

# **UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE NO BRASIL**<sup>12</sup>

## **Relatório sobre** **COMO FORTALECER OS ACERTOS E CORRIGIR AS FRAGILIDADES DA** **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

*Por*

Juan Gérvas<sup>3</sup> y Mercedes Pérez Fernández<sup>4</sup>

Médicos gerais, Equipe CESCA, Madrid, Espanha

---

<sup>1</sup> RELATÓRIO DO PROJETO: “É POSSÍVEL TRANSFORMAR O CÍRCULO VICIOSO DE MÁ QUALIDADE EM UM CÍRCULO VIRTUOSO DE BOA QUALIDADE, NO TRABALHO CLÍNICO E COMUNITÁRIO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL” Projeto para avaliar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com ênfase em ambientes com Baixo Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil, através da visita a Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), com médicos líderes e/ou tutores

<sup>2</sup> Traducción del español al portugués por Rogério Machado.

<sup>3</sup> Juan Gérvas é médico geral, Equipe CESCA, Madri (Espanha), Doutor em Medicina e Professor Honorário de Saúde Pública na Universidade Autônoma de Madri, Professor Visitante em Saúde Internacional da Escola Nacional de Sanidade (Madri) e Professor de Gestão e Administração Sanitária na Fundação Gaspar Casal (Madri) e na Universidade Pompeu Fabra (Barcelona). [jgervasc@meditex.es](mailto:jgervasc@meditex.es) [www.equipoCESCA.org](http://www.equipoCESCA.org)

<sup>4</sup> Mercedes Pérez Fernández é médica geral, Equipe CESCA, Madri (Espanha), Especialista em Medicina Interna, Responsável de Ética em NoGracias (Espanha) e Presidente do Comitê de Ética da Rede Espanhola de Atenção Primária. [mpf1945@gmail.com](mailto:mpf1945@gmail.com)

## **PREFÁCIO:**

“Grande e estranho é Brasil”, parafraseando o peruano Ciro Alegría.

Dois médicos espanhóis, com 40 anos de experiência prática clínica em Atenção Primária e 30 anos de docência e pesquisa internacional, em organização de serviços e em avaliação de reformas, visitaram em 2011 esse Brasil grande e estranho que conhecem desde 1984.

Por iniciativa da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e com patrocínio do Governo Federal, avaliaram a Estratégia de Saúde da Família e sua aplicação na prática, na busca de sua melhoria.

A visita "às entranhas", à atividade diária de 70 centros de saúde em 32 cidades de 19 estados, e a entrevista de mais de 500 profissionais nestes centros, os leva a concluir que a Estratégia de Saúde da Família é um sucesso.

Mas, como luzes e sombras, como em todos os países do mundo, há uma ampla margem para a melhoria.

Este texto contém os elementos principais desta viagem em torno da Estratégia de Saúde da Família, os seus acertos, erros e carências, e se faz propostas de mudança na busca da eficiência, equidade, qualidade técnica e a segurança e os direitos dos pacientes.

As propostas se centram no "como", "como construir uma Atenção Primária forte no Brasil?".

Muitas propostas são aplicáveis a outros sistemas de saúde que promovam uma Atenção Primária forte.

## SUMARIO<sup>5</sup>

Prefácio.....	2
Índice.....	3
Resumo.....	4
Introdução.....	7
Brasil e seu sistema sanitário pela visão de alguns estrangeiros.....	11
Mitos sanitários brasileiros a partir da visão de alguns estrangeiros.....	17
Os objetivos do projeto.....	21
Material e métodos: síntese .....	24
Material e métodos: itinerário, coordenadores e centros de saúde visitados.....	27
Material e métodos: a visita aos centros.....	29
Material e métodos: a planilha de observação.....	34
Material e métodos: outras atividades.....	42
Resultados: síntese dos aspectos positivos gerais.....	45
Resultados: alguns exemplos positivos concretos.....	51
Resultados: síntese dos aspectos negativos gerais.....	57
Resultados: alguns exemplos negativos concretos.....	78
Interpretação dos resultados.....	87
A utilidade dos resultados.....	91
Algum “como” chave.....	94
Agradecimentos.....	100
Nota.....	101
Acrônimos.....	102

## RESUMO

---

<sup>5</sup> Este texto foi elaborado para ser lido seguindo a orden estabelecida. Porém, é possível acessar o resumo se já foi realizada a leitura do Resumo Técnico, disponível em:

[http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site\\_Acao=MostraPagina&PaginaId=524](http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&PaginaId=524)

<http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/%C2%BFcomo-construir-una-atencion-primaria-fuerte-en-brasil/>

Também podem ser considerados como “anexos” os dois textos “Brasil e seu sistema sanitário visto por alguns estrangeiros”, e “Mitos sanitários brasileiros aos olhos de alguns estrangeiros”.

## **CONTEXTO**

O Sistema Único de Saúde do Brasil cobre 60% da população com os centros de saúde que desenvolvem a Estratégia de Saúde da Família (atenção gratuita na ponta do serviço, com equipes de Atenção Primária e de Odontologia). Diversas avaliações permitem afirmar a idoneidade desta Estratégia de Saúde. No entanto, geram dúvidas quanto ao seu êxito em longo prazo: as resistências à sua difusão, o crescente desenvolvimento das Unidades de Pronto Atendimento (como válvula de escape aos problemas de acesso e de atenção a demanda não programável) e a expansão das alternativas privadas (planos de saúde e clínicas populares, entre outros).

## **OBJETIVOS**

Com este Projeto pretende-se responder à: a Estratégia de Saúde da Família tem alcançado na prática os fins aos quais se propunha? E se não alcançou, como conseguir isso? É objetivo geral do projeto conseguir que os médicos clínicos líderes e /ou tutores (preceptores) que atuam nas Unidades Básicas de saúde da Família (UBSF, os centros de saúde aonde se aplica a ESF) não cumpram o círculo vicioso que leva ao abandono das responsabilidades, a falta de compromisso com pacientes e comunidades e o trabalho sanitário em condições de baixa qualidade especialmente em regiões com baixo Índice de Desenvolvimento Humano.

São objetivos operacionais:

1/ Analisar a prática clínica diária local, para identificar a/ acertos, b/ erros, e c/ carências na aplicação da Estratégia de Saúde da Família.

2/ Demonstrar como utilizar a prática clínica diária para identificar e responder às necessidades docentes que facilitam a resolução dos problemas de pacientes e comunidades.

3/ Fomentar o cumprimento dos objetivos da Estratégia de Saúde da Família (evitar, tratar e ajudar em relação à doença, e prestar serviços que ajudem a morrer com dignidade).

4/ Promover os melhores valores clínicos, em torno do uso e distribuição do tempo de trabalho, do controle da incerteza, do trato e trabalho digno e do acompanhamento dos erros clínicos e comunitários e,

5/ Elaborar algumas recomendações práticas gerais em que se reúne o essencial do projeto, com a pretensão de sua difusão para fomentar a prática de uma atividade clínica e comunitária de qualidade especialmente em ambientes de baixo Índice de Desenvolvimento Humano.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Foram visitados 19 Estados do Brasil (Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe).

O trabalho de campo supôs a visita, como norma, das sete da manhã às cinco da tarde, a 70 centros de saúde, geralmente Unidades Básicas de Saúde da Família. Do total, 11 centros foram não docentes; e 10 rurais.

Além disso, foram visitadas unidades especiais, como NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Equipe da Área de Combate à Dengue, PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e Unidade de Saúde Mental.

No total entrevistamos 506 profissionais de diferentes âmbitos e categorias, e comparecemos e participamos de 150 encontros de profissionais com pacientes-grupos-comunidades.

## **RESULTADOS**

A visita permitiu constatar que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Brasil tem sido uma Estratégia acertada, porém, com luzes e sombras.

Os maiores acertos da ESF são: a/ a sua própria existência ao longo de décadas, b/ a mudança de modelo com profissionais generalistas, conservando os agentes comunitários de saúde (ACSs) ao mesmo tempo em que se introduziu o médico da família, c/ a

inclusão de serviços de farmácia e odontologia nas UBSFs, d/ o compromisso Federal, Estadual e Municipal em seu desenvolvimento, e/ a independência da prática clínica da influência direta da indústria farmacêutica, f/ a dotação de pessoal variado, agrupado em equipes multidisciplinares que se entregam decididamente a seu trabalho, g/ a inclusão de medicamentos suplementares, h/ o desenvolvimento da Telessaúde, e i/ a implantação prioritária em zonas de baixo Índice de Desenvolvimento Humano.

Os maiores erros são: a/ a falta de desenvolvimento tecnológico, gerencial e científico da ESF, ancorada em um modelo para país pobre por mais que hoje o Brasil seja uma potência econômica mundial, b/ a persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica, fomentam um modelo rígido e fragmentado de atendimento e, ainda, muitas vezes, têm fundamento científico frágil, c/ a ênfase em uma “visão preventiva” que acarreta o escasso desenvolvimento da atividade clínica curativa (descumprindo com o princípio de integralidade), d/ o encaminhamento excessivo aos especialistas e a urgências (com as conseqüentes listas de espera) por uma organização em que quase todos os profissionais fazem menos do que poderiam, e/ a “ocupação” dos centros de saúde-UBSFs e, em geral, dos serviços, pelos pacientes e sadios “estáveis e obedientes” (capazes de cumprir as consultas e normas rígidas), f/ a utilização rotineira exagerada dos recursos disponíveis (por exemplo, a triagem pelos auxiliares dos pacientes todas as vezes que consultam, ou a persistência do uso das salas de nebulização, ou a utilização exagerada de antibióticos nas cistites) e g/ uma política de pessoal, salários e incentivo muito variável, e que não fomenta a permanência dos profissionais nas comunidades às quais servem.

As maiores carências são a/ a falta de prestação de uma ampla categoria de serviços curativos e preventivos, “normais” e de urgência, nas UBSFs ou no domicílio (o que explica, entre outras coisas, junto às listas de espera, a avassaladora implantação das Unidades de Pronto Atendimento e o sucesso dos diferentes “planos de saúde privados” e “clínicas populares”), b/ a escassa coordenação entre níveis de atendimento, com duplicação de serviços, c/ a falta de médicos da família qualificados para cobrir todos os postos de tais (chegam apenas a 5% do total das Equipes) e, em geral, a falta de médicos (muitas UBSFs trabalham rotineiramente com Equipes nas quais não há médico, ou somente por curtos períodos de tempo), d/ a falta de desenvolvimento de Equipes funcionais às quais sejam delegadas funções e responsabilidades de forma que cada profissional enfrente casos complexos apropriados à sua formação, e e/ a ausência de uma política de fomento do trabalho com dedicação exclusiva, y f/ uma deficiente política de formação e inserção da Medicina de Família em conjunto docente assistencial<sup>6</sup>.

## **RECOMENDAÇÕES**

Sugeriríamos que a ESF fosse definida com maior precisão para se transformar em uma estratégia Federal com um amplo denominador comum, que comprometesse a todos os partidos políticos na melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS), e que tal ESF se expandisse até cobrir 100% da população para manter e acrescentar a saúde e a competitividade do Brasil. Uma ESF apenas para pobres acaba sendo uma ESF pobre.

A ESF definida com um modelo Federal implicaria no desenvolvimento de a/ uma Atenção Primária centrada no paciente e sua família, e na comunidade, universal, íntegra (preventiva, curativa e reabilitadora), descentralizada e com participação popular, b/ uma Atenção Primária forte e resolutiva, muito acessível, com profissionais polivalentes capazes de responder neste nível a 90% das necessidades da população, c/ uma Atenção Primária com o médico de família como primeiro contato médico, de perto com a Equipe funcional, capacitado e dotado com tecnologia adequada, d/ um SUS em que todos os

---

<sup>6</sup> Convem destacar o trabalho positivo da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, em prol da melhoria da formação dos residentes, cujo melhor exemplo é: Lopes JMC, Fernandes CLC, Curra LCD, Mattos LFC. Manual da oficina para capacitar preceptores em Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis; SBMFC; 2009.

especialistas<sup>7</sup> (inclusive pediatras, ginecologistas e clínicos gerais) trabalhem como consultores dos médicos de família, de forma que estes coordenem de forma efetiva os serviços (com independência do lugar e momento em que se prestem) e e/ um SUS em que a Atenção Primária seja de país desenvolvido (bem dotada em tecnologia e ciência), e filtro para o nível especializado, como corresponde a um Brasil moderno, saudável e competitivo.

O objetivo global do SUS, a melhora e fomento da saúde dos brasileiros, exigem um “bom governo sanitário” que assegure o melhor uso dos recursos públicos, com transparência, e com o fomento da ESF (e a implantação universal das UBSFs) como forma de dar a melhor resposta às necessidades da população e dos pacientes. O “bom governo sanitário” se define pelo compromisso de publicação com transparência das contas públicas (receitas e gastos) e da realização de objetivos ajustados aos valores sociais e sanitários, assim como dos alcances e resultados em saúde, pelo seguimento dos princípios de ética democrática, fundamentalmente equidade e eficiência.

