Pinho Costa Fernandes, Sidnei Ferreira, Vivaldo de Lima Sobrinho.

CONSELHEIROS INDICADOS PELA SOMERJ

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho
Fernando da Silva Moreira

CREMERJ

REDE BÁSICA DE SAÚDE: IMPORTÂNCIA, TRAJETÓRIA E CRISE

Elaborado pela Comissão de Saúde Pública do CREMERJ

Rede Básica de Saúde: importância, trajetória e crise

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

Praia de Botafogo, nº 228 Centro Empresarial Rio

Botafogo - Rio de Janeiro - RJ

CEP: 22.250-040

Telefone: (21) 3184-7050

Fax: (21) 3184-7189

Homepage: www.cremerj.org.br

e-mail: cremerj@cremerj.org.br

Supervisão

Cons. Paulo Cesar Gerales

Revisão, normatização e digitação: Centro de Pesquisa e Documentação

Andréia Cipriano Maciel

Débora Dahl

Eneida Ferreira da Silva

Gabriel Gonçalves Rodrigues

Joel Pereira de Oliveira Júnior

Ricardo José Arcuri

Simone Tosta Faillace (Coord.)

Waltencir Dantas de Melo

Personalidades homenageadas na capa: Oswaldo Cruz, Arthur Conan Doyle, Noel Rosa, Salvador Allende, João Guimarães Rosa, Philippe Pinel, Che Guevara, Sigmund Freud, Juscelino Kubitschek de Oliveira e Michelle Bachelet.

Impressão: Navegantes Editora e Gráfica

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO CPEDOC-CREMERJ

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Rede básica de saúde: importância, trajetória e crise / elaborado pela Comissão de Saúde Pública do CREMERJ. Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica, 2006.

1. Saúde pública. I. Comissão de Saúde Pública. II. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. III. Título.

Venda Proibida. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

APRESENTAÇÃO

**GRUPO DE TRABALHO ESPECIAL DE ACOMPANHAMENTO
DA REDE DE SAÚDE PÚBLICA**

Cons^o. Paulo Cesar Geraldes (Coord.)

Cons^o. Pablo Vazquez Queimadelos

Cons^o. Aloisio Tibiriçá Miranda

Cons^o. Luís Fernando Soares Moraes

Cons^o. Sidnei Ferreira

Cons^o. Vivaldo de Lima Sobrinho

Maria Aparecida Patroclo (relatora)

Wanda Silveira de Queirós Campos (relatora)

REDE BÁSICA DE SAÚDE: IMPORTÂNCIA, TRAJETÓRIA E CRISE

IMPORTÂNCIA DA REDE BÁSICA

As ações de saúde pública compreendem assistência de caráter individual e atividades de promoção, prevenção e assistência de abrangência coletiva, com a finalidade de proteger a vida de milhares de pessoas. As unidades básicas de saúde, nos seus primórdios, atuavam desenvolvendo ações voltadas exclusivamente para controle de doenças transmissíveis com potencial para produção de epidemias: vacinação, assistência a portadores de tuberculose e hanseníase e seus contatos, além de pré-natal e pré-nupcial, puericultura, saúde escolar, carteira de saúde para trabalhadores em ocupações que trouxessem risco para um coletivo de pessoas (na área de alimentação, em escolas etc.), tratamento profilático de contatos de casos de meningite entre outros.

Impactos positivos no campo da saúde coletiva, independente de seus patronos ou dos descobridores de tecnologia, se dão sobretudo devido ao trabalho e compromisso dos profissionais que atuam na rede básica: erradicação varíola, erradicação da poliomielite (paralisia infantil), eliminação do sarampo, redução e/ou eliminação de casos de difteria (crupe), redução e/ou eliminação do tétano neonatal (mal dos sete dias) e acidental, redução da raiva humana e animal, redução da morbimortalidade por desidratação através do uso do soro de reidratação oral, entre outros. Com a mudança no perfil de doenças e envelhecimento das populações, em especial de áreas urbanas, a rede de serviços de atenção básica passou a ampliar sua ação, incluindo as doenças crônicas mais freqüentes na população (diabetes, hipertensão arterial, câncer de mama e colo de útero), saúde bucal e ações voltadas para agravos mentais e sociais, incorporando o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS): “Saúde é o completo bem estar físico, social e mental e não somente a ausência de doenças”.

