

Resumo do Seminário sobre

“Atenção primária forte para pobres e para ricos. O que é e como se consegue em países desenvolvidos e em desenvolvimento”¹

SEMINÁRIO DE INOVAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA, SIAP, Nº 34 (COM SUA SESSÃO “SATÉLITE”, Nº 6)

Sessões presenciais em LIMA (PERU), 15 e 16 de agosto de 2017

O que é uma atenção primária forte?

“Atenção primária forte” é aquela 1/ em que os médicos gerais/de família, enfermeiros e outros profissionais da primária contam com o apreço social e profissional, 2/ têm uma formação à altura, que lhes permite ser polivalentes e resolutivos, 3/ são ativos em atividades de pesquisa, 4/ recebem uma remuneração adequada, 5/ têm autoestima fortalecida, 6/ oferecem acesso com flexibilidade, incluindo serviços necessários à domicílio, 7/ trabalham em um sistema sanitário que lhes facilita os meios e o tempo, 8/ são protegidos da “competição selvagem dos especialistas focais”, com regulação pro-coordenação, como o filtro ou o *gatekeeping*, que favorecem a cooperação e evitam a competição, 9/ impõe baixa ou nula coparticipação (co-pagamento) no ponto de atendimento do paciente/população para incrementar a equidade, 10/ facilita oferecer mais e melhor longitudinalidade e coordenação de cuidados, com menor rotação de pessoal, 11/ promove serviços apropriados a pacientes e população, 12/ aceita o paradoxo da atenção primária: resultados deficientes em cada doença em separado, mas excelente nas pessoas e comunidade em conjunto, 13/ pacientes e comunidade reconhecem os profissionais como sua primeira fonte de atenção e promovem sua própria saúde.

Uma atenção primária forte leva serviços necessários a ricos e pobres pois permite oferecer cuidados segundo a equidade. Além disso, protege os ricos dos excessos da medicina centrada nos especialistas focais. i,ii,iii,iv,v,vi,vii

O que facilita ou fortalece uma atenção primária forte?

Políticas claras, decididas e sustentáveis, com vontade de persistência e mantidas ao longo do tempo de forma que se busque a eficiência (alcançar aquilo que mais necessita e valoriza a população a um preço sustentável).

1. Planos políticos concisos e precisos, que contem com metas e prazos avaliáveis e que se estabeleçam considerando e respeitando os profissionais e a população/comunidade (incluindo as minorias). É necessário que esses planos sejam elaborados antecipando-se à “janela de oportunidade da ação política”, pois sua elaboração e debate contribuem ao clima de renovação e facilita sua rápida adoção.

2. Orçamento suficiente para a atenção, mantidos ao longo do tempo. São orçamentos específicos para a atenção primária orientados a melhora do seu resultado em saúde (mudança na morbidade e mortalidade, no sofrimento desnecessário e sanitariamente evitável, na carga de enfermidade) em pacientes, famílias e comunidade.
3. Descentralização prudente que atribua recursos aos municípios/regiões segundo a capacidade de gestão, reservando orçamento e decisões que aproveitem o poder de monopólio (quando no mercado há apenas um comprador para vários vendedores).
4. Formulação e financiamento da saúde em todas as políticas, para diminuir o impacto dos determinantes sociais que provocam e mantêm a má saúde.
5. Uma sociedade democrática e solidária em que a equidade e a solidariedade sejam valores centrais, na saúde, na educação, na justiça, no sistema fiscal e em outros campos para reduzir o cumprimento da Lei dos cuidados inversos. Isso exige flexibilidade e criatividade que permita dar respostas locais e gerais aos problemas em situações de restrição de recursos.
6. Associações fortes de médicos gerais/de família, que fomentem o profissionalismo e a pesquisa, capazes de dar apoio e gerar mudanças organizacionais e políticas.
7. Pesquisa que facilite a ação e inovação, com ações que se sustentem pela pesquisa, que as avalie constantemente de forma que se possam modificar para cumprir os objetivos previstos. Pesquisa quantitativa e qualitativa, reforçada pelas estruturas organizacionais, mas também desde "a base" (para dar resposta à curiosidade e na intenção de melhorar o profissional, com ou sem financiamento específico).
8. Atenção prestada por profissionais conhecidos, que ofereçam tratamento digno e respeitoso, polivalência e resolutividade, próxima e nos domicílios dos pacientes. Ou seja, com integralidade e longitudinalidade, individual, familiar e comunitária que busque transferir conhecimentos e habilidades à população para incrementar sua própria capacidade de resposta aos problemas de saúde.
9. Atribuição territorial da população à atenção primária para facilitar o trabalho intersetorial e a avaliação de impacto na saúde do trabalho realizado, com equipes funcionais no sentido de ter uma lista de pessoas definida e constantemente transferir entre seus membros conhecimento, capacidade, responsabilidade, autonomia e reconhecimento
10. Acessibilidade flexível com tendência à facilitar a atenção sempre pelo mesmo profissional e que evite barreiras culturais, geográficas, horárias e monetárias, com ênfase no favorecimento do acesso aos indivíduos vulneráveis e excluídos.
11. Uma reforma pró-conteúdo, que provenha recursos financeiros e materiais suficientes, incluindo pagamento adequado aos profissionais,

estabilidade no posto de trabalho, consultórios/postos/centros de saúde/locais dignos, tempos razoáveis para o trabalho clínico/comunidade e tecnologia dispersa apropriada para as necessidades locais.