---

<sup>7</sup> Se chama chama médico geral o médico mais acessível e próximo, ao médico “da família”, ao que coordena o acesso e os serviços dos outros médicos especialistas. Em muitos países se conhece o médico geral por esse nome; em outros seu novo nome é “médico de família”. Em todo caso, ser médico geral ou de família é ser um especialista, com residência obrigatória nos países da União Européia, Austrália, Brasil, Canadá, Nova Zelândia e outros. Chamamos médico generalista ao médico de cabeceira, o médico geral que atende ao paciente e a sua família em todos os casos e situações (no consultório e no domicílio do paciente à morte, e desde à saúde até a doença)

E que solicita o trabalho do consultor médico especialista em situações episódicas que requerem tecnologia ou conhecimento específicos. O nome de “médico de cabeceira” alude à visita a domicílio, a estar junto à “cabeceira” da cama do paciente; também alude a conselho da família, que se frequenta e aprecia. O médico geral se transformou em “médico de família” nos EUA, na década de 60 do século XX, por rejeição do Comitê de Especialização a reconhecer como uma especialidade o que se dedicava ao geral. O nome de médico de família é o que se emprega oficialmente no Brasil, Espanha e outros países. Persiste o nome oficial de médico geral no Reino Unido, Irlanda, Holanda, Noruega, França, Nova Zelândia e outros países. Na União Européia (27 países, 500 milhões de habitantes) para trabalhar no Serviço de Saúde público se exige o título de especialista em Medicina Geral-de Família (residência de três anos, no mínimo).

## INTRODUÇÃO

A distância entre teoria e prática costuma ser gigantesca em quase todos os aspectos da vida, e não podia ser diferente no setor sanitário.

Chamamos eficácia às possibilidades do sistema sanitário nas melhores condições possíveis, e efetividade as possibilidades nas condições habituais. Pois bem, um abismo separa a efetividade da eficácia, entre o que se faz e o que se poderia fazer na atividade sanitária<sup>8</sup>. Ou seja, existem tecnologias e conhecimentos que não se aplicam no trabalho clínico nas condições habituais. Possuímos imensa capacidade clínica que não é empregada na prática diária.

Em geral, dedicamos enormes esforços para desenvolver novas idéias, tecnologias e formas de resolver problemas de saúde, porém, apenas há preocupação em aplicar tais melhorias no trabalho diário. Com isso, o resultado é menos saúde e mais gasto. Tal desperdício é algo que não pode ser permitido nem em países ricos e nem em países pobres, contudo parece consubstancial à forma de trabalho no sistema sanitário (público e privado).

Por isso é essencial se perguntar sobre “como?” (como superar o abismo entre a efetividade e a eficácia?). Por exemplo, como melhorar a Atenção Primária do Brasil? Por mais que a pergunta traga implícita a hipótese de que na Atenção Primária do Brasil também há um abismo entre a eficácia e a efetividade (entre o que se podia fazer e o que se faz).

No Brasil existe uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) que desde o setor público tem reformado muitos centros de saúde para oferecer serviços variados de forma que uma equipe multiprofissional, com um médico de família, dê resposta aos problemas sanitários freqüentes e coordene os serviços para todos os demais problemas. A melhor expressão prática da ESF é a Política Nacional de Atenção Primária<sup>9</sup>.

Segundo a teoria da ESF, na formulação da Política Nacional de Atenção Primária, os centros de saúde deveriam ser resolutivos e acessíveis, com capacidade para dar resposta preventiva, curativa e de reabilitação a problemas agudos e crônicos freqüentes e relevantes, nos centros de saúde na comunidade, com atividades programadas e a demanda desenvolvida por uma equipe que estabelece vínculos com os pacientes e a comunidade e leva em conta a dinâmica da população adstrita; as equipes coordenam os

---

<sup>8</sup> Ortún V. Mejor (servicio) siempre es (más) salud. Rev Españ Salud Pública. 2006;80:1-4. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000100001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000100001&script=sci_arttext)

<sup>9</sup> Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Série Pactos pela Saúde; vol 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/politica\\_nacional\\_atencion\\_primaria.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/politica_nacional_atencion_primaria.pdf)

cuidados que se prestam em outros serviços, promovem uma atenção personalizada (“humana”) a indivíduos, famílias e comunidades e buscam a equidade. Tais centros de saúde recebem o nome de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), nas quais trabalham Equipes de Atenção Primária que aplicam a ESF.

Esta ESF tem tido notável impacto em indicadores de saúde, tais como a mortalidade neonatal ou as internações evitáveis, e constitui uma opção excelente para a melhora dos serviços sanitários<sup>10112</sup>.

Os objetivos da ESF coincidem com os do sistema sanitário: 1/ evitar, tratar e paliar as enfermidades e lesões agudas e crônicas e 2/ ajudar a morrer bem (no hospital e na casa do paciente)<sup>13</sup>. Contudo, a ESF tem alcançado os objetivos a que se propõe? E se não tem alcançado, como fazer para conseguir isso?

As respostas a estas duas incômodas perguntas não podem ser puramente ideológicas, no sentido de idéias que interpretam a realidade e a acomodam para que satisfaça aquelas.

Assim, poderia existir um acordo global entre políticos, gestores e profissionais sobre a “bondade” do modelo ESF, entretanto os fatos poderiam fazer pensar ao contrário.

Os fatos fazem pensar que, como em todos os países, há um abismo entre a teoria e a prática, com a grande variabilidade segundo os Municípios; a destacar os problemas de acessibilidade, de integralidade e de coordenação<sup>1415</sup>. Por isso, uma parte da população coberta pela ESF não tem acesso à atenção em horas convenientes, nem à variedade de serviços que precisa. Tal população resolve a situação utilizando em excesso as, também públicas e de atenção grátis no ponto de serviço, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e por isso as UPAs são muito populares entre essa população e entre os políticos (como o Serviço de Atenção Móvel de Urgência, SAMU, de ambulâncias, também público e gratuito).

A origem deste projeto está nestes fatos, na popularidade e extensão das UPAs (*walk-in*

---

<sup>10</sup> Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambulatory Care Manage.* 2009;32:115-22.

<sup>11</sup> PaímJ, Travessos C, Almeida C, Mazinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet* 2011;377:1778-97.

<sup>12</sup> Harris M. Brazil's Family Health Program *BMJ* 2010; 341:c4945

• <sup>13</sup> Hasting Center. Los fines de la Medicina. Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas; 2004. [http://www.ehu.es/SEMDE/archivos\\_pdf/Los%20Fines%20de%20la%20Medicina%20%28Informe%20Hastings%29.pdf](http://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/Los%20Fines%20de%20la%20Medicina%20%28Informe%20Hastings%29.pdf)

<sup>14</sup> Harzheim E y col. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde. *Navegadorsus* (nº 3). Brasília: OPS-Brasil; 2011.

[http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=87&Itemid=](http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=87&Itemid=)

<sup>15</sup> Giovanella L, Mendonça MH, Almeida P et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciencia Saúde Colectiva.* 2009;14:783-94. <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n3/14.pdf>



*clinics*) pelo Brasil. Contudo o espelho disso não reflete apenas o uso das UPAs pela classe baixa que não recebe atenção adequada nos centros de saúde. São feitos, também, a aspiração das classes médias em ter um “plano de saúde privado”, e a popularidade e extensão das também chamadas “clínicas privadas populares” (que atraem inclusive as classes baixas). O setor privado, com seu acesso direto aos especialistas e às provas diagnósticas é potente e está em crescimento (por mais que seus serviços tenham também problemas e fragilidades).

Em todos esses casos, os cidadãos votam com os pés e os políticos continuam.

O que dizem os cidadãos, e os políticos? Que a ESF não está dando de si tudo o que poderia dar, que a ESF tem um amplo caminho de melhora, que a ESF não alcançou todos os objetivos a que se propunha. É o esperado, por outra parte, pois o abismo entre a eficácia e a efetividade na prestação de serviços sanitários é um problema mundial<sup>16</sup>, e não seria diferente no Brasil. Também é mundial a tensão entre uma Medicina tecnológica, desumanizada e especializada e uma Medicina científica, geral e próxima<sup>17</sup>.

Os serviços de saúde têm uma longa história, desde a pré-história. Os profissionais têm sido sempre generalistas. Apenas a partir do final do século XX começou a especialização dos médicos, pelo desenvolvimento dos hospitais, das tecnologias e do capitalismo (o médico especialista pode oferecer serviços que a classe alta pode pagar)<sup>18</sup>. Entre os países desenvolvidos, apenas os EUA carecem de um sistema sanitário público que cubra toda a população. Os serviços públicos dos países desenvolvidos se implantaram ao longo do século XX, e geralmente contaram com um nível básico (fundamental, não elementar), porta de entrada e primeiro contato com o sistema sanitário que conhecemos como Atenção Primária. Neste nível existe um médico (geral ou de família) capaz de coordenar os cuidados dos especialistas e de responder por si mesmo, e/ou com uma equipe multiprofissional, a 90% dos problemas do paciente e da comunidade.

Nos países desenvolvidos onde existe uma Atenção Primária forte há uma saúde melhor, e o custo do sistema sanitário é menor<sup>19</sup>. Por sua vez, os países com uma Atenção Primária forte contam com fortes associações de médicos gerais ou de família, como se

---

<sup>16</sup> Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21<sup>st</sup> century. Washington: National Academy Press;2001.

<sup>17</sup> Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia..Aten Primaria. 1995;16:501-6. <http://www.equipoesca.org/politica-sanitaria/caracterizacion-del-trabajo-asistencial-del-medico-general-de-familia/>

<sup>18</sup> Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona: Ediciones Científico Técnicas, 1994.

<sup>19</sup> Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83:457-502.

tem demonstrado reiteradamente na Europa<sup>2021</sup>. Tais associações apóiam e lideram as mudanças necessárias para conseguir responder às necessidades dos pacientes e das comunidades.

No Brasil existe a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que reúne os médicos de família e defende a ESF. É prova da força da SBMFC a sua capacidade de crítica construtiva e de impulso para a mudança. Por isso, a SBMFC tem sido capaz de fazer as duas perguntas incômodas citadas (a ESF tem conseguido alcançar os objetivos a que se propõe? E se não tem, como conseguir isso?) e ao encarregar este Projeto para respondê-las demonstra seu compromisso com a saúde dos brasileiros e com o melhor propósito dos políticos do Brasil<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> Gérvas J, Pérez Fernández M. Western European best practice in primary health care. Eur J Gen Pract. 2006;12:30-3. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000100001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000100001&script=sci_arttext)

• <sup>21</sup> Rico A, Saltman RB, Boerma WB. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. Social Policy Administr 2003; 37:592-608.

<sup>22</sup> **Os erros e os equívocos neste texto e no Projeto em geral são responsabilidades exclusivas dos autores; a SBMFC prestou seu apoio para evitá-los. Os autores usaram o melhor de seu conhecimento e consciencia, de seu trabalho e de sua vida para assegurar a exatidão e interpretação das observações, e aceitam encantados retificações e recomendações de mudança e melhoria deste relatório.**

## **BRASIL E SEU SISTEMA SANITÁRIO<sup>2324</sup>, PELA VISÃO DE ALGUNS ESTRANGEIROS**

O Brasil de 2011 é a sétima potência econômica mundial.

Em extensão geográfica é a quinta nação do mundo (atrás da Rússia, Canadá, China e Estados Unidos), com seus 8,5 milhões de quilômetros quadrados.

Pela sua demografia também é a quinta nação do mundo (atrás da China, Índia, Estados Unidos e Indonésia) com seus quase 200 milhões de habitantes.

Para comparação, os 27 países da União Européia agrupam 500 milhões de habitantes em 4,32 milhões de quilômetros quadrados. Desta forma, a União Européia inteira quase caberia no território da Amazônia (3,6 milhões de quilômetros quadrados).

84% da população brasileira é urbana. As cidades que estão crescendo são as de tamanho médio, entre 100 e 500.000 habitantes. A maior concentração urbana é a de São Paulo, com vinte milhões de habitantes.

Em média, vivem 3,3 pessoas por domicílio.

O analfabetismo afeta 9% da população.

A renda *per capita* no Brasil é de quase 11.000 dólares (superior a do México, de 10.000 dólares; na Espanha está em torno de 22.000, decrescendo pelo impacto da crise). A classe socioeconômica mais populosa é a classe média (C) que constitui 51% da população (as classes sociais se categorizam em A,B,C,D e E, sendo esta última a de menor número). Há quase dois milhões e meio de pessoas sem renda alguma.

A energia elétrica chega a 99% dos lares; a água encanada a 83%; a coleta de lixo a 88%. 55% das casas têm serviço de tratamento de esgoto<sup>25</sup>.

Em 2010 o crescimento populacional foi de 1,2%. Cada ano há dois milhões de partos, sendo 40% por cesárea (até 80% entre mulheres de classe alta). A taxa de fertilidade está em torno de 1,9.

A expectativa de vida ao nascer no Brasil é de 73 anos (70 para os homens, 76 para as mulheres). A mortalidade infantil é de 20 por mil (em alguns estados do sul as taxas são inferiores a 10 por mil).

72% das mortes se dão devido a doenças crônicas não infecciosas (enfermidades

---

<sup>23</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010. [http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php)

<sup>24</sup> A informação sobre o sistema sanitário e a saúde e doença provem de distintas fontes, que serão citadas ao longo do texto, quando for mais apropriado.

<sup>25</sup> O serviço de águas residuais não implica a depuração destas águas, que as vezes são jogadas diretamente em rios, lagos, grandes charcas ao ar livre e no mar.

cardiovasculares, respiratórias, câncer, diabetes e outras). As causas externas provocam 13% das mortes, com taxas de homicídios de 27 por cem mil e de acidentes de trânsito de 24 por cem mil (na Espanha, respectivamente 1,2 e 7). As infecções provocam 10% das mortes. A mortalidade infantil e materna representa 5% da mortalidade.

