

Entrevista: Celso Evangelista

Estruturar sistema de atenção básica é desafio para a saúde suplementar

Em entrevista ao Núcleo de Saúde da SP4 Comunicação, o médico Celso Evangelista fala do surgimento da medicina de família e descreve as vantagens do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) cuja implantação na saúde suplementar exige uma mudança na cultura e na estruturação da assistência. Formado em engenharia mecânica pela UERJ, com formação na área nuclear, e em medicina pela USP, com formação em medicina geral e comunitária, Evangelista participou da implantação de programas de atenção básica no setor público e foi responsável pela criação do programa QualiViva, para a Qualicorp, no setor da saúde suplementar. Na sua opinião, o modelo de APS pode produzir mais saúde com menos gasto. Confira a íntegra da entrevista a seguir.

Quando você passou a se interessar pela medicina de família e pela atenção primária à saúde? Quando vocês propuseram esse tema, que é muito interessante, fui consultar meus alfarrábios para recordar como a história da atenção primária entrou em minha vida. Foi em mil novecentos e noventa e cinco, quando me formei. Não se falava de atenção primária na academia. Minha formação, como ocorreu com os demais alunos, foi totalmente orientada para fazer de mim um especialista, o que gerava grande ansiedade, em mim e em todos nós, pois era preciso decidir o caminho a seguir depois de receber o “canudo”. Para os alunos, isso passava, obrigatoriamente, pela necessidade de se encaixar numa das especialidades médicas.

Eu sentia muita dificuldade em me encaixar nessa exigência do mercado de trabalho. Quando ingressei na faculdade de medicina, estava com mais de trinta anos e já tinha experiência de vida em outras áreas. Eu vinha da área de engenharia nuclear, extremamente especializada, e almejava uma mudança profissional mais voltada para o lado humano. Foi o que me levou a fazer a escolha pela medicina de família. Era uma capacitação que estava começando a se estruturar nas universidades brasileiras.

Até então, o que prevalecia era a especialização, seguindo uma tendência que tem suas raízes no “Relatório Flexner”. O relatório leva o nome do educador norte-americano Abraham Flexner, que, no início do século vinte,

recebeu a incumbência de percorrer 155 escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá para avaliar os problemas e a qualidade dessas instituições. A conclusão assustadora foi que, na visão dele, só trinta e uma delas deveriam se manter funcionando. As demais não teriam condições de formar médicos. Isso desencadeou um movimento de reforma das escolas médicas americanas e a especialização foi adotada como uma forma de aperfeiçoar o ensino da medicina.

Foi uma reforma gigantesca. Várias escolas foram fechadas e a medicina enveredou pela especialização. Daí em diante, o médico com visão generalista, o clínico geral, começou a perder importância, começou a ser considerado pouco científico, pouco qualificado, um profissional cuja formação não tinha o refinamento do saber médico sofisticado. Em suma, um profissional considerado equivocadamente como sendo de segunda categoria.

Nas décadas de 70 e 80 do século passado começaram a surgir movimentos que defendiam a necessidade urgente de resgatar a figura desse médico que, à época, era chamado de médico de família. No Brasil, esse movimento só foi chegar quase 20 anos depois. Eu entrei na faculdade de medicina em 89, saí em 95, e passei esse período todo sem nunca ter ouvido falar no assunto. Já há algumas décadas, vários países, principalmente na Europa, adotam o conceito, organizando os serviços de forma a ter um profissional generalista na porta de entrada do sistema. Portugal é uma referência.

Qual é o panorama atual da medicina de família no Brasil? No SUS ela tem funcionado em unidades de atendimento alocadas com grande capilaridade pelo país. As equipes são formadas por médico de família, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Elas são estruturadas para cadastrar em torno de mil famílias em sua área de cobertura.

De maneira geral, cerca de 80% das demandas naturais que emergem das questões da saúde consegue ser resolvidas pelo médico e sua equipe. É uma alta capacidade de resolução, preciosa para qualquer sistema de saúde, principalmente por seu baixo custo. Ao dizer que o médico de família resolve pelo menos 80% das demandas, estou trabalhando com a hipótese de um médico pouco experiente. Há evidências de que a resolubilidade pode chegar a 90%. Mas supondo que seja de 80%, os demais 20% têm de ser encaminhados para algum lugar. É aí que o especialista tem um papel fundamental!