TRAJETÓRIA DA REDE BÁSICA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Até 1985, a rede básica de saúde municipal desenvolvia ações voltadas para controle de doenças transmissíveis com potencial epidêmico, principalmente através do programa de imunização (vacinação), pré-nupcial e pré-natal, puericultura, saúde escolar (incluía odontologia) e carteira de saúde.

Na antiga rede do extinto INAMPS, os postos de assistência médicos (PAM), ofereciam consultas ambulatoriais em clínica geral e especialidades, para trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes, incluindo tratamento de tuberculose e hanseníase. A população que não tinha vínculo empregatício não tinha oferta de consultas médicas e em casos de doenças agudas ou crônicas só podia recorrer aos hospitais, principalmente aos serviços de emergência.

No ano de 1986, foi realizado o primeiro concurso público para clínicos gerais na rede municipal de saúde; ampliou-se o quantitativo de pediatras para reestruturação do atendimento infantil, incorporando assistência ao adolescente, ampliou-se o atendimento à mulher, com inclusão de ações de prevenção do câncer ginecológico e outras especialidades médicas tais como oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, psiquiatria e saúde pública, que passaram a fazer parte das especialidades da rede básica em unidades de média complexidade (Centros Municipais de Saúde - CMS). Outras áreas do conhecimento (psicologia, nutrição, fonoaudiologia, farmácia) foram incorporadas, mais recentemente, como resultado da compreensão de que o básico não é desprovido de complexidade e que o cuidado deve ser integral e desenvolvido através de equipes multidisciplinares.

A partir de 1986, todas as ações para o controle da tuberculose e hanseníase ficam sob a responsabilidade da rede municipal, o que permitiu a padronização de condutas para o diagnóstico e tratamento, pelo Ministério da Saúde, otimização de recursos e qualificação da atenção, reduzindo o número de internações e contribuindo para redução do estigma social.

Outras transformações foram ocorrendo, na qualidade da atenção básica, com a inclusão da acupuntura, homeopatia, infectologia para assistência aos HIV/AIDS, programas de assistência aos portadores de asma e doenças pulmonares obstrutivas crônicas, assistência a dermatoses de interesse sanitário além da hanseníase.

Aprimorou-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), criou-se o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), sistemas estes alimentados por profissionais de saúde, especialmente da rede pública (a rede privada ainda não está totalmente incorporada) e gerenciados pela rede básica, tornando os dados estatísticos de saúde cada vez mais confiáveis para planejamento a partir de um diagnóstico mais real, embora ainda persistam distorções importantes em algumas áreas da cidade.

Em 1995, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu-se o controle social com a criação de Conselhos Nacional, Estadual, Municipal e Distritais de Saúde, com participação de usuários, gestores e trabalhadores em saúde. A SMS/RJ criou Coordenações de Saúde (CAPS) para dez áreas de planejamento (AP) na cidade (AP1 - centro, 2.1 e 2.2 - Tijuca e zona sul, 3.1, 3.2 e 3.3 - zona norte, 4.0 - Jacarepaguá, Cidade de Deus e Barra da Tijuca, 5.1, 5.2, 5.3 - demais bairros da zona oeste), descentralizando as atividades de gestão da rede de saúde (com autonomia técnica, política, administrativa e financeira relativa).

Em 1996 a rede ambulatorial do INAMPS passa, gradativamente, a integrar a rede de serviços básicos de saúde municipalizados.

A política adotada na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), priorizou a implantação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes nos setores de clínica médica na rede municipalizada (incluindo os extintos PAM do INAMPS), fazendo com que cerca de 80% de todas as consultas dos clínicos gerais sejam destinadas a portadores de hipertensão e diabetes (independente do Programa Remédio em Casa e de consultas de

enfermagem). A ausência de um programa de clínica médica faz com que portadores de outras doenças e agravos clínicos tenham acesso extremamente restrito à rede básica, o mesmo ocorrendo com pacientes que recebem alta hospitalar e necessitam de seguimento ambulatorial (os ambulatórios hospitalares foram extintos exceto alguns de seguimento pós-cirúrgico).