O gasto sanitário está em torno de 8,4% do Produto Interno Bruto. São públicos 42% do mesmo (por comparação, na Espanha é público 72% do gasto sanitário, no Japão 81% e na Dinamarca 85%)<sup>26</sup>. Por isso dizemos que o Brasil não tem um sistema sanitário público universal, já que o financiamento público não chega a 50%.

O setor privado no Brasil é muito potente, e cobre 23% da população, cerca de 60 milhões de pessoas (em cidades como Belém, por exemplo, há 400.000 pessoas com planos privados de saúde e uma população total de 2 milhões).

Existem subsistemas públicos para trabalhadores e empregados de empresas como Petrobrás, ou o Banco do Brasil (que tem adotado a ESF em sua Caixa de Assistência dos Funcionários, CASSI).

Há um Sistema Único de Saúde (SUS), público, fundado após a ditadura militar, em 1988. O SUS é um exemplo internacional<sup>27</sup>, porém cobre apenas 75% da população, por mais que haja desenvolvido uma acreditada rede pública de centros de saúde, com profissionais assalariados (financiamento e provisão pública) e prestação gratuita de serviços no ponto de atenção.

Na Atenção Primária a Rede do SUS tem cerca de 60.000 unidades. Muitas unidades respondem a uma atenção tipo policlínico soviético, com acesso direto a *clínico geral* (muitos, especialistas em Medicina Interna), ginecologista e pediatra; são as Unidades Básicas de Saúde (UBS). A princípio as UBSs deveriam se transformar em UBSFs, ao se implantar a Estratégia de Saúde da Família, contudo seguem sendo populares entre a população (e muitos políticos) que parecem preferi-las à sua alternativa (as UBSFs).

No início dos anos noventa desenhou-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que começou a ser aplicada quase de imediato e se generalizou em 1998, de impulso e financiamento parcial Federal (Governo de Brasília), Estadual (Governo de cada estado) e Municipal, porém com controle e aplicação descentralizada, Municipal. A ESF promove o desenvolvimento de uma Atenção Primária forte. O objetivo era chegar a atender a 100%

---

<sup>26</sup> Se discutem as taxas do gasto sanitário no Brasil, mas há coincidência em que o gasto público está em torno de 40-45% do total, e que o gasto privado cresce mais rapidamente que o público. Além disso, o gasto Federal está representado menos cada vez, com relação ao Estadual e Municipal. Inclusive em revistas estrangeiras de negócios se comenta sobre a necessidade de injetar mais fundos públicos: Health care in Brazil. An injection of reality. <http://www.economist.com/node/21524879>

<sup>27</sup> Uauy R. The impact of the Brazil experience in Latin America. Lancet. 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60437-6.

da população com tal ESF, porém, apesar dos pesados investimentos, a cobertura em 2011 gira em torno dos 60%, com aproximadamente 32.000 Equipes de Atenção Primária. As Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) executam a Estratégia de Saúde da Família com equipes nas quais há 1 médico (generalista, idealmente especializado em Medicina de Família, porém há atualmente aproximadamente apenas 3.000 com tal titulação, via MIR – residência de dois anos – ou exame, contra um total de 32.000 equipes), 1 enfermeira, 1 auxiliar/técnico de enfermagem e , geralmente, seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Existem 250.000 ACSs em todo o Brasil, e são a base do SUS (e a semente desde que se originou a Atenção Primária). Vivem na comunidade, possuem ensino fundamental e recebem capacitação inicial para seu trabalho de visitas a domicílio e com a população; eles fazem o cadastro, de forma que registram as condições de vida das casas e de seus moradores (cada um costuma encarregar-se de uma “micro área”). Sua formação e compromisso são muito variadas, há capazes e resolutivos, quase únicos em populações isoladas. Tem sido demonstrado seu impacto positivo especialmente com relação à saúde materna e infantil<sup>28</sup>

Os nove membros da equipe atendem cerca de 4.000 pessoas, definidas segundo limites geográficos (não há liberdade de escolha nem de médico, nem de equipe) <sup>29</sup>.

As UBSF contam com um diretor/gerente, que geralmente é enfermeira, assistente social ou administrativo, quase nunca médico. Tal diretor/gerente tem pouca autonomia e baixa liderança, e seu trabalho é predominantemente administrativo e burocrático. Sua nomeação e permanência dependem do vai-e-vem político e por isso não costumam desenvolver uma carreira profissional.

As UBSF também têm equipes de odontologia, com odontólogos, auxiliares e técnicos, cujo trabalho é basicamente preventivo. Há cerca de 25.000 equipes de Odontologia.

Ainda assim, as UBSF contam com farmácia, que oferece gratuitamente os medicamentos de uso freqüente (segundo lista básica que pode ser modificada localmente através de um complexo processo) e os específicos para algumas doenças, como lepra e tuberculose (há um programa, Farmácia Popular, que oferece os medicamentos, também gratuitamente ou a baixo custo, nas farmácias privadas que aderirem o mesmo). As farmácias dos centros de saúde sempre dependem de um farmacêutico que organiza e supervisiona o trabalho nas mesmas.

---

<sup>28</sup> Giuglian C. Agentes Comunitários de Saúde: efectividade no Brasil e proceso de impantação em Angola. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. Tese de doutorado.

<sup>29</sup> 4.000 habitantes no máximo, e 3.000 o recomendado, segundo a Portaria 648-2006.  
<http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>

Os Centros de saúde recebem visitas regulares do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), de composição variável, mas que geralmente inclui farmacêutico, psiquiatra, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta. Em alguns casos, as consultas de matriciamento, que dão suporte especializado ao centro de saúde para consultas, para situações e casos específicos.

No SUS, e nas UBSF, há uma abundância de "coleta de dados", às vezes burocrático, que consome tempo e esforço incalculável. No entanto, não constitui em um verdadeiro sistema de informações para tomar decisões e avaliar suas conseqüências. Em muitos casos são dados do processo que não costumem medir a cobertura das atividades (por exemplo, se sabe o número de citologias realizadas, mas não as mulheres que nunca fizeram uma citologia).

As UBSF foram primeiro implantadas em áreas de baixo Índice de Desenvolvimento Humano e se orientaram para prevenção e promoção da saúde, com programas e protocolos verticais que respondiam a um padrão de morbidade e mortalidade de país em desenvolvimento. Houve uma reforma pró-conteúdo que as dotou do mais básico (mas, por exemplo, costumam ter apenas "um" telefone por UBSF e em falta desde material de sutura à morfina, desde espirômetros a eletrocardiógrafos, desde de sondas uretrais a cateteres de urina).

Equivocadamente, ao contrário da Política Nacional de Atenção Básica, em muitos casos, entende-se que UBSF deve ser dedicada quase exclusivamente "para prevenção e promoção da saúde", a programas e protocolos verticais de diferente índole (da criança sã, mulher grávida, hipertensão, etc.). Isso leva à organização comum de atendimento em "programas", com turnos de manhã-tarde para, por exemplo, mulheres grávidas, crianças, hipertensão, domicílios, citologias e outras. Na prática existem dificuldades para lidar com os que não são pacientes "programados" (agendados) e sua capacidade de resolução é baixa.

A resposta a urgências, mesmo pequenas, e a emergências é, geralmente, muito pobre.

Como regra geral, as estruturas físicas da UBSF são suficientes, mas o ambiente e projeto são frios e impessoais.

Não foi feita reforma pró-coordenação (que dá o monopólio do primeiro contato aos médicos de família das UBSF, e enquanto o poder de filtro para a atenção especializada). A persistência das UBSF (com acesso direto a especialistas, como internistas, pediatras e ginecologistas) é indicativo da carência de reforma pró-coordenação; também, a ausência quase sistemática de relatórios (contra-referência) de alta hospitalar, ou depois da visita ao especialista, ou após consulta nas UPAs.

O déficit curativo vai contra o princípio da integralidade do SUS (os outros princípios são: universalidade, descentralização, equidade e participação popular), e as dificuldades para o acesso e a escassa resposta à demanda espontânea e às urgências, contra os princípios da política Nacional da Atenção Básica (a ESF). A escassa ou nula coordenação vai contra a saúde dos brasileiros e impede alcançar a missão do SUS e da ESF.

Os Municípios diminuem o déficit curativo com Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de vários nomes, dependendo da localização. São centros que atendem a "urgências" intermediárias, desde problemas de saúde dos trabalhadores (que encontram as UBSF e UBS fechada às cinco horas da tarde, com algumas exceções) a questões menores, tais como feridas e lesões. Costumam contar com desfibrilador e carro de parada, mas sua dotação é escassa (normalmente não há um oftalmoscópio ou glucagon, por exemplo).

As condições de contrato de médicos e enfermeiras dependem muito do município, e não são raros os exemplos de contratação instável. Não existem incentivos para a dedicação exclusiva e a realização de plantões em Unidades de pronto Atendimento é algo comum entre os médicos da equipe. Os salários mensais dos médicos são variados, entre 4.000 e 12.000 reais (cerca de 3.500 euros em média<sup>30</sup>). As condições do contrato são piores quando se "terceiriza" a gestão das UBSFs, o que não é raro. No nível mais baixo de salários estão os ACS, administrativos, recepcionistas e técnicos auxiliares, que geralmente recebem um salário mínimo (aproximadamente 600 reais; se estima que para sobreviver seja necessário pelo menos o dobro; por isso não é incomum que estes profissionais tenham pelo menos um trabalho "extra").

A rotatividade de médicos e enfermeiros nas equipes é muito alta, sendo que poucos permanecem mais de dois anos na mesma UBSF.

O grau de implementação da UBSF não dá nenhuma idéia de sua capacidade de resolução. A descentralização sanitária tem vantagens e desvantagens, entre estas, o excesso de dependência dos avatares políticos locais. Cada município usa a "marca" ESF para designar realidades muito distintas, algumas muito carentes e algumas excelentes, como no Rio de Janeiro. Em geral, os estados do Sul, com cidades como Curitiba, São José dos Pinhais, Porto Alegre e Florianópolis estão mais perto de um "modelo europeu e canadense" de Atenção Primária.

Em suma, o Brasil já tem um perfil econômico, social e de saúde dos países desenvolvidos, tem e está respondendo aos principais problemas infecciosos e planejamento familiar, tem um sistema de saúde que poderia lidar com a transição

---

<sup>30</sup> O salário mensal médio dos trabalhadores do Brasil é 1.600 reais (cerca de 640 euros).

epidemiológica, e tem uma ESF que é a semente de uma Atenção Primária forte. Na prática, existem problemas graves e uma enorme tensão entre o forte crescimento do sistema privado e a anemia do público. Há a tentação de copiar os EUA e fornecer uma Atenção Primária básica (fundamental) para os pobres, com uma oferta privada especializada e tecnológica às classes média e alta



## MITOS SANITÁRIOS BRASILEIROS, A PARTIR DA VISÃO DE ALGUNS ESTRANGEIROS

Enquanto os teóricos da Saúde Pública e da Atenção Primária no Brasil foram e são mundialmente famosos, espanta a repetição freqüente por profissionais de saúde de certos mantras profissionais que obscurecem e dificultam o debate em ambos os campos sanitários. Devem estar cientes da filosofia e da ideologia por trás destes mantras, para superar as barreiras culturais.

Entre os mantras mais aceitos e repetidos:

1. "Todo brasileiro tem direito a saúde". É certo que a Constituição Brasileira atribui este direito, mas é de impossível cumprimento. É como se a Constituição Brasileira assegurasse o direito a inteligência, o direito à beleza, o direito a paz interior, o direito a bondade, e/ou direito a felicidade. A constituição pode assegurar o direito a proteção, promoção, prevenção da saúde e a atenção curativa, o que não é pouco<sup>31</sup>. Nas sociedades desenvolvidas se aceita que o estado é responsável pelos cursos de ação que levam à proteção da saúde (estabelecer e fazer cumprir a legislação que evite danos), a promoção da saúde (desenvolver atividades que levem à melhoria da saúde), a prevenção da doença e do sofrimento (evitar o desenvolvimento de doenças e diagnosticá-las em fase pré-clínica) e a organização da prestação de cuidados curativos e de reabilitação aos doentes e lesionados. É fundamental que tudo isso se aplique de forma equitativa, de maneira que sejam as pessoas e os grupos mais necessitados os que recebam a atenção proporcionada. O direito a saúde é um absurdo que ofusca o debate e o cumprimento dos deveres (mais simples, porém fundamentais) do Estado
2. "O Brasil é o único país no mundo com mais de cem milhões de habitantes que tem um sistema de saúde público universal." Não é verdade, infelizmente, já que no Brasil existe apenas a lei e o desejo de oferecer um sistema público, único e universal, mas ainda não atingiu esse objetivo, pois o financiamento privado é ainda superior a 50%. Por outro lado, o Japão, com 120 milhões de habitantes, oferece um sistema público de saúde com cobertura universal. O mesmo da União

---

<sup>31</sup> Gérvas J. Atención Primaria, de la teoría a la práctica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008. <http://www.equipoesca.org/index.php?s=cadernos>

Européia (27 países, 500 milhões, com mais de 65% de legislação em comum). O tamanho da população não é um problema em si, mas uma circunstância a ser reconhecida.