Entretanto, quando não se tem para onde mandar esses 20%, eles se tornam um grande transtorno para a Unidade de Atenção Básica. No SUS,

infelizmente, ainda nos deparamos com essa dificuldade. Passa-se muito tempo até que o paciente seja atendido pelo especialista, cuja intervenção é necessária para confirmar uma hipótese diagnóstica e dar continuidade ao tratamento. Em muitos destes casos não é incomum estarmos lidando com situações graves. Na saúde suplementar é fácil, até demais, ir ao especialista. O difícil é ter a rede de atenção básica estruturada, confiável, acessível.

Quais são os obstáculos à implantação da atenção básica na saúde suplementar? Estamos num país que, nas últimas décadas, formou majoritariamente especialistas. Agora está em alta o discurso de que há necessidade de um novo paradigma. Segundo esse paradigma, o sistema deveria ser estruturado sobre a premissa de que deve haver uma porta de entrada, com médicos de família. Estamos falando de uma forma de organizar os serviços de saúde em que o especialista só recebe o paciente que lhe foi referenciado pelos médicos da atenção básica. Quando o médico de família referencia o paciente para o especialista, na verdade quem está fazendo a consulta, além do paciente, é o próprio médico de família. Trata-se de uma consultoria entre profissionais de saúde. É essencial que o parecer do especialista norteie todo o processo assistencial nesses casos, num sistema integrado, o que inclui o próprio médico de família. Para que essa rede de atenção à saúde funcione é importante que esteja muito bem regida, dimensionada e sincronizada.

Como vencer esse desafio? Uma possível solução seria convidar profissionais das especialidades clínicas, tais como cardiologistas, pneumologistas, reumatologistas, geriatras, pediatras etc. — ou seja, profissionais das especialidades não-cirúrgicas — e convencê-los a aderir a uma reformulação conceitual para atuar na atenção básica. Na universidade, adotamos essa estratégia num projeto. Convidamos vários especialistas que toparam fazer uma formação em medicina de família para trabalhar na estruturação de um plano de autogestão em saúde para a agroindústria na região de Ribeirão Preto, interior de São Paulo. O objetivo era oferecer assistência médica aos trabalhadores de lavoura de cana-de-açúcar. Essa experiência funcionou como um laboratório para o que veio a ser um programa de residência em medicina de família da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, ao final da década de 1990. Em verdade, relato esta experiência para explicitar que se faz necessário pensar que o perfil de profissionais médicos produzidos pela academia de maneira geral não está em consonância com as demandas para um sistema de saúde que venha a se organizar dessa forma. É um problema a ser equacionado para se

conduzir semelhante reestruturação. Para que isso funcione, é preciso ainda rever as formas de remuneração do trabalho médico. Procurar sempre inserir o médico da atenção básica numa classificação remuneratória no mesmo patamar do médico especialista.

Na saúde suplementar quais seriam os passos para desenvolver a medicina de família? Esta discussão precisa ser colocada na mesa dos gestores do sistema. De maneira geral, há poucos profissionais experientes da medicina de família. Em sua maioria, os profissionais que estão nessa área são recém-formados e pensam em buscar alguma especialização. Passam pela medicina de família como se fosse um período de transição. Temos muita gente jovem trabalhando numa área que precisa de profissionais experientes para funcionar bem. Seria bom, inclusive, que esse profissional houvesse trabalhado em diversas áreas, até na cirurgia, e que tivesse uma vivência bem diversificada na saúde. Aí, quando atingisse a excelência, iria cuidar da porta de entrada, administrar o cuidado, fazer o papel de maestro do sistema. Assim como o músico que, para chegar a regente, passa antes pela experiência de ser um elemento da orquestra, especializado em um dos instrumentos que a compõem.

Uma das maiores preocupações das operadoras é com os custos. Afinal, a atenção primária ajuda ou não a reduzir os custos? Num atual sistema, as demandas são excessivamente direcionadas para os hospitais. Incluindo casos que têm frequência alta e que podem ser resolvidos fora do ambiente hospitalar, com um custo muito mais baixo. Além disso, o fundamento da atenção básica é atuar de forma proativa e continuada, o que permite evitar as internações decorrentes de agudizações de condições crônicas. O atual modelo é reativo e episódico, muito pouco preventivo. Atua quando o evento se manifesta.