Por outro lado, desde 1986, a estruturação de serviços de epidemiologia nos CMS, a ampliação dos serviços de pediatria e a implantação de consultas de enfermagem têm permitido um melhor sistema de registro, investigação e controle de agravos de interesse sanitário, além do atendimento pela rede básica do maior número de casos em surtos ou epidemia de dengue, varicela (catapora) e conjuntivite (estes dois últimos anuais), de hepatite A (surto em 2005), hepatite B e C (doenças em expansão) sem sobrecarga da rede de emergências.

A política adotada a partir da última década do século XX, de criação de pólos para procedimentos de baixa complexidade, como a realização de raios X e exames laboratoriais de sangue (hemograma, VDRL, perfil lipídico, transaminases, uréia, creatinina, ácido úrico), fezes (parasitológico no exame direto), urina (EAS), sem ser precedida de avaliações diagnósticas e econômicas (custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade) e a implantação da estratégia Saúde da Família sem considerar a existência ou capacidade instalada de unidades de referência e sem capacitação adequada dos profissionais, muitas vezes oriundos da rede hospitalar. Ambas, sem discussão das estratégias adequadas para cada AP com associações de classe, trabalhadores da rede, ou sem considerar as deliberações dos Conselhos de Saúde (em especial as resoluções das Conferências Municipais de Saúde), têm contribuído, no momento atual, para gerar impasses nas relações entre o controle social e a SMS/RJ. A desmotivação, alta rotatividade e evasão de profissionais são fatos concretos relacionados, principalmente, aos baixos salários e condições inadequadas de trabalho.

CRISE NA REDE BÁSICA

A crise no Sistema de Saúde do Rio de Janeiro, toda vez que é diagnosticada, acompanha-se na mídia, nos discursos de personalidades da saúde pública, no discurso dos políticos e presidentes de comissões legislativas de saúde, autoridades de saúde das esferas federal, estadual e municipal, de críticas à rede básica e julgamento desfavorável do seu valor e mérito. A rede básica vem sendo culpabilizada em diferentes momentos históricos pelas filas e superlotação das emergências (em algum momento no passado os próprios doentes foram culpabilizados, como se houvesse acesso livre para assistência em fases precoces de doença).

Na consulta às notícias da imprensa e relatórios de debates públicos, é freqüente encontrarmos os termos, “falência da atenção básica”, “falência dos serviços públicos de saúde”, como conclusão simplista para uma crise cuja cadeia de eventos geradores não tem tido uma análise com aprofundamento adequado.

Com dados obtidos através de observação participante, visitas periódicas aos serviços de saúde, reuniões realizadas em 2001 e em novembro de 2005, de questionário preenchido via internet por 19 (dezenove) unidades básicas de saúde e por 09 (nove) das AP de saúde do Rio de Janeiro, a Comissão de Saúde Pública do CREMERJ pretende contribuir para o debate com a sociedade, sobre a crise no setor saúde do Município do Rio de Janeiro, através de aporte de subsídios importantes para uma análise consequente.

As Unidades de Saúde (US) da rede básica funcionam em geral de 7:00 as 17:00h. ou de 8:00 as 18:00h, de segunda à sexta-feira, e algumas aos sábados de 8:00 as 12:00h. ou até as 16:00h. Atualmente, o maior percentual de US funciona sem contrato de vigilância ou com contrato cujo número de vigilantes é insuficiente para garantir a integridade física da unidade e de seus profissionais. Os contratos de firmas de limpeza tiveram redução drástica do número de trabalhadores, comprometendo a desinfecção dos ambientes contaminados. Na maioria das US não existe contrato de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e da estrutura física (muitos consertos tem sido feitos com recursos do fundo rotativo das unidades). A falta destes contratos promove o sucateamento de equipamentos e construções que, no futuro, irão onerar sobremaneira o erário público para compra de novos equipamentos e reforma de US.

O contrato de viaturas que serviam aos serviços de epidemiologia para busca ativa, investigação de casos de meningite, doenças exantemáticas, surtos em geral e adoção de condutas de proteção à saúde da coletividade (quimiopofilaxia, vacinação de bloqueio, orientações etc.) e que faziam transporte de material biológico e expediente administrativo, foi suspenso e colocado nas US viaturas federais (combate a dengue, com lugar apenas para duas pessoas) a serem dirigidos por profissionais que para tal se candidatem (a direção da viatura não sendo feita por motorista profissional, impede pagamento de seguro aos profissionais em caso de acidente e dificulta a circulação em áreas de risco por medo e inexperiência).