3. "Sendo o Brasil um país continental, tudo é mais difícil." Verdade, mas o Canadá é maior do que o Brasil e também são continentais a Austrália e a União Européia (e todos eles se adaptam ao tamanho). Por exemplo, os Flying Doctors na Austrália, clínicos gerais e pilotos que voam com aviões prestando atenção em locais remotos, além de uma organização de tele-assistência e postos de saúde<sup>32</sup>. Por exemplo, os médicos de família e enfermeiros de Saskatchewan (Canadá) e da Lapônia (Finlândia) que se preparam para o rigor do inverno, com isolamento total, de forma que podem realizar até cirurgia de emergência; tais como, apendicectomias e cesarianas. Dimensões continentais exigem organização e ações apropriadas, nada mais (como em outros lugares e no próprio Brasil<sup>333435</sup>)
4. "Tudo é mais complexo no Brasil porque a população é pobre e analfabeta, e os problemas sociais são enormes." O Brasil não é pobre, mas tem uma distribuição muito desigual de riqueza, e o analfabetismo atinge pelo menos 10% da população. Pelo contrário, Kerala (Índia) é realmente pobre, mas ainda assim conta com boa saúde<sup>36</sup>. Problemas sociais são de natureza diferente, segundo o país considerado, mas existem em todos. O Japão, por exemplo, enfrenta o envelhecimento da população, cujos problemas são muito superiores aos da população jovem do Brasil. Na União Européia a diversidade de línguas é um problema comum a todos os Estados (na Espanha há quatro línguas oficiais, além das línguas dos imigrantes, que representam 10% da população), enquanto no Brasil a população

---

<sup>32</sup> Com 60 aviões, 21 bases e quase 1.000 profissionais. <http://www.flyingdoctor.org.au/>

<sup>33</sup> Wakernan J, Humphreis J, Wells R et al. A systematic review of primary health care delivery models in rural and remote Australia 1993-2006. Darwin: Australia Primary Health Care Research Institute. Center for Remote Health; 2006. [http://www.anu.edu.au/aphcri/Domain/RuralRemote/Final\\_25\\_Wakerman.pdf](http://www.anu.edu.au/aphcri/Domain/RuralRemote/Final_25_Wakerman.pdf)

<sup>34</sup> Magalhaes JM. Aprioramento das ações do programa de agentes comunitários de saúde do família (PACS) e saúde de família (PSF), na zona rural do Município de Fonte Boa-AM. 2ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, 01-03 junho 2004, Brasília.

[http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/2a\\_mostra/aprimoramentoacoes\\_pacs\\_psf\\_zona\\_rural\\_municipio\\_fonte\\_boa\\_am.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/2a_mostra/aprimoramentoacoes_pacs_psf_zona_rural_municipio_fonte_boa_am.pdf)

<sup>35</sup> Governo inaugura primeira unidade fluvial do Saúde da Família. 7/12 de 2010.

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35785](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35785)

<http://www.saudeealegria.org.br/noticias1.html>

<sup>36</sup> Kerala (Índia) é um Estado de grande interesse para o Brasil, com 91 milhões de habitantes, e sua democracia efetiva que levou o Partido Comunista a governar mais da metade do tempo desde a independência do Reino Unido. Contudo, e por contraste com Cuba, Kerala é pouco conhecida no Brasil. Para saber mais sobre seus êxitos em saúde e a redistribuição da riqueza: Zachariah KC, Rajan SI. Kerala's demographic transition: determinants and consequences. New Delhi: Sage Publications; 1997. También: Lynch JW, Davey Smith G, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000; 320: 1200-1204.

fala apenas Português (exceto alguns nativos). A população brasileira, como todos os países, tem suas peculiaridades que exigem um sistema sanitário adaptados a elas.

5. "A cultura brasileira explica a popularidade de práticas obsoletas, desnecessárias e/ou perigosas, como as nebulizações e a prescrição quase automática de antibióticos em casos de cistite, ou conduta como a recusa a morrer em suas próprias casas." Em todos os países há uma cultura de saúde popular, que dependem cada vez mais dos médicos e do "aparelho" sanitário ("a expropriação da saúde" <sup>37</sup>). A população se adapta e aprende com os profissionais. Assim, no final, muito da cultura popular reflete nas limitações dos profissionais e do sistema de saúde. Esta cultura serve como uma "desculpa" para algumas práticas insólitas no Brasil, como a injeção intravenosa de metamizol para o tratamento de rotina de enxaquecas, ou o medo quase reverencial de choque anafilático pela penicilina benzatina.
6. "No Brasil a morte violenta é muito freqüente." É verdade que no Brasil os números de mortes violentas (homicídio, suicídio e outros) são muito elevados, mas, por exemplo, na Argentina também são e estão aumentando. Atualmente, no Brasil as causas de morte são típicas de países desenvolvidos (72% por doenças crônicas), embora as causas externas provoquem 13% do total<sup>3839</sup>. As taxas de mortalidade por homicídio e acidentes de trânsito são altas, mas não têm o mesmo impacto na saúde pública que tinham há anos e, por outro lado, em geral, a violência é a externalidade da injusta distribuição da riqueza (mais do que a pobreza em si).
7. "No Brasil, a participação comunitária em saúde é a maior do mundo." Não existem dados internacionais que permitam aceitar ou rejeitar esta hipótese, mas a democracia brasileira tem pelo menos os mesmos problemas que todas as democracias nos países desenvolvidos. A participação da comunidade e descentralização da saúde também são típicas de países escandinavos e, em geral, no mundo se demonstra que maior e melhor democracia corresponde mais saúde<sup>40</sup>. A participação comunitária no Brasil é exemplar, com suas conferências de saúde, mas não é isenta de problemas. Por exemplo, raramente é discutido

---

<sup>37</sup> Illich I. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores; 1975.

<sup>38</sup> Schmidt MI, Duncam BS, Silva GA et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet, 2011; DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9

<sup>39</sup> Reichenheim MI, Souza ER, Moraes CL et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made and challenges ahead. Lancet. 2011; DOI:10.1016/S0140-6736(11)60053-6

<sup>40</sup> Franco Á, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effects of democracy on health: ecological study. BMJ 2004; 329:18-25. <http://www.bmj.com/content/329/7480/1421.full>

nessas conferências sobre mortalidade por resistência bacteriana, nem sobre as origens políticas da obesidade, nem sobre a pobreza e a distribuição desigual da riqueza como um fator chave na intensidade e prevalência da violência, dengue, tuberculose, prostituição, drogas, perda de dentes e assim por diante. Ou sobre o problema da atenção a crônicos no domicílio. Nem sobre o impacto na saúde do aborto voluntário ilegal. A "distância de poder" é enorme no Brasil, e a saúde da democracia, regular.

8. "A Saúde Coletiva<sup>4142</sup> é a melhor resposta para os problemas de saúde dos brasileiros." Falso, se vemos a Saúde Coletiva em oposição à atenção clínica individual. Claro que deve responder obrigatoriamente aos determinantes da saúde, e a busca da equidade deve encontrar soluções que promovam a justa distribuição da riqueza, a educação formal, universal e gratuita, de qualidade, fornecimento e purificação de águas, o trabalho decente e outros. Mas não há (não deveria haver) contradição entre as atividades individuais, próprias da atenção clínica, e os serviços à população e à comunidade, próprias da Saúde Coletiva. Eles são, de fato, atividades e serviços complementares. Curiosamente, enquanto no mundo desenvolvido o problema é a "apropriação" pela Atenção Primária médica da Saúde Pública-Comunitária, com respostas de atenção clínica individual a problemas da com respostas individuais atendimento clínico para os problemas da população<sup>43</sup>, no Brasil a situação é oposta. Ou seja, a Saúde Coletiva no Brasil se apropriou da Atenção Primária e visa proporcionar respostas comunitárias para os problemas individuais. Ambas as opções são ineficientes, o lógico é uma estratégia global que reúne todos os recursos disponíveis, clínicos individuais e coletivos comunitários.

---

<sup>41</sup> Saúde Coletiva é um produto tipicamente brasileiro, mistura Saúde Pública, Sociologia, Epidemiologia, Gestão, Economia da Saúde e outras áreas sociais do conhecimento sobre saúde. Gusso G, Marins JJN, Delmarzo MMP y col. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em Medicina (SBMFC e ABEM). Cadernos ABEM. 2009;5:5-13.

<sup>42</sup> Ianni AMZ. Questões contemporâneas sobre natureza e cultura: notas sobre a Saúde Coletiva e a sociologia no Brasil. Saúde Soc. 2011;20:32-40. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0104-12902011000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-12902011000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

<sup>43</sup> Gervas J, Segura A. Cooperación entre Salud Pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. Aten Primaria. 2007;39:319-22.

## OS OBJETIVOS DO PROJETO

Em todos os países do mundo se cumpre a Lei de Cuidados Inversos ("os pacientes recebem cuidados na proporção inversa às suas necessidades, e isso é mais verdadeiro quanto mais se orienta ao mercado o sistema sanitário")<sup>44</sup>. Para reduzir o impacto da Lei de Cuidados Inversos tem-se feito um esforço enorme no Brasil com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a priorização da construção e dotação das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) em áreas de baixo Índice de Desenvolvimento Humano.

Este projeto visa responder a: a Estratégia Saúde da Família tem alcançado os objetivos aos quais se propunha? E se não conseguiu, como conseguir isso?

Em regiões com baixo Índice de Desenvolvimento Humano o trabalho nas Unidades Básicas de Saúde da Família é muito difícil, pelas condições geográficas, culturais e sociais. Por esta razão, os profissionais freqüentemente se trasladam como podem, estabelecem pouco ou nenhum compromisso com os pacientes e as comunidades, e não desenvolvem todo o seu potencial clínico e social. Não é incomum a preguiça, a "cultura da queixa", o abandono profissional, o abandono de responsabilidades, a perda dos valores clínicos, o trabalho sem dignidade e a perda a auto-estima. Com isso é cumprida com maior rigor a Lei de Cuidados Inversos e é criado e mantido um círculo negativo de baixa qualidade clínica e resolução de problemas, que retroalimenta as transferências, a falta de comprometimento e baixa auto-estima. Conseqüentemente quase se paralisa a ação clínica e comunitária, se rejeita responsabilidades, diminui a qualidade e a dignidade do trabalho, e os pacientes e as Comunidades não recebem os serviços de saúde necessários.

O objetivo geral do projeto é fazer com que os médicos líderes e / ou tutores (preceptores) que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF, centros de saúde onde é aplicado ESF) quebrem o círculo vicioso que leva ao abandono de responsabilidades, a falta de compromisso com os pacientes e comunidades e o trabalho em saúde de baixa qualidade, especialmente em ambientes com baixo Índice de Desenvolvimento Humano

Os objetivos operacionais são:

---

<sup>44</sup> [Hart JT. The Inverse Care Law. Lancet. 1971; i:405-12.](#)

1/ Analisar a prática clínica diária local, para identificar a/ acertos, b/ erros, c/ deficiências na implementação da Estratégia de Saúde da Família, tanto para os profissionais como às Unidades Básicas de Saúde da Família, esses profissionais e suas Unidades Básicas de Saúde da Família podem atuar como um exemplo, em um trabalho de competência referencial (benchmarking).

2/ Demonstrar como usar a prática clínica para identificar e responder às necessidades docentes que facilitam a resolução dos problemas de pacientes e das comunidades, com adequação da docência às necessidades locais.

3/ Fomentar o cumprimento dos objetivos da ESF (prevenir, tratar e ajudar sobre a doença, e fornecer serviços que ajudem a morrer com dignidade), especialmente através da prevenção quaternária (evitar os danos provocados pela atividade sanitária, especialmente através da rejeição de atividade desnecessária) na integração em rede com outros recursos.

4/ promover os melhores valores clínicos, sobre a utilização e distribuição do tempo de trabalho, controle da incerteza, o tratamento e condições dignas de trabalho e acompanhamento de erros clínicos e comunitários e

5/ Elaborar recomendações práticas gerais em que é estabelecido o essencial do projeto, com a intenção de divulgação para promover a prática de atividade clínica e comunitária de qualidade, especialmente em ambientes de baixo Índice de Desenvolvimento Humano.

É importante destacar que este projeto:

1. Tem como pergunta de pesquisa, “é possível melhorar o desenvolvimento na prática da Estratégia de Saúde da Família no Brasil?” Em caso de resposta positiva, como?
2. É voltado para a ação, desde a identificação de problemas até a proposta de soluções. Combina a pesquisa com o ensino.
3. É eminentemente clínico e de organização de serviços, com ênfase na saúde da população, e está voltado para a melhoria do trabalho dos profissionais de Atenção Primária no Brasil. O foco é, portanto, o trabalho dos profissionais, a interação entre eles, e com os pacientes e a população. Observou-se, pois, o trabalho de médicos, farmacêuticos, psicólogos, dentistas, enfermeiros, técnicos auxiliares, recepcionistas, nutricionistas, assistentes sociais, gestores, agentes comunitários de saúde e outros, conforme a oportunidade.
4. Tem como hipótese principal “a Estratégia de Saúde da Família no Brasil é adequada às necessidades sanitárias da população brasileira, mas a falta de meios e de organização pode gerar um círculo negativo de má qualidade no trabalho

clínico e comunitário”.