12. Uma reforma pró-coordenação que transforme os especialistas focais em assessores, sua atenção em episódica, dê o monopólio do primeiro contato e da derivação/referência/encaminhamento ao médico geral/de família e garanta que este seja o "prescritor final" (quem aprova a introdução e mudança de processos diagnósticos e tratamentos, salvo nas emergências).
13. Formação na graduação dos profissionais centrada na atenção primária e nos generalistas, não nos hospitais e nos especialistas focais. Formação que vá mais além da medicina e inclua conhecimentos de antropologia, economia, ética, feminismo, política e sociologia. ("O médico que só sabe medicina, nem medicina sabe").
14. Reformas na educação que encurtem os períodos de pré e pós-graduação e mantenham a formação continuada, aproveitando as tecnologias atuais para capacitar e manter atualizados os conhecimentos e habilidades de todos os profissionais. Respeito à formação continuada é chave no trabalho de uma "unidade de inteligência" (pessoa ou grupo), capaz de difundir e promover a adaptação local das novidades/publicações/tecnologia de provável grande impacto na saúde e nos custos.
15. Exigência de especialização em atenção primária em medicina, enfermagem e outras profissões que se incorporem ao trabalho em atenção primária, com convocações abertas e públicas para ocupar os postos.
16. Exigência de especialização em gestão para os cargos de direção, com convocações abertas e públicas para ocupar os postos.
17. Exigência de que os profissionais sanitários em processo de especialização sejam devidamente considerados "trabalhadores em formação" e reconhecidos com um pagamento digno e com condições de trabalho orientadas para sua formação (e não como mão de obra barata)
18. Incentivos adequados para metas nos resultados de saúde (mudanças na morbidade e mortalidade), incluindo os necessários para promover a acessibilidade e a longitudinalidade, mesmo em regiões isoladas / remotas e a resposta sanitária de acordo com culturas, crenças, orientações sexuais, etnias e idiomas locais / de imigrantes.
19. Existência de um sistema de compensação de danos que evita as reivindicações judiciais (para reparar as consequências dos erros sanitários) e, ao mesmo tempo, gera uma cultura de segurança do paciente e da redução da frequência e impacto dos erros.

O que dificulta e debilita uma atenção primária forte?

1. Aceitar que as prioridades políticas são definidas em última instância no Ministério da Economia/Fazenda, de forma que os recursos financeiros não respondem tanto a valores sociais como às expectativas de mercado (o que leva ao aporte excessivo da atenção hospitalar, em detrimento da atenção primária e saúde pública).
2. Centrar o debate sobre a cobertura universal de saúde no debate entre público e privado, desviando a discussão da necessária implantação, para todos os habitantes, de uma atenção primária forte.
3. Considerar em excesso a questão dos "pacotes de benefícios" a oferecer, quando por definição, na atenção primária forte, a atenção se dá a todo o prevalente e a coordenação a todo o importante.
4. Difundir e sustentar uma ideologia política que se centra no indivíduo e que nega, na verdade, a existência da sociedade ("Não há alternativa, a sociedade não existe, só existem os indivíduos. Só são pobres os que querem ser"). Tal ideologia política se corresponde com uma ideologia científica e profissional arrogante centrada na "neutralidade" da ciência e da tecnologia e dos fatores de risco e estilos de vida que, geralmente, ignoram os riscos que implicam as condições de vida e determinantes sociais.
5. Implantar e difundir, mediante ideologia e legislação, um modelo de saúde baseado no lucro.
6. Manter uma organização sanitária, na qual, de fato, os pacientes sejam o "combustível", ou seja, que os pacientes girem em torno das agendas/interesses dos profissionais, e não o contrário.
7. Fascinação pela medicina tecnológica medicalizada ocidental, especialmente centrada no modelo dos Estados Unidos.
8. Aceitar que o conhecimento, a tecnologia e as respostas/soluções veem sempre "de cima" (cúspide política, acadêmica, organizacional, etc), com ignorância e desprezo pelas alternativas "de baixo" (profissionais da prática diária, comunidades, pacientes etc).
9. O serviço rural, que exige ao recém egresso ir trabalhar em comunidades isoladas, pelo descrédito nas mesmas da resposta institucional e pelo impacto nos próprios profissionais.
10. A opção de acesso direto a especialistas focais por parte de políticos, jornalistas, militares, funcionários e outros grupos, mantida pela legislação, que na verdade fragmenta o sistema sanitário em dois: um para "afortunados" e outro para a população em geral (esta, dividida por sua vez entre os que contam com seguridade social e os que contam com um sistema de beneficência).
11. Uma população que expropria a saúde pela medicina "ocidental", sem valores, sem cultura própria, sem organização, sem ideologia, pusilânime, ignorante, aspirante à juventude eterna, que crê no "risco zero" mediante prevenção e influenciada pelos interesses dos grupos de pressão, meios de comunicação, as modas e redes sociais.