Não há fornecimento de alimentos (café, leite, açúcar e biscoito) para os profissionais desde 2001, tendo os mesmos que se cotizarem para terem acesso a lanche durante a jornada de trabalho.

Durante o ano de 2005, houve fornecimento irregular às US de vacina de hepatite B, para maiores de 30 anos de idade, vacina anti-rábica humana, e vacina dupla para adulto (tétano e difteria).

Uma grande variedade de insumos médicos hospitalares, materiais de escritório e higiene, aparelhos de ar condicionado, ventiladores, computadores, impressoras e acessórios para equipamentos de raio X, fazem parte do repertório de carências, cada dia mais frequentes na rede básica.

O fornecimento de medicamentos da farmácia básica, a serem adquiridos pela SMS/RJ, é irregular desde setembro de 2002, sendo frequente a ausência de antitérmicos, analgésicos, vermífugos, antiinflamatórios, tranqüilizantes, antibióticos, antimicóticos,

medicações de uso tópico, anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais (alguns destes não são entregues em casa) nas prateleiras das US. Mesmo em relação aos medicamentos do Programa Remédio em Casa, houve falha na entrega superior a 01 (um) mês, em vários pontos da cidade no decorrer de 2005. Tem sido regular o fornecimento de medicamentos específicos para tuberculose, hanseníase e AIDS, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS).

Existe carência severa, em grande parte das unidades, de clínicos gerais, cardiologistas, infectologistas (programa de DST/HIV/AIDS, na maioria das AP, vem funcionando com profissionais em desvio de função atuando em caráter voluntário), neurologistas, psiquiatras, oftalmologistas, assistentes sociais, psicólogas, fonoaudiólogos, entre outros. A carência é mínima em relação a enfermeiros, dentistas e pediatras. Os profissionais da rede básica também desenvolvem atividades de ensino (sem gratificação ou qualquer mecanismo de reconhecimento por esta atividade) para acadêmicos de medicina, estagiários de odontologia, psicologia, saúde pública etc. Representam o maior quantitativo de participantes em congressos de epidemiologia e saúde coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e contribuem para a produção do conhecimento com maior percentual de trabalhos sob forma de pôster ou comunicações coordenadas.

Embora exista Central de Regulação para marcação de exames de média e de alta complexidade e para vagas em leitos hospitalares na SMS e em cada CAP, conforme exigência do Ministério da Saúde, nas 09 (nove) AP via de regra, não existe acesso a vagas para internações cirúrgicas e clínicas (especialmente para esta última), e em algumas áreas em que há hospitais universitários, muitas destas vagas são para agravos pouco frequentes na população. Na maioria das vezes, vagas são conseguidas através das relações interpessoais. Algumas unidades não conseguem marcação de tomografia desde maio de 2005. Consultas especializadas muitas vezes conseguem ser agendadas, mas o tempo de espera é geralmente superior ao máximo possível, considerando a gravidade dos casos.

A população que adoece não quer saber de espera. A dor, o problema, o risco de morte são agora, não depois. O profissional da rede básica, muitas vezes, já diagnosticou, encaminhou e nada. Portanto, as emergências são as únicas portas verdadeiramente abertas do sistema (salve os hospitais Souza Aguiar, Miguel Couto, Lourenço Jorge etc). Com um pouco mais de agilidade para realizar exames, significam a “tábua de salvação” da população.

Sendo as condições de vida produtoras de doença, a estratégia “Saúde da Família” poderá contribuir a médio e longo prazo, mas de forma alguma eliminará morbidades endêmicas decorrentes da pobreza, habitação e alimentação inadequada e da falta de investimento em saneamento, e a rede básica continuará sendo necessária para resolução de agravos diagnosticados precocemente. As unidades pré-hospitalares contribuirão (moldes dos antigos postos de urgência - PU, do extinto INAMPS), mas sem a rede básica funcionando adequadamente, certamente a superlotação se transferirá para outro ponto do sistema e casos com maior gravidade correrão o risco de ficarem retidos em um nível do sistema, cuja complexidade será inadequada para a resolução de determinados problemas.

REDE BÁSICA COM COBERTURA ADEQUADA E FUNCIONANDO COM GARANTIA DE QUALIDADE, NÃO É APENAS NECESSÁRIA, É IMPRESCINDÍVEL PARA O SUCESSO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.