5. Tem duas hipóteses secundárias a/ “é possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário” e b/ “os achados nos ambientes com baixo Índice de Desenvolvimento Humano e com profissionais líderes e/ou tutores servem de indicador das maiores dificuldades e das melhores respostas na aplicação da Estratégia de Saúde da Família”.
6. É um trabalho empírico e teórico. Empírico, de observação e participação direta no trabalho em Unidades Básicas de Saúde da Família (centros de saúde) no território nacional brasileiro, e de ensino personalizado aos profissionais observados. Teórico, de extrapolação dos achados empíricos para fazer recomendações aplicáveis a todo o Brasil.
7. É um trabalho qualitativo, tanto sanitário como sociológico e antropológico.
8. Centra-se na observação da aplicação da Estratégia de Saúde da Família em ambientes e populações com baixo Índice de Desenvolvimento Humano e em Unidades Básicas de Saúde da Família docentes urbanas e periurbanas. E,
9. Aspira a que suas conclusões sejam pertinentes para a melhoria de todas as condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família no Brasil.

## **MATERIAL E MÉTODOS: SÍNTESE**

Este Projeto se iniciou no Rio de Janeiro (Brasil), durante um encontro informal dos autores com Gustavo Gusso, presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Participamos do V Seminário Internacional de Atenção Primária a Saúde (de 24 a 26 de março de 2010), o qual um de nós (JG) abriu com uma conferência sobre “inteligência sanitária”<sup>45</sup>. No debate surgiu a questão da difusão de idéias e do cumprimento dos objetivos do sistema sanitário, e os autores se comprometeram a elaborar um projeto sobre essas questões, para sua aplicação no Brasil. A iniciativa, porém, partiu do presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que conseguiu financiamento do Ministério da Saúde para o Projeto elaborado pelos dois autores.

A SBMFC organizou a visita, o alojamento e o transporte.

Este Projeto começou em março de 2010, com a revisão ao longo de um ano da teoria e das publicações sobre a aplicação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil. O trabalho de campo foi realizado em abril, maio e junho de 2011, em duas fases, cada uma de um mês e um dia. Foi feita uma lista de recomendações provisórias na metade do estudo, em maio de 2011.

O Relatório final foi elaborado em julho e agosto de 2011. O trabalho não acabará até fevereiro de 2012, para atender a questões, sugestões e comentários que facilitem a interpretação e aplicação das recomendações [para [igervasc@meditex.es](mailto:igervasc@meditex.es) e para [mpf1945@gmail.com](mailto:mpf1945@gmail.com)].

O trabalho de campo supôs a visita a 70 centros de saúde, geralmente aqueles em que se aplica a Estratégia de Saúde da Família, as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) [com médico de família e equipe de Atenção Primária], [seis delas, também com Unidades Básicas de Saúde (UBSs) anexas, centros do modelo antigo com acesso direto à pediatra, ginecologista e clínico geral, e outras cinco com Unidade de Pronto Atendimento, para emergências e atendimento fora de horário], durante uma média de

---

<sup>45</sup> Gervas J. Inteligencia sanitaria y atención primaria. Conferencia inaugural, V Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. Río de Janeiro, Brasil, 24-26 marzo 2010. <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2010/04/inteligencia-sanitaria-y-atencion-primaria-brasil-2010.pdf>



sete horas por Unidade. Do total, 11 UBSFs foram não docentes; e 10 rurais.

Além disso, foram visitadas unidades especiais, como NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Equipe da Área de Combate à Dengue, PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e Unidade de Saúde Mental<sup>46</sup>.

No total entrevistamos 506 profissionais de diferentes âmbitos e categorias, e comparecemos e participamos de 150 encontros de profissionais com pacientes-grupos-comunidades.

A escolha das Unidades foi a critério dos coordenadores da SBMFC em cada Estado, com a norma de ser docente e/ou ter profissionais líderes, e situar-se em ambientes de baixo Índice de Desenvolvimento Humano.

Foram realizados 22 deslocamentos (três de ônibus, o restante de avião de linha regular) entre Estados, em dois circuitos com início e final em São Paulo e um total de mais de 25.000 km (os 16.000 km Madri e São Paulo, à parte).

Foram visitadas 32 populações, incluídas as capitais dos Estados. Os deslocamentos para o trabalho de campo foram realizados habitualmente com o automóvel dos médicos ou gerentes de cada UBSF, ou dos coordenadores; em um caso de barco, de Salvador a Vera Cruz, no Estado da Bahia, e em outro de táxi-avião, de Fortaleza a Sobral, no Estado do Ceará.

Foram feitas anotações de campo em mais de 1.500 páginas manuscritas, além de 12.000 fotografias das Unidades, de seu pessoal e entornos.

Foram realizadas 32 conferências (palestras) e oficinas, a maioria nas diferentes universidades, e foram realizados dois jantares-seminários, com políticos, gestores e médicos com prática clínica, além de encontros com nove Secretarias de Saúde Municipais e uma Estadual. Também foram entrevistados em profundidade os organizadores das 19 visitas (responsáveis locais/nacionais da SBMFC, e suas afiliadas estatais).

Além disso, foi visitado o Telessaúde em Manaus, e na mesma cidade o Conselho Regional de Medicina - Amazônia. Em Salvador (Bahia) foi visitada a Fundação Estadual de Saúde da Família, e em Maceió (Alagoas) o Serviço de Medicina da Família da CASSI (plano de saúde para os trabalhadores e seus familiares do Banco do Brasil). Foram realizadas outras atividades, como contatos a título pessoal com médicos em prática privada, com sindicalistas, com empresários e com funerárias.

Foram contrastados o trabalho, a interpretação dos resultados e as recomendações com o

---

<sup>46</sup> Estas unidades especiais tem composição e nomes variados. São as equipes Controle de Endemias, com Agentes de Controle de Endemias, semelhantes aos ACSs. Por outro lado, os PACS são os predecessores dos centros de saúde, e contam com uma enfermeira e seis ACSs, geralmente.

conjunto dos profissionais “observados” (e outros profissionais) que compareceram ao 11º Congresso da SBMFC, em Brasília, em junho de 2011 (em uma oficina convocada para este fim). Também mediante a participação continuada nos debates na lista eletrônica da SBMFC, o que gerou intensos debates que ajudaram a esclarecer várias questões.

## **MATERIAIS E MÉTODOS: ITINERÁRIO, COORDENADORES E CENTROS DE SAÚDE VISITADOS**

12 de abril. Curitiba. Organizador Local: Marcelo Garcia Kolling.

13 de abril. Curitiba. Visitas a Vila Verde e Taiz Viviane Machado.

14 de abril. São João dos Pinhais. Visite a Riacho Doce e Crystal.

15 de abril. Curitiba. Visita a Monteiro Lobato e Érico Veríssimo.

17 de abril. Porto Alegre. Organizador Local: José Mauro C. Lopes.

18 de abril. Porto Alegre. Visitas a Nossa Senhora Aparecida e Ernesto Araújo.

19 de abril. Florianópolis. Organizador Local: Marcel Dohms. Visitas a Prainha e Saco Grande.

20 de abril. Florianópolis. Visitas a Ingleses e Córrego Grande.

24 de abril. São Paulo. Organizador Local: Fernanda Plessmann de Carvalho.

25 de abril. São Paulo. Visitas a Jardim São Jorge e Mata Viagem.

26 de abril. Rio de Janeiro. Organizadores locais: José Carlos Prado Júnior e André Luís Justino. Visita a Maria do Socorro.

27 de abril. Rio de Janeiro. Visitas a Hans Dohme (Praia de Brisa) e Felipe Cardoso.

27 de abril. Vitória. Coordenador Local: Marcelo Dala Bernardina Dalla.

28 de abril. Vila Velha. Visita a Deomar Bittencourt.

28 de abril. Belo Horizonte. Organizador Local: Daniel Knupp Augusto.

29 de abril. Belo Horizonte. Visitas a Santos Anjos, Floramar e Lajedo.

01 de maio. Goiânia. Organizador Local: Sandro Rodrigues Batista.

02 de maio. Goiânia. Visitas a Jardim Guanabara I e Jardim Guanabara III.

03 de maio. Goiânia. Visitas a Vera Cruz II e Grajaú.

04 de maio. Goiânia. Visitas a Santo Hilario e do Parque Atheneu.

05 de maio. Goiânia. Visitas a Vila Mutirão e Novo Vila Planalto.

06 de maio. Goiânia. Visitas a Leste Universitário e Aruanã III.

7 de maio. Manaus. Coordenador Local: Ricardo Amaral Filho.

09 de maio. Manaus. Visitas a Silas Campos, 17 e 42.

10 de maio. Manaus. Visita a TELESSAÚDE.

10 de maio. Belém. Organizador Local: Yuji Ikuta.

11 de maio. Ananindeua. Visitas a São Judas Tadeus, Pirajá e Águas Lindas.

30 de maio. Salvador. Organizador Local: Leandro Barretto.

31 de maio. Vera Cruz. Visitas a Jiribatuba e Gameleira.

01 de junho. Salvador. Visitas a Vida Plena e Gamboa.

02 de junho. Aracajú. Coordenador local: Rubens Araújo de Carvalho.

03 de junho. Aracajú. Visitas a João Becerra e Manoel de Sousa Pereira.

06 de junho. Aracajú. Visitas a José Machado de Souza e Santa Terezina.

06 de junho. Maceió. Organizador Local: Danyel Alves.

7 de junho. Maceió. Visita a CASSI.

08 de junho. Maceió. Visita a Robson Cavalcante de Melo.

08 de junho. Recife. Organizador Local: Verônica Cisneiros.

09 de junho. Recife. Visitas ao Alto do Pascoal e Parque dos Milagres.

10 de junho. Recife. Visitas a Cidade Operária e Córrego da Bica.

13 de junho. Camaragipe. Visitas a Araçá e Paulo Afonso.

13 de junho. João Pessoa. Coordenador: Felipe Proença de Oliveira.

14 de junho. João Pessoa. Visitas a Mudanças de Vida e Cidade Verde.

15 de junho. João Pessoa. Visitas a Nova Esperança, Gramame e PACS Colinas II.

15 de junho. Natal. Coordenador Local: Thiago Trindade.

16 de junho. Natal. Visitas a Planícies das Mangueiras e Soledade 1.

17 de junho. Macaíba. Visitas a Lagoa do Sítio e Cana Brava.

19 de junho. Fortaleza. Coordenador: Emílio Rossetti.

20 de junho. Sobral. Coordenador local: Olivian Silva Queiroz. Visitas a Herbert de Sousa e Everton Mont'Alverne.

21 de junho. Fortaleza. Visitas a Frei Tito (Praia do Futuro) e Lineu Juca (Barra do Ceará).

26 de junho. Teresina. Coordenadora: Ana Medeiros.

27 de junho. Teresina. Visitas a Adelino Matos e Teresa Melo Costa.

27 de junho. São Luis. Coordenador: Walquíria Soares.

28 de junho. São José de Ribamar. Visita a Panaquatira. São Luís. Visite Gapara.

## **MATERIAL E MÉTODOS: A VISITA AOS CENTROS**

A visita ao centro de saúde foi longa e detalhada. Normalmente desde as sete da manhã até as cinco horas da tarde (mas com flexibilidade, dependendo da situação). Cada um dos signatários separadamente visitou um centro de saúde por dia.

Em geral, os signatários se expressaram em espanhol, e os visitados em português.

A visita começa geralmente com uma entrevista de cerca de uma hora e meia com o responsável-gerente-diretor, juntamente com alguns profissionais, como médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares e ACS, segundo disponibilidade (e estudantes, residentes e gestores municipais, se desejam assistir). Nesta reunião é revisado o modelo preparado para este fim, mas mais como um roteiro do que uma lista de comprovação. Acima de tudo, se apresentam casos clínicos a serem considerados situações reais, a serem resolvidos no mesmo dia da visita, e saber a resposta dos profissionais e os círculos de atenção na prática (no próprio centro de saúde, e em outros lugares, se houvesse que encaminhar ao paciente considerado).

Entre os casos clínicos se consideraram, segundo oportunidade:

1. Mulher saudável de 35 anos que recentemente mudou de casa e foi ao centro de saúde, às 11h30 para receber informações sobre o funcionamento, oferta de serviços, horários e como conseguir uma citologia (Papanicolau) e colocar um DIU.
2. Homem de 38 anos de idade com dor nas costas depois de um esforço acentuado. Demanda espontânea às 15h30.
3. Homem de 68 anos mantido em casa (acamado), já conhecido e acompanhado por insuficiência cardíaca. Sua esposa vem ao centro de saúde às sete da manhã, porque ontem lhe deram alta do hospital e lhe aconselharam visita ao médico de família
4. Mulher de 14 anos que vem sem queixa (demanda espontânea) na quinta-feira, às 13h30 para aconselhamento sobre planejamento familiar e sexualidade, pois acredita que neste fim de semana terá sua primeira relação sexual com seu namorado.
5. Homem de 50 anos de idade, com consulta agendada e na sala de espera tem um quadro de dor precordial aguda, que sugere um infarto do miocárdio, que quase

imediatamente acabar em parada cardíaca.