12. A ênfase nas soluções de emergência ou de caridade para a resolução de problemas pontuais ("a caridade chega onde não há justiça"), o que debilita a equidade e a solidariedade.
13. As soluções "verticais" como resposta aos problemas prevalentes e/ou emergentes, por vezes forçadas pelas agências e fundações internacionais. Por exemplo, programas de ajuda a pacientes com HIV, ou com dengue, ou para gestantes, ou com tuberculose, para planejamento familiar, serviços diferenciados para minorias, atenção especializada para morrer em domicílio etc.
14. Persistência da ideia de que, em saúde, "quanto mais, melhor", e ignorância dos danos e custos dos excessos médicos. Em geral, o deslumbramento pela técnica e pelo diagnóstico.
15. Implantação de sistemas informatizados, orientados à gestão, e não à ação de melhorar a saúde (mudanças na morbidade e mortalidade, no sofrimento desnecessário e sanitariamente evitável, na carga de enfermidade).
16. Aceitação da "biometria", que traduz a saúde e bem estar nos indicadores e quantidades manipuláveis, com consequente expropriação da saúde a pacientes, famílias e comunidades. A saúde passa a ser definida em termos e cifras que definem os médicos e indústrias segundo seus interesses.
17. "Abdução" da ideologia, filosofia, ética, pesquisa e valores da atenção primária pelos especialistas focais, que "colonizam" todo o espectro sanitário até chegar à violência simbólica (o "dominador" exerce um modo de violência indireta e não fisicamente direta contra os "dominados", os quais não a evidenciam ou são inconscientes de tais práticas, e pelas quais são "cúmplices da dominação a que estão submetidos").
18. Manutenção de uma generalizada "síndrome do barqueiro", que bloqueia a transferência de novas tecnologias, desde os especialistas focais aos profissionais de atenção primária, como quando se reservam exclusividade a certos procedimentos a especialistas focais, indo contra a eficiência.
19. Expectativas sociais irreais, tipo em prevenir e evitar todo o mal, o sofrimento, inclusive a morte, que é vista como fracasso da medicina.
20. Pôr ênfase na cura *ad integrum*, com uma concepção biomecânica do ser humano que leva a rejeição do "cuidado", de espiritualidade, da intervenção comunitária e das medicinas complementares. E transforma a atenção às pessoas, famílias e comunidades em uma espécie de "oficinas de conserto de automóveis", desprezando o componente psicossocial de adoecimento.
21. A rigidez da organização que às vezes gera um aparato burocrático que chega a asfixiar a atenção clínica e comunitária, necessariamente variada para adaptar a atenção primária às circunstâncias locais.

22. A luta mal entendida contra o "intrusismo", com o exercício de poder de "atos" definidos segundo profissão, não segundo situação geográfica, nem necessidade de pacientes e populações.
23. Converter a atenção primária em "promoção e prevenção", com uma confusão contínua entre atenção comunitária, saúde pública (sanitarismo, epidemiologia etc.) e política sanitária, que leva a prestação de atenção clínica insuficiente e/ou de baixa qualidade.
24. A existência e aumento da desigualdade social, admitido consciente ou inconscientemente como algo "natural".
25. O desenvolvimento de macro-centros de atenção primária, com micro especialistas múltiplos que fragmentam a prestação de serviços no mesmo primeiro nível de cuidados.
26. Instituições/organizações prestadoras de serviços de saúde que, mesmo com discurso permanente em favor da atenção primária, persistem em manter/incorporar soluções e profissionais para um modelo de atenção centrado no hospital (inconsistente, ainda mais com a alegação de que as instituições de ensino devem formar recursos humanos para a atenção primária).

-
- i Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>
 - ii Boerma WGW. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the task of general practitioners. [doctoral thesis]. Utrecht: NIVEL; 2003. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>
 - iii Gervas J, Pérez Fernández M. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Rev Bras Epidemiol 2006; 9(3): 384-400. <http://equipocesca.org/el-fundamento-cientifico-de-la-funcion-de-filtro-del-medico-general/>
 - iv M. Isabel Pasarína,b,c,d, Silvina Berrab,e,f, Angelina González, Andreu Segurag, Cristian Tebé, Anna García-Altésa,b, Inma Vallverdúh and Barbara Starfield. Evaluation of primary care: The "Primary Care Assessment Tools - Facility version" for the Spanish health system. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000100003
 - v Shi L. The Impact of Primary Care: A Focused Review. <https://www.hindawi.com/journals/scientifica/2012/432892/>
 - vi Gervas J. #FortalecerAPS en Chile y en todo lugar. <http://www.actasanitaria.com/%E2%80%8Efortaleceraps%E2%80%AC-en-chile-y-en-todo-lugar/>
 - vii Gervas J. Atención Primaria fuerte para pobres en Yaupi (Perú) y para ricos en Leblon (Brasil). <http://www.actasanitaria.com/atencion-primaria-fuerte-para-pobres-en-yaupi-condorcanqui-peru-y-para-ricos-en-leblon-rio-de-janeiro-brasil/>