Como agir de forma proativa na assistência básica? O principal campo em que se pode prevenir agravos à saúde está na identificação das condições crônicas presentes na população. A partir de um mapeamento e identificação destas condições, muito pode ser feito. Cerca de dois terços das internações clínicas são decorrentes de agudizações de condições crônicas preexistentes. Tais agudizações são eventos evitáveis. Por exemplo, sabe-se que a prevalência de pressão alta é de 25%. Se numa população de mil pessoas há 100 pessoas cadastradas com pressão alta é porque teoricamente estão faltando 150. Faz-se necessário procurá-las. São procedimentos elementares e de baixo custo. Tendo identificado esta

população alvo, a estratégia será desenvolver programas de controle de pressão arterial, não só com uso de medicamentos, mas usando recursos de incentivo a mudanças de estilo de vida. Além disso, é preciso considerar que a equipe de saúde da família cria já tem um engajamento com a população coberta, o que torna a adesão às mudanças e ao tratamento mais efetiva. Há aí um grande impacto na prevenção de agravos que geram sinistros.

Qual é o papel que enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e outros profissionais de saúde podem desempenhar na atenção básica à saúde? Essa é outra coisa interessante da medicina de família. Para que ela seja bem-sucedida, é fundamental que se tenha uma equipe multidisciplinar, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares, agentes comunitários. Se a equipe puder contar com dentista e psicólogo, melhor ainda. Num programa de que participei, cada paciente tinha uma enfermeira ligada ao seu médico de família. Era como se médico e enfermeira formassem uma dupla. Contávamos também com uma psicóloga na equipe e com uma farmacêutica que checava todas as prescrições médicas para verificar se havia conflitos. Porque é muito comum o ortopedista receitar uma coisa, o neuro outra, e o médico de família nem sempre tem tempo de fazer essa análise cruzada. O paciente tendo ido ao especialista, a enfermeira tinha de ponderar o que aconteceu, o que foi prescrito. Toda consulta médica era precedida por uma pós consulta de enfermagem. Em geral, os pacientes, principalmente os idosos, entendem 30% do que o médico lhes transmite. Então, essa intervenção, que acontece depois que o paciente vai para casa, é fundamental. Se o paciente não entendeu ou entendeu errado, ele vai seguir a prescrição de forma errada. Os efeitos indesejáveis do tratamento, a que se dá o nome de iatrogenia, e o uso concomitante de muitos remédios, a polifarmácia, são problemas sérios no cuidado dos idosos. Por isso, em nosso trabalho sempre procuramos reduzir o número de medicamentos. Então, veja quantas facetas estão envolvidas na medicina de família. Quando é que um médico vai ter disponibilidade para fazer uma coisa dessas? Muito difícil. Ele precisa contar com o apoio de uma equipe multidisciplinar.

Levantamento feito pelo Núcleo de Saúde da SP4 Comunicação mostra que entre 2019 e 2022 houve uma piora em alguns indicadores: as consultas ambulatoriais diminuíram 35,2% em geriatria; 23,6% em clínica médica; 10,6% em ginecologia e 6,6% em urologia. Como analisar esses números? O levantamento traz números interessantes para serem analisados comparando o ano de 2022 com 2019. Observa-se, por

exemplo, uma queda de 7,5% no número das consultas ambulatoriais em quatro especialidades consideradas, não obstante um aumento de 6,8% no número de beneficiários no sistema. Ao mesmo tempo, verifica-se que houve um aumento de 3,8% no número de consultas em pronto socorro para o mesmo período. Agora, se calculamos as razões entre as consultas ambulatoriais em clínica médica — por serem as que mais se assemelham à APS — e o total de consultas, verificamos que essas consultas representaram 10,8% do total em 2019, e que esse percentual caiu para 8,7% em 2022. Ao fazermos a mesma conta considerando as consultas em pronto socorro e o total de consultas, vemos que consultas em pronto socorro, que corresponderam a 20,6% em 2019, passaram a representar 22,5% do total em 2022. Em resumo, caem dois pontos percentuais as consultas ambulatoriais em clínica médica, mas sobem os mesmos dois pontos percentuais as consultas em pronto socorro. Esses números sugerem que, à falta de uma porta de entrada acessível, como preconizado na APS, os usuários recorrem aos serviços de pronto atendimento como alternativa.

Núcleo de Saúde da SP4 Comunicação

São Paulo, março de 2024