6. Mulher de 75 anos, diabética e hipertensa, com DPOC, tabagista, analfabeta, em situações de grande pobreza e residência sem serviços básicos, higiene deficiente, com pé diabético e úlcera crônica de evolução tórpida que precisa ser desbridada.
7. Mulher de 28 anos com sintomas da cistite que vêm sem hora marcada (demanda espontânea), às sete horas da manhã.
8. Homem de 45 anos que acaba de ferir o olho com uma lâ de aço (corpo estranho metálico na córnea, farpa).
9. Homem de 54 anos, alcoólatra, com cefaléia de início recente, ao acordar. Vem sem horário agendado (demanda espontânea) na abertura do centro de saúde. É bem conhecido no bairro (e pelos ACS) por sua embriaguez.
10. Mulher de 70 anos, terminal, com câncer no pâncreas, que decide morrer em casa. Sua família (marido e uma filha de 50 anos que mora ao lado) a apóiam. Seu marido vem ao centro de saúde para saber como organizar os cuidados.
11. Homem de 80 anos que morreu em sua casa em um domingo às nove da manhã. Sua morte era esperada por uma situação de demência por doença de Parkinson. A família não sabe como obter a certidão de óbito.
12. Mulher de 32 anos com diarreia e vômito a noite toda. Seu marido vem ao centro de saúde, às sete horas para que a visitem em sua casa.
13. Homem de 14 anos com asma mal controlada. Comparece as consultas irregularmente, por pertencer a uma família monoparental (a mãe deixou o pai com três filhos).
14. Criança de 5 anos de idade, do sexo masculino, com ferida incisa por queda. Sua mãe não sabe o que fazer e vem ao centro de saúde, onde é visto que requer sutura.
15. Mulher de 18 anos, estudante, solteira, mora com os pais. Vem para o diagnóstico de gravidez. Pede ajuda para abortar (sabe que há medicamentos vendidos na rua, mas quer saber sobre os seus perigos).
16. Mulher de 60 anos com dor molar intensa de recente aparição. Com higiene oral defeituosa. Não gostaria de perder as poucos dentes que permanecem. Vem de agendamento, pela dor.
17. Homem de 33 anos, esquizofrênico. Realiza mal o tratamento, é violento e viciado em drogas. Sua família coopera com o sistema de saúde, mas a situação tornou-se impossível para a convivência no domicílio, onde vivem seus pais com duas filhas menores de idade. Depois de uma noite de extrema violência, com intervenção da

polícia, o pai vai ao centro de saúde, logo ao abrir, para uma solução "que resolva o problema para sempre".

Estes casos dão origem, além da exposição por profissionais experientes de situações reais semelhantes vividas no centro de saúde, e a várias considerações sobre os problemas nas respostas dadas. Esta reunião é muito educativa, pois ao mesmo tempo em que se obtém informações são oferecidas soluções, como de outros centros de saúde no Brasil e de outros países, bem como na bibliografia internacional.

Na reunião são obtidas também informações sobre o nível de formação científica, e profissionais de saúde e geral dos profissionais (e ao mesmo tempo se ensina). Neste sentido são campos explorados, segundo oportunidade, o conhecimento sobre:

1. Os benefícios para a saúde dos pacientes do "filtro" da Atenção Primária para os especialistas e as urgências (e os danos do "excesso" de especialistas).
2. O conceito de prevenção quaternária.
3. As regras de Ottawa sobre o uso de radiologia para entorses no tornozelo e joelho (e os danos causados pela radiologia).
4. O índice de Gini para avaliar a desigualdade econômica.
5. Teorema de Bayes na decisão clínica e controle da incerteza.
6. A "navalha de Occam" no processo de diagnóstico.
7. A Lei dos Cuidados Inversos e o impacto dos "grandes usuários" (que "ocupam" os serviços de saúde).
8. O paradoxo de Braess, e seu impacto sobre as derivações-encaminhamentos.
9. Saúde em Kerala (Índia).
10. O "paradoxo da saúde" (paradoxo da saúde), de A. Sen.
11. O conceito de "*disease mongering*" (medicalização da vida).
12. Morbidade e mortalidade prematura desnecessariamente (MIPSE).
13. O debate sobre o profissionalismo e os valores clínicos.
14. A utilidade da "lista de problemas" na história clínica (prontuário), em papel ou eletrônica.
15. Os benefícios da longitudinalidade.
16. O esquema de vacinação antitetânica que implica apenas uma lembrança aos 65 anos.
17. A teta-analgésia para o teste do calcanhar (teste do pezinho).
18. O uso de glucagon em coma hipoglicêmico.
19. A duração da eficácia dos medicamentos que devem ser mantidos na geladeira, fora da geladeira.

20. A melhor resposta a situações de emergência como choque anafilático na sala de curativos-vacina, parada cardíaca na sala de espera, morte no centro de saúde e catástrofe na comunidade.
21. Medicação para o aborto voluntário farmacológico.
22. O uso de cola para suturar algumas feridas.
23. Os múltiplos usos da lidocaína creme (cura de úlceras, anestesia para punção venosa, anestesia para remover verrugas, etc.).
24. A utilidade do ímã em caso de farpas de metal oculares.
25. O uso de um isqueiro para resolver hematomas subungueais.
26. A utilidade da câmara de pulverização (espaçador), e como construí-la em uma garrafa de plástico. E o tratamento e acompanhamento da asma, em geral.
27. O tratamento e monitoramento da insuficiência cardíaca (no escritório e em casa).
28. Uso e abuso de antibióticos (amigdalite, cistite e outras infecções). As resistências bacterianas.
29. A organização dos cuidados para doentes terminais no domicílio.
30. A declaração de suspeita de efeito adverso ("cartão amarelo")

Se houver oportunidade também levanta uma dupla questão: "Quais são as três coisas que pediria se um gênio lhe concedesse três desejos positivos?" e "o que eliminaria se um gênio lhe concedesse três desejos negativos?". Isso exigirá a seleção e priorização de problemas e soluções.

A reunião é seguida por uma visita completa a todas a UBSF, sala por sala, questionando sua utilização e relevância para os serviços que nelas são oferecidos. Inclui-se o exterior, jardim e outros, se é o caso.

Posteriormente, se comparte do trabalho de alguns profissionais (médicos de família, enfermeiros, auxiliares, dentistas, farmacêuticos, assistentes sociais, técnicos, ACS e outros, segundo oportunidade), na UBSF ou na casa de pacientes. Muitas vezes, esta partilha inclui um passeio a pé pela comunidade.

De tudo isso são tomadas notas e fotografias.

A visita geralmente termina com uma reunião geral para discutir e debater os resultados positivos e negativos (destes é prometido o anonimato, daqueles é solicitado permissão para a divulgação de nomes e localização). Esta reunião geral costuma ser "educativa", pois se difundem conhecimentos. A assistência é incentivada tanto por profissionais como por funcionários da Secretaria (muitas vezes participa na visita, em tempo integral ou parcial), estudantes, residentes, pacientes e líderes comunitários

O almoço é compartilhado com os organizadores e / ou funcionários-responsáveis e, em alguns, aconteceu na própria UBSF.

## **MATERIAL E MÉTODOS: O MODELO DE OBSERVAÇÃO**

Desenvolvemos um modelo de observação que enviamos com antecedência aos coordenadores locais, para sua distribuição aos centros que seriam visitados. O modelo expressa um “ideal” sobre a dotação de material de um centro de saúde, e nunca foi empregado como uma lista de comprovação (check list), mas como ajuda na entrevista geral e na visita.

### **O LUGAR E AS PESSOAS ESCOLHIDAS PARA A OBSERVAÇÃO:**

Razões para a escolha do lugar:

Razões para a escolha das pessoas:

Explicação sobre a geografia e história da comunidade, do centro, da organização e da cultura do lugar e dos profissionais

#### *Estrutura geral, população e pessoal:*

##### O prédio e suas instalações

Materiais de construção

Janelas / iluminação natural

Qualidade do piso

Aquecimento e refrigeração

Sanitários (pacientes e funcionários)

Lavabos (sabonete, toalhas de papel, situação)

Geladeira (termômetro / prazo de validade dos medicamentos/vacinas sem refrigeração)

Mobiliário (sala de espera, consultórios, sala de curativas, esterilização, vacinas e coleta, odontologia, farmácia, salas de reunião, copa, e outras)

Arquivos de prontuários, armazenamento de material

Biblioteca (livros e revistas, o acesso à rede e fontes eletrônicas)

Meios audiovisuais para docência

Cartazes nas paredes, “humanização” (fotos, flores, plantas, cores, entre outros)

Lixeiras / lixo

Extintores de incêndio e sinalização para evacuação

Limpeza geral, pisos, vidros, luminosidade

Informática, prontuário eletrônico, conexões para encaminhamento e exames



Telefone / comunicações / internet / Telessaúde e tele medicina

Medicamentos e materiais: maleta de urgências/domicílio e carro de paradas (ácido acetilsalicílico, adrenalina, anestésico local injetável, antibióticos, atropina, beclometasona aerosol, captopril, colírio anestésico, corticóides, creme anestésico, diazepam, diclofenaco, dopamina, fenitoína, furosemida, glucagon, insulina rápida, morfina, nitroglicerina, oxigênio, naloxona, salbutamol aerosol, soros, espaçador, desfibrilador, espelhos, fitas fenoltaleína, pulsioxímetro, espéculos, férulas, isqueiro, ímã, laringoscópio, lupa/lâmpada, mascaras, material cirúrgico, material de sutura, material para parto, peak-flow, relógio, sondas -uretrais e outras-, tubos de Guedel) jalecos, luvas, lençóis, seringas (descartável, não descartável).

Sala de coleta de exames (sangue, citologia e outros)

Audiômetro, balança, câmera digital (retina), escova cirúrgica, escalas, dinamômetro, Doppler, estetoscópio (adulto e infantil), ecógrafo, eletrocardiógrafo, esfigmomanômetro (adulto, infantil, obesos), espirômetro, lâmpada de ferida, microscópio, monofilamento, negatoscópio, neurotensiómetro, cola (superbonder), oftalmoscópio, otoscópio, balança infantil, podoscópio, optotipos (infantil, adulto), radiologia, tamanho (infantis, adultos), tonômetro ocular

Laboratório, exames rápidos (tiras de urina, glicosímetro, medidor do INR, entre outros)

Esterilização de material

Farmácia (tipos de medicamentos, antibióticos, psicotrópicos, código de barras de controle e cooperação com a clínica, anticoncepcionais como DIU, bupropiona, adesivos de nicotina, relatórios de efeitos adversos, problemas relacionados com medicamentos, dispensação privada e a especialistas, registros e outras)

Material e equipamento dental

Sala de nebulização; muletas, prótese auditivas e outras, cadeiras de roda

Consultórios/postos periféricos rurais

Outros

Pessoal

Médicos, de família e outras especialidades

Odontólogos

Enfermeiros

Auxiliares e técnicos

Agentes comunitários de saúde (ACS)

Recepcionistas

Administrativos

Limpeza

De apoio

Outros

Formas de pagamento/incentivos

Formas de contratação e entidade contratadora

Férias e licença prêmio

Baixa de trabalho (licenças médica) e as ausências/liberações

Rotação (permanência no mesmo posto de trabalho e centro-UBSF, transferências e outras), longitudinalidade (identificação e compromisso com os pacientes e a comunidade)

### População

Distribuição por idade, sexo e classe social

Os pacientes (com prontuário/histórico clínico)

Maiores usuários (de consultas e exames)

Não usuários (em geral, de Papanicolau e outros)

Pacientes que não comparece %

Pacientes singulares (acamados no domicílio, analfabetos, psicóticos, com doenças neurológicas degenerativas, cegos, surdos, vítimas de violência, drogados, "compartidos", com deficiência físicas de deslocamento, presos/apenados, com úlcera crônica e outros)

Mortalidade por faixa etária, sexo e classe social

### Serviços complementares

Hospital de referencia/especialidades/internações e altas

Medicamentos integrativos e suplementares (homeopatia, acupuntura, antroposofia, reflexologia, massagem corporal, fitoterapia, exercícios chineses e outros)

Urgências/pronto atendimento

Ambulâncias

Centros de referencia (saúde bucal, saúde mental, outros)

Serviços comunitários, apoio limpeza e comida a domicílio

Núcleo de apoio a Atenção Primária, relações, uso, acesso

Apoio ao cuidador de acamados e dependentes

Prefeitura

Conselhos de saúde

Comedores

Recursos privados

Outros

## Funções, atividades e processo de atendimento

### Acessibilidade

Horários de trabalho e de recepção a pacientes

Relação de serviços oferecidos

Currículo dos profissionais

Escolha de profissional

Atendimento após o horário (noturno, feriados)

Barreiras culturais (idiomas e outras)

Barreiras administrativas

Barreiras físicas e geográficas (transporte, distância)

Barreiras econômicas

Barreiras para os deficientes (cegos, surdos, etc.)

Flexibilidade (atenção sem agendamento)

Transitórios e “fora de área”

Sistema de agendamento de consultas demanda agendada com os profissionais no centro-UBSF, exames e especialistas (marcação), limitações à solicitação de exames, cotas por médico/UBSF, externalização, fluxo dos pacientes

Tempo nas filas na recepção e sala de espera

Tempos em consultas externas (referência de diagnóstico e terapêutica), circuitos rápidos (câncer e outros)

Visitas domiciliares (programadas, demanda, urgentes)

Outros

### Encontros profissional-paciente-comunidade (centro de saúde e domicílios, e outros lugares)

Ambiente

Cortesia

Identificação do motivo da consulta

Registro e variabilidade dos problemas atendidos (biológico, psicológico, sociais e outros, a lista de problemas)

Concatenação com sucessos anteriores (dentro e fora do centro de saúde)

Acompanhamento pelo mesmo profissional (coordenação em outro caso)

Integração com problemas da família e comunidade

Tempos (falar, parcial, total)

Tolerância (presença de familiares e outros)

Interrupções (telefone e funcionários, porta, etc.)

