

## Fechamento de Unidades de Estratégia de Saúde da Família na Cidade do Rio de Janeiro. A Gestão da Saúde Municipal está na Contramão das Boas Práticas?

Artigo de Opinião da Comissão Especial de Administração em Serviços de Saúde do Conselho Regional de Administração do estado do Rio de Janeiro – CASS-CRA.

A atenção primária – AP constitui elemento fundamental para a gestão efetiva da saúde das populações e um fator crítico de sucesso indiscutível para que as unidades que devem conformar as Redes de Atenção à Saúde – RAS possam desempenhar suas atividades de forma concorrente às formulações políticas que embasam os sistemas de saúde em geral e do SUS em particular.

O reconhecimento do importante papel da AP, inclusive em sua prerrogativa de ordenadora da atenção à saúde e como porta de entrada preferencial para o acesso às ações e serviços disponibilizados na Rede, reitera a definição dos gestores pela centralidade do paciente como fator inegociável na adoção das melhores práticas assistenciais e o alcance dos melhores resultados para os pacientes, com segurança, qualidade e custos compatíveis.

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, revisada e definida pelo art. 2º da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 como sendo:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária,

deixa clara a expectativa da política pública com relação à organização da RAS e do acesso que, espera-se, seja disponibilizado à população, substituindo o modelo hierárquico piramidal tradicionalmente adotado cuja fragmentação predominante tem trazido resultados inadequados.



Rede Poliárquica de Atenção à Saúde e o papel ordenador da atenção primária.  
Mendes, 2009

apresentam números que demonstram a contração na estrutura e na oferta de serviços na AP à população da cidade do Rio de Janeiro.

Por seu lado, os Gestores da SMS Rio também apresentam alguns números e denunciam a implantação indevida de equipes de saúde da família no município. Segundo eles, essas equipes, agregadas no segundo semestre de 2016, seriam desnecessárias para o adequado funcionamento da Estratégia de Saúde da Família – ESF, gerando redundâncias injustificáveis que apenas aumentariam custos sem ganhos na efetividade dos serviços ou relevância nos resultados para a saúde da população adscrita.

As argumentações díspares acerca de *gargalos* e *redundâncias* apresentadas pelos dois grupos reforça, pelo antagonismo conceitual na mesma estrutura de produção, o forte nível de conflito entre os dados e as informações apresentadas pelos gestores e por seus críticos.

Isso demonstra, no mínimo, a falta de transparência desejável em modelos de governança de serviços públicos. Além disso, a existência de estruturas de controle social estabelecidas e funcionantes no setor saúde deveriam supor a publicização dos processos de tomada de decisão, a disponibilização dos dados utilizados nessas decisões e a sua rastreabilidade.

Para analistas e observadores externos não está clara a maneira como se dá a gestão da informação que deve embasar as decisões, sejam de expansão, sejam de contração da rede e suas estruturas. Tampouco é transparente a forma como se operacionaliza a programação da produção de serviços; Para qual base populacional e para quais necessidades de saúde são tomadas as decisões sobre o dimensionamento e vocacionamento da RAS?

E, por fim, vê-se que até mesmo o método de apuração e divulgação da produção de serviços realizados tem recebido críticas quanto à sua validade.

Por todo o exposto, fica patente que a Atenção Primária – AP, enquanto estrutura organizacional capital para o sistema, tem enfrentado fortes dificuldades para exercer o seu papel precípuo de ordenadora da atenção à saúde. Isto se dá tanto em função da decisão dos gestores municipais em fechar parte da estrutura - o que prejudicaria o acesso da população - quanto em função da dificuldade observada no dimensionamento e vocacionamento das demais unidades da RAS com as quais a AP deve interagir e se integrar.

Uma vez definido pelos formuladores que a Atenção Primária deve exercer o papel de principal porta de entrada para o sistema, sendo ainda o seu elemento ordenador, far-se-ia indispensável a garantia de um mínimo de governabilidade para que este exercício fosse real e que os papéis assumidos pudessem conferir responsabilização a cada um dos atores organizacionais e institucionais envolvidos, evitando a frustração decorrente da falta de monitoramento e de prestação de contas acerca da efetividade da política proposta.

Infelizmente, os mecanismos de integração não são verificáveis e cada esfera de governo e seus muitos atores institucionais tomam decisões individualizadas e baseadas em diretrizes próprias.

Para ilustrar essa constatação, pode-se verificar uma forte contração do número de leitos de internação segundo recente trabalho do Conselho Federal de Medicina – CFM do qual foram extraídos alguns dados apresentados a seguir.

Os números observados nacionalmente, mostram que dos 336 mil leitos dedicados ao Sistema Único de Saúde – SUS existentes em maio de 2010, restaram, em 2018, apenas 301 mil. Isso significa que, em média, o SUS perdeu 12 leitos por dia ao longo do período analisado.

Mantendo o foco no estado do Rio de Janeiro como um todo, foram desativados 9.569 leitos. E, observando-se especificamente a cidade do Rio de Janeiro, *locus* da análise presente, esta teve a maior redução no número de leitos na rede pública conforme documentado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, totalizando uma contração de 4.095 leitos.

Assim, fica patente a distorção nos papéis desempenhados pelas estruturas pensadas para a gestão do sistema, com forte dificuldade para o adequado dimensionamento e o vocacionamento dos leitos de internação que deveriam compor a RAS, com prejuízo claro para a sua efetividade assim como para o ordenamento a partir da AP.

“Enquanto os gestores seguem fechando leitos em todo o País, milhares de brasileiros aguardam na fila do SUS para realizar uma cirurgia eletiva, conforme demonstrou estudo divulgado pelo no fim do ano passado”, criticou o presidente do CFM, Carlos Vital.

Ou seja, mesmo na hipótese de que a estrutura de Atenção Primária tivesse sido preservada como prestadora de atenção e assistência à população, o modelo de acesso e principal porta de entrada para o sistema iria falhar, como tem acontecido, dada a inexistência de leitos suficientes para a internação dos pacientes e a realização dos procedimentos médico-hospitalares necessários. E este é apenas o exemplo mais visível, ao qual se soma a falta de medicamentos, exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

O represamento da demanda que decorre do gargalo estabelecido na AP impede o acesso dos pacientes ao sistema e tira as condições adequadas para que os profissionais de saúde possam exercer suas atividades de forma condizente com o que se espera de um sistema de saúde minimamente organizado.

Assim, apesar da formulação política, percebe-se uma desestruturação da RAS e um desequilíbrio entre Atenção Primária, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e a Assistência Médico Hospitalar.

Não há dados disponíveis suficientes para o detalhamento diagnóstico, mas não pareceria exagerado supor que há gargalos e redundâncias não na AP em si (ou apenas nela), mas que podem ser identificados ao longo do sistema de produção como um todo,

sem que planejamento, implementação, monitoramento e ferramentas de decisão garantam a governabilidade do sistema.

A aposta excessivamente alta dos formuladores (e gestores) na capacidade de resolução da AP como geradora de redução da necessidade de leitos para a assistência médico hospitalar incorreu numa premissa que desconsiderou a maior necessidade de procedimentos de Alta Complexidade para pacientes entrantes no sistema que, outrora excluídos, passaram a demandar assistência.

A eventual redução no número de leitos de internação geral, que seria lógica, terminou superando as expectativas desejáveis, e, o que é pior, não deu lugar à mudança necessária de implantação de leitos de alta complexidade, especialmente na terapia intensiva de tipologia variada.

Não havendo a observação continuada com monitoramento calcado em análise de indicadores para que se pudesse avaliar a propriedade da redução de leitos ocorrida e a necessidade de reconversão do seu vocacionamento frente às novas necessidades e demandas geradas pela alteração do perfil epidemiológico de pacientes portadores de patologias mais complexas, foi gerada uma sobrecarga na AP com tentativas de soluções exóticas ao invés da resolução da causa base.

Ficam as seguintes perguntas orientadoras (ou provocadoras) para a tomada de decisão e a implementação de ações para a solução permanente dos problemas recorrentes e das queixas vitalícias de todas as partes, especialmente da população que não reconhece valor na atenção à saúde que recebe, apesar dos muitos esforços dos profissionais envolvidos.

- ✚ Pode-se afirmar que há uso eficiente dos recursos? Quais os parâmetros gerais de avaliação? A efetividade, é medida? São medidos estrutura, processos e resultados?
- ✚ Como tem sido a avaliação das unidades e do sistema? Existem KPI (indicadores chave de desempenho) sendo utilizados para avaliar? Quais e sob qual critério de revisão?
- ✚ Existe a compra de serviços na Gestão da Assistência? A compra se dá tanto na Atenção Primária quanto na Atenção Especializada e Hospitalar? São integradas? Há superposição? Qual o modelo de contratação praticado pela SMS para OSS? Qual o modelo de avaliação e revisão dos contratos de gestão e seus planos operativos frente aos resultados? Quem avalia?
- ✚ Existe avaliação da satisfação dos pacientes e dos trabalhadores da saúde? Como se dá a integração entre a atenção primária e a rede de serviços diagnósticos e de assistência médico hospitalar? Como é aferida a satisfação, a imagem e a percepção de valor pela população dos serviços que recebe?

Sem dúvida, a adoção de mecanismos efetivos de governança, com implantação dos critérios de transparência, responsabilização e prestação de contas, associados às ferramentas de administração da produção, conforma o caminho mais efetivo para a plena gestão do sistema e a consecução dos objetivos da gestão pública de promover o bem comum com geração de valor para a sociedade.