Explicação / resumo para o paciente

Exploração (cabeça, tórax, abdome, pélvis, orifícios, extremidades), uso do biombo e tranca

Pequenas cirurgias (abscessos, biopsias, verrugas, lipomas, desbridamento de úlcera e outros), sutura de feridas, limpeza de cera de ouvido, crioterapia, injeções, imobilização, infiltrações, terapia psicológica breve, postectomia/circuncisão/fimose, vasectomia, endoscopia, uso direto de ecografia e eletrocardiografia, citologia, outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos

Orientações preventivas de acordo a oportunidade

Recomendações (diagnóstico, tratamento, monitoramento)

Decisões não clínicas (serviços sociais, prefeitura)

Segurança do Paciente (previsão de efeitos adversos)

Prevenção quaternária

Controle do tempo e da incerteza

Consultas sagradas

Polivalência

Lavagem das Mãos

Burocracia, papeis e registros

Uso do anamnese. Lista de problemas, coordenação de prescrições de especialistas

Trabalhar com grupos (planejamento familiar, gravidez, reabilitação, idosos, tabagismo, alcoolismo e outros)

Trabalhar com pacientes singulares (psicóticos, delinqüentes, presos-apenados, vagabundos na rua, outros)

Outros

A equipe, dentro e fora do centro de saúde

Reuniões da equipe, da USBF, da “oficina”

Consultas por programas verticais, organização e responsabilidades (saúde da mulher, da criança e outros), calendário de vacinação/uso de vacinas ocasionais (raiva e outras)

Atribuição de funções e atividades, delegação adequada, equipe funcional

Interação entre os profissionais (estabelecimento próprio e de outros)

Liderança da direção/gestão/autoridade, autonomia de gasto, funções e rendição de conta

Competência referencial/*benchmarking*

Presença na comunidade/conselhos de saúde (contato com associações e outros),

violência, drogas, lixo, pobreza-desigualdade social, morbidade-mortalidade

desnecessariamente evitável e sanitariamente evitável (MIPSE)

Cooperação Clínica (na prática) entre hospitais/especialidades e médicos de família, acompanhamento dos pacientes

Trabalho nas escolas

Relações com a imprensa geral e profissional, em situações habituais e em desastres (mortes, erros e outros)

Outros

### Circuitos, normas e relações

Sistema de Informação (dados, transmissão, utilização, feedback) emprego clínico e em gestão

Receita de drogas, receita de psicotrópicos, outras receitas, limitações/proibição de prescrição de medicamentos

Circuito de mostras, limitações/cotas diárias, código de barras (sangue, exsudatos, uretrais, citologias, biópsias), prova do Mantoux (PPD)

Orientações para a limpeza, esterilização (instrumentos, jalecos, etc.)

Diretrizes e protocolos (assunto, fonte, monitoramento, atualização, habilidades críticas e outras) burocracia, medicamentos e exames

Normas preventivas implantadas e em andamento (calendário de vacinação, hipertensão, diabetes, criança saudável, gravidez, prevenção cardiovascular, prevenção do câncer e outros)

A formação continuada interna e externa (exigência, acreditação, valorização da literatura, pagamento/reconhecimento a tutores/preceptores, estudantes/residentes, etc) docência em centros de saúde não docentes, autorização para gravar consultas como método docente.

Atualização permanente em emergência (reanimação cardiopulmonar e outras)

Monitoramento e contato com os pacientes internados

Resposta ante urgências e catástrofes (planos de contingência, ensaio, etc), emergência na própria UBSF (choque anafilático, parada cardíaca, crise de asma, morte brusca e outras)

Registro e acompanhamento de doses radiológicas, uso das regras de Otawa

A assistência domiciliar da doentes crônicos/acamados e terminais, duplicação em redes

Certificação de morte (atestado de óbito), e de lesões e enfermidades (licença médica)

Serviço de manutenção do prédio

Serviço de limpeza e higiene (água, resíduos, medicamentos com data vencida, etc)

Relação com outras UBSF, UBS, SAMU e Pronto atendimento

Relação com hospitais e outros centro de saúde

Relações com a indústria farmacêutica e outras  
Relações com a direção clínica e política  
Relações com a saúde pública  
Relações com as autoridades (prefeitura, juízes, polícias, etc)  
Docência na UBSF e relacionamento com instituições docentes; escolas e universidades (estudantes e residentes)  
Transparência na equipe, com a comunidade e a sociedade  
Corrupção (abuso de tempo, desaparecimento de materiais, etc)  
Política de não discriminação  
Promoção da bioética e dos valores clínicos  
Política de primeiro contato e de lista de pacientes, o papel de filtro de Atenção Primária, os especialistas como consultores

### Resultados em Saúde

Gravidez indesejadas e abortos induzidos  
Suicídio (tentativa e concluídos)  
Mortes por câncer de pulmão em fumantes  
Óbitos por reações adversas de medicamentos (alergias, hipercalemia, etc)  
Consultas de emergência e internações por insuficiência cardíaca  
Urgências e mortes por asma no centro de saúde e no hospital  
Mortalidade por pneumonia, de acordo com idade e classe social  
Atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar e não pulmonar  
Novos casos de tuberculose em contatos  
Mortalidade por tuberculose  
Internações e mortes por desidratação  
Mortalidade materna  
Mortalidade neonatal e infantil  
Amputações, insuficiências renais e cegueira em diabéticos  
Resistências bacterianas  
Mortes com dor intratável  
Mortes por doença vacinável (tétano e outras)  
AIDS congênita  
Mortes por dengue  
Mortes por leptospirose  
Outros

## **MATERIAL E MÉTODOS: OUTRAS ATIVIDADES**

Durante o desenvolvimento do Projeto foi mantida sempre uma abordagem ativa para a obtenção de informações e ensino. Portanto, reuniu-se informalmente, por exemplo, médicos de família na prática privada, sindicalistas e empregadores. Inclusive funcionários de duas funerárias, para conhecer na prática os problemas de certificação da morte (óbito) e sepultamento.

A título pessoal entrevistados profundamente os 19 organizadores das visitas estaduais. Além disso, alguns membros de secretarias municipais e estaduais, e vários professores universitários.

Entrevistas mais institucionais e discussões foram realizadas com a equipe de nove Secretarias Municipais (Curitiba, São João dos Pinhais, Rio de Janeiro, Goiânia, Aracajú Macaíba, São José de Ribamar, Teresina e São Luís) e uma estadual (Alagoas).

Além disso, foi visitado o TELESSAÚDE em Manaus (com uma apresentação geral de sua aplicação e um caso prático, ao vivo), e na mesma cidade visita e entrevista no Conselho Regional de Medicina Amazônia. Em Salvador (Bahia) foi visitada a Fundação Estadual de Saúde da Família.

Foram realizados um total de 32 palestras (conferências), oficinas e seminários, além de dois jantares-seminário, com autoridades, políticos e profissionais de saúde (no Rio de Janeiro e em Goiânia). Em geral, conferências (palestras) tiveram uma média de duas horas, incluindo o debate, mas houve grande variabilidade. As perguntas da platéia serviram em muitos casos para estabelecer um diálogo que incrementou o conhecimento da realidade brasileira de todos os presentes.

As datas, lugares e temas (e se houve gravação) foram:

15 de abril. Curitiba. Incentivos e motivação no sistema de saúde (vídeo).

16 de abril. Curitiba. Melhorias na prática clínica diária.

18 de abril. Porto Alegre. Reivindicação da atividade clínica na Atenção Primária (vídeo).

19 de abril. Florianópolis. Problemas e soluções sobre o acesso à Atenção Primária (vídeo).

20 de abril. Florianópolis. O futuro da Atenção Primária: docência na graduação e prática clínica (vídeo).

27 de abril. Rio de Janeiro. Coordenação sanitária: o papel da Atenção Primária (vídeo).

29 de abril. Belo Horizonte. A função de filtro e a Atenção primária forte.

29 de abril. Belo Horizonte. Bom governo clínico.

30 de abril. Belo Horizonte. Organização e prática da atenção domiciliar.

03 de maio. Goiânia. Como construir uma Atenção primária forte no Brasil (vídeo).

04 de maio. Goiânia. Saúde, doença e morte em idosos (vídeo).

06 de maio. Goiânia. Acertos e erros na aplicação da ESF (vídeo).

11 de maio. Belém. O sistema de saúde e a sociedade no Brasil e no mundo (vídeo).

31 de maio. Salvador. A organização dos serviços de saúde nos países desenvolvidos.

02 de junho. Salvador. Qualidade de prestação de serviços na Atenção Primária (vídeo).

03 de junho. Aracaju. Estrutura e Função de Atenção Primária (vídeo).

7 de junho. Maceió. A ESF e a saúde dos brasileiros.

09 de junho. Recife. Brasil, entre os EUA e Canadá em relação a um sistema público de saúde.

14 de junho. João Pessoa. Como melhorar a prática clínica (vídeo).

16 de junho. Natal. Prática clínica, pesquisa e docência na Atenção Primária (vídeo).

17 de junho. Natal. Atenção Primária forte no Brasil (vídeo).

20 de junho. Sobral. Ser ou não ser em Atenção Primária (vídeo).

21 de junho. Fortaleza. Os problemas de acessibilidade na Atenção Primária no Brasil (vídeo).

23 de junho. Brasília (11º Congresso da SBMFC). Ciência e limitações na prevenção primária e secundária cardiovascular (vídeo).

23 de junho. Brasília (11º Congresso da SBMFC). Manifesto contra pornoprevenção (vídeo).

24 de junho. Brasília (11º Congresso da SBMFC). Ciência e limitações práticas na triagem (screening) de câncer de próstata (vídeo).

24 de junho. Brasília (11º Congresso da SBMFC). É possível alcançar um círculo virtuoso de trabalho de qualidade e clínica comunitária na Atenção Primária no Brasil.

25 de junho. Brasília (11º Congresso da SBMFC). O foco da Atenção primária deveria ser a prevenção? (Vídeo)

25 de junho. Brasília (11º Congresso da SBMFC). Ética na prática da Atenção Primária.

25 de junho. Brasília (11º Congresso da SBMFC). Menos prevenção, mais qualidade (vídeo).

27 de junho. Teresina. O potencial da Atenção Primária.

28 de junho. João Pessoa. Política e ESF no Brasil.



Em muitos casos, foram obtidas informações ao mesmo tempo em que diversão, em almoços, jantares e fora do horário com os organizadores e profissionais locais, tanto em dias de semana como nos fins de semana e feriados. Houve 26 dessas atividades, em Curitiba, Porto Alegre, Florianópolis, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Goiânia, Manaus, Belém, Salvador, Recife, Aracaju, Maceió, João Pessoa, Natal, Sobral, Fortaleza, Brasília e João Pessoa. Foi autorizada a tomada de contatos, conversar e obter informações adicionais de cerca de 108 profissionais.

Tivemos a honra de ser recebido nas casas pessoais dos organizadores locais em Curitiba (Marcelo e Erika), Porto Alegre (José Mauro e Vivianne), Florianópolis (Marcela e Paulo), Vitória (Marcelo e Adriana), Manaus (Ricardo e Melissa ), Aracaju (Rubens) e Natal (Thiago e Dúcia).

Além disso, por várias circunstâncias, também se abriram hospitaleiramente as portas das casas de Gusso Gustavo (em Florianópolis), Grupo Florus (em Angelina, Santa Catarina), de José de Almeida Castro (em Vitoria), de Rosa Brígida Simões Barros (em Goiânia), Katyana Mylena Silveira Ribeiro Lima (em João Pessoa), Ricardo de Sousa Soares (em João Pessoa) e de Rodrigo Lima (em Recife).

Tivemos contato intenso com a mídia, especialmente com a televisão e jornais<sup>47</sup>. Algumas entrevistas tiveram eco nacional, como as realizadas por Flávia Villela, da Agência Brasil<sup>48</sup>. Sem dúvida, as perguntas dos jornalistas resultaram ilustrativas para os entrevistados.

---

<sup>47</sup> [http://www.sbmfc.org.br/media/file/pdf/ESPANH%C3%93IS\\_PDF\\_ATUALIZADO.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/pdf/ESPANH%C3%93IS_PDF_ATUALIZADO.pdf)

<sup>48</sup> <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-04-27/especialistas-espanhois-avaliam-centros-de-saude-da-familia>  
<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-05-08/estrategia-saude-da-familia-foi-revolucionaria-mas-parou-no-tempo-avalia-especialista>

## **RESULTADOS: SÍNTESE DOS ASPECTOS POSITIVOS GERAIS**

O trabalho de campo permitiu comprovar o óbvio: existem e funcionam centros de saúde – UBSF em regiões de baixo Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil<sup>49</sup>. A mera existência destes centros de saúde e a implantação da ESF neste território é um êxito da sociedade brasileira. Ou seja, no Brasil existe um acordo nacional pelo qual se reconhece o direito a promoção, prevenção e tratamento de doenças e lesões, e se pretende efetivar tais direitos, com um impressionante esforço público que chega fundamentalmente a regiões de baixo Índice de Desenvolvimento Humano.

Em áreas pobres, aonde a iniciativa privada legal não chega (não há, por exemplo, agências bancárias, mas sim tráfico de drogas) chega o SUS com os centros de saúde e seus profissionais, que oferecem serviços básicos gratuitos no ponto de atenção<sup>50</sup>. Desta forma, o sistema de saúde contribui para o bem-estar social, juntamente com os serviços mais básicos, tais como escolas, correios, energia, água, coleta de lixo, a polícia e outros. É possível ver o SUS e os centros de saúde-UBSF como uma forma de redistribuição da riqueza por parte do Governo Federal, o estado e o município, e que assegura o "pertencer" a uma sociedade que se preocupa com as minorias e marginalizados, e em geral pela saúde da população.

Além disso, os centros de saúde-UBSF têm instalações normalmente decente e limpa, com luz natural, e tem uma distribuição arquitetônica lógica para facilitar o atendimento. Há espaços distintos e bem sinalizados para recepção e sala de espera, e escritórios para o cuidado e administração, também para o armazenamento de materiais e de resíduos e lixo.

É geral a presença de consultórios odontológicos bem adequado para odontologia preventiva, geralmente amplos e para vários dentistas (média de um dentista para cada duas equipes de Atenção Primária).

Há também farmácias nos centros de saúde, com medicamentos básicos (antidiabéticos, anti-hipertensivos, analgésicos, antibióticos, estatinas, psicotrópicos, salbutamol e outros)

---

<sup>49</sup> Obviamente, não se deduz que a ESF haja chegado a todas as zonas com baixo Índice de Desenvolvimento Humano.

<sup>50</sup> A proximidade geográfica aos centros de atenção primária, ou à consulta do médico geral, pode superar as barreiras socioeconômicas, como demonstra o exemplo francês: Monnet E, Ramée C, Morello A, et al. Socioeconomic context, distance to primary care and detection of hepatitis C. Soc Sci Med. 2008;66:104656.

devidamente conservados e estão disponíveis mediante prescrição médica. Os preservativos masculinos não são apenas gratuitos, mas disponibilizados amplamente e às vezes em até três tamanhos. São dispensados distintos anticoncepcionais orais e injetáveis, e para momentos de emergência, a "pílula do dia seguinte". Alguns centros de saúde dispensam preservativos femininos, também gratuitos. Os funcionários de algumas farmácias preparam de forma artesanal os recipientes para pacientes idosos, analfabetos e / ou polimedicados.

Há água encanada e eletricidade em todos os centros de saúde. Quase sem exceção, os centros têm refrigeradores (geladeiras), equipados com termômetro em matéria de conservação da cadeia de frio para as vacinas (variedade e qualidade de país desenvolvido). Há também espaços e instalações para a esterilização do material.

Costumam ter um lugar de reunião (para profissionais e trabalho em equipe) e é quase universal a existência de uma cozinha (copa), onde podem almoçar os profissionais que quiserem (com fogão, pia e geladeira, pelo menos). Há serviços de saúde, tanto para profissionais quanto para pacientes. Na maioria dos casos, o centro de saúde-UBSF é um prédio independente e tem jardim, ou similar. Em muitos casos, o jardim é bem cuidado, e até serve como uma fonte de trabalho comunitário, ou para uma plantação de ervas, ou para "redimir penas" de jovens infratores moradores da comunidade.

Geralmente há uma sala para exames ginecológicos e coleta de citologia (exame de Papanicolau), e os espéculos são descartáveis ou esterilizado adequadamente (geralmente no próprio centro), às vezes vêm de uso único para "as campanhas", duas vezes por ano, o que chamam de "ações programáticas". Em alguns centros os médicos de família colocam DIU, mas essa não é uma atividade geral. É geral sim a presença de aparelho de Doppler, para o acompanhamento da gravidez. Técnicos têm uma sala de "triagem" na qual é verificada a pressão, é feita a pesagem e medição do paciente antes da consulta com o médico ou enfermeiro. Muitas vezes existe uma sala de nebulização, bem equipada e muito utilizada.

Como regra geral, o tratamento aos pacientes é cortês e respeitoso. Há registros individuais dos pacientes (histórias clínicas-prontuários) geralmente organizadas por famílias e endereço, e um sistema de informação (manual ou eletrônico) para o registro da atividade. Consideram-se tanto as necessidades pessoais de saúde como as dos grupos e comunidades. É freqüente a cooperação com outras instituições, como escolas, igrejas e outros. Também é freqüente o trabalho com grupos, como idosos, hipertensão e outros.

Embora os centros de saúde-UBSF costumam ser localizados em áreas pobres, quando

cobrem as áreas de classe média os programas são usados por esta, ainda que preferencialmente as vacinas infantis e medicação gratuita.

O calendário de vacinação é amplo, se adapta às situações locais, e existem registros adequados de toda a atividade em torno às vacinas.

Há profissionais em todas as categorias (embora às vezes falte, especialmente médicos e ACS), agrupados em equipes, e em geral, impressiona a abundância (a média nos centros visitados foi de cerca de 50 pessoas, com três equipes atendendo a uma população de 12.000 pessoas). Poucas são as ausências por doenças (licenças médicas). Existem vários profissionais de suporte (farmacêuticos, psicólogos, psiquiatra, nutricionista, fisioterapeuta e outros) que são geralmente agrupados no NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que visitam regularmente os centros de saúde-UBSF.

Os profissionais têm formação acadêmica e conhecem os fundamentos e habilidades para trabalhar no sistema de saúde e na Atenção Primária. Em alguns casos as equipes conseguem ser "funcionais", e com independência da categoria é líder quem tem condições naturais para isso; ou o auxiliar limpa os ouvidos de cera, se ele faz bem (sob supervisão médica), ou removidas as *Tunga penetrans* um técnico habilidoso.

As formas de contratação é muito variada; o "ideal", pela a segurança pública e privilégios públicos é ser funcionário concursado, mas são freqüentes os contratos de trabalho com os médicos, ou a terceirização, ou a interposição de fundações diversas que se encarregam da gestão dos centros de saúde (por vezes em rede com hospitais, com ou sem fins lucrativos). São freqüentemente terceirizados os profissionais da recepção, serviços auxiliares e de vigilância.

A grande maioria dos profissionais realiza seu trabalho com dedicação e se esforça para oferecer aos pacientes e à comunidade o melhor de suas habilidades e conhecimento. Às vezes não é incomum que os profissionais supram as carências institucionais (desde a compra habitual do carimbo ao fornecimento de sabão e papel, passando pela compra de cadernos e canetas quando eles estão em falta).

Os pacientes têm um cartão de identificação do seu direito aos serviços do SUS, sabe qual é "sua" equipe, identificam seus componentes e sabem o horário de abertura e fechamento, que geralmente são cumpridos. O atenção é dada no centro de saúde e no domicílio (onde os ACS levam os medicamentos, se necessário, e onde são atendidos, além dos membros da equipe, por especialistas como psiquiatra, dentista e fisioterapeuta). O acesso ao centro de saúde pode ter rigidez e geralmente têm também uma lista de espera para os protocolos e programas, e poucos profissionais estão abertos para a demanda espontânea e com uma agenda aberta, mas uma preocupação nacional.

Os profissionais tendem a chegar e sair pontualmente (mas há exceções sistemáticas, às vezes tolerada pelas autoridades).

A ESF tem levado aos centros de saúde uma orientação generalizada na qual as equipes prestam serviços múltiplos e os especialistas<sup>51</sup> são vistos como um "segundo nível". Os médicos e as equipes atuam como médicos de família, embora existam poucos com tal especialização. Os pacientes podem ser encaminhados para a UPA, especialistas e hospitais e a vários exames, com os serviços, por vezes, "concertado"-terceirizados. Existem centros, clínicas e hospitais que oferecem medicamentos suplementares, também gratuitos no local do serviço, em alguns casos, os especialistas vão para centros de saúde-UBSF como profissionais de apoio (agrupados em NAPI, Núcleo de apoio a Práticas Integrativa; por exemplo, acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica, yoga, mesoterapia, aromoterapia e outros).

A dotação para a resposta a urgência e emergência é escassa, mas onde há mais capacidade não costuma haver em todos os sentidos (maleta de emergência bem equipada, e existência de espaçador e salbutamol em aerosol e/ou desfibrilador).

Em resposta à pressão da morbidade e mortalidade por dengue têm sido desenvolvidas Equipes de Combate a Dengue, cujo trabalho básico é a orientação da população, com trabalho nas casas, para evitar que na comunidade sejam mantidos focos que facilitem o ciclo de vida mosquito.

Embora não seja freqüente a informatização completa dos centros de saúde-UBSF, geralmente há computadores para atendimento clínico e mais freqüentemente para a gestão dos encaminhamentos e pedidos de exames. Todos os centros possuem linha telefônica, mas normalmente há apenas um telefone e uma linha. Existem programas de apoio a distância, como o TELESSAÚDE (SUS, Federal) e Telemedicina (da Universidade), mas o seu desenvolvimento e implementação é muito desigual.

Existem listas de espera para os especialistas e para exames, mas são comuns os "atalhos", mecanismos variados para facilitar o acesso aos pacientes com problemas específicos, como câncer.

O aborto voluntário é ilegal (há uma Lei de suposições com algumas exceções, como após o incesto). No entanto, a maioria dos profissionais sabem da venda de misoprostol na rua e conhecem os padrões e as vias de administração (não ocorre o mesmo com o metotrexate, pouco utilizado e pouco conhecido).

Os salários variam muito. Por exemplo, por 40 horas semanais de ACS, de 600 a 1.200

---

<sup>51</sup> Neste Relatório se fala de "especialistas" para médicos que possuem outra especialidade que não seja a Medicina Família. Contudo, a Medicina de Família é uma especialidade médica, porém seu papel é de generalista, e isso é o que a distingue de outras especialidades.

reais. Para os médicos, também por 40 horas, a partir de 3550 a 12.000 reais. Em geral, os salários dos médicos são maiores nas áreas rurais (chegando às vezes em até 15 mil reais).

Há exemplos de "ESF na rua" e de "ESF em ônibus" para cobrir aonde as UBSFs não chegam. Há também um exemplo de "ESF na prisão". Este é exceção, não a regra. Pelo contrário, a resposta às infecções é regulamentada, incluindo o desenvolvimento de Equipe de Doenças Endêmicas, que trabalham na rua.

Embora existam mudanças freqüentes dos responsáveis políticos nas Secretarias, há exemplos de manutenção estável de apoio ao desenvolvimento da ESF.

Os maiores acertos da ESF são, em resumo:

1. Sua própria existência ao longo de décadas (começou em versões anteriores ao SUS com diversas iniciativas, transformou-se em centros de saúde com ACS, mudou para o Programa de Saúde da Família, e tornou-se a Estratégia Saúde da Família nos anos noventa do século XX).
2. A mudança de modelo com profissionais generalistas, conservando os agentes comunitários de saúde (ACSs) ao mesmo tempo em que se introduziu o médico de família. Lamentavelmente, persistem algumas Unidades Básicas de saúde (UBS), onde não há equipes de Atenção Primária e os pacientes tem acesso direto aos especialistas (habitualmente clínico geral, pediatra e ginecologista), porém a especialidade de Medicina de Família e Comunidade está bem implantada e sua residência é de qualidade.
3. A inclusão de serviços de farmácia e odontologia nas UBSFs. Ambos serviços não são normalmente encontrados em centros de saúde em muitos outros países. Como todos os outros benefícios, os serviços odontológicos e medicamentos são gratuitos no local de atendimento. Incluem o fornecimento de preservativos masculinos (em geral, livremente) e às vezes feminino, e os medicamentos básicos com receita (que também podem ser obtidos gratuitamente, ou quase, com o programa Farmácia Popular em farmácias privadas que o aderiram).
4. O compromisso Federal, Estadual e Municipal em seu desenvolvimento. Desta forma, a ESF não é apenas um projeto federal, mas de todos os níveis políticos. As decisões finais são dos políticos do município, o que tem as vantagens (e desvantagens) da descentralização.
5. A independência da prática clínica da influência direta da indústria farmacêutica. Os centros de saúde-UBSF não tem parafernália mercantil de propaganda comercial, habitual em muitos países. Representantes farmacêuticos não fazem parte da

"paisagem" do pessoal nos centros de saúde. É impossível escapar da influência da indústria, mas não com o espetáculo as vezes obsceno em outros países (os convites para conferências, jantares, etc.)

6. A dotação de pessoal variado, agrupado em equipes multidisciplinares que se entregam decididamente a seu trabalho, que muitas vezes suprem, inclusive de seu próprio bolso, as deficiências de outros níveis. É uma equipe abundante e bem formada, embora às vezes falte médicos nas equipes, ou que sejam escassos os médicos especialistas em Medicina de Família. Além disso, geralmente conta com o apoio de outros profissionais que atendem aos centros de saúde regularmente.
7. A inclusão de medicamentos suplementares. Permite cobrir campos que raramente são considerados na prática sanitária convencional, por mais que convenha a regulação e acompanhamento de sua atividade (com outras mais) pra integrá-las no conjunto de processos que contribuem para o incremento da saúde da população.
8. O desenvolvimento da Telessaúde. Com uma implementação muito desigual, permite o apoio das equipes de suporte em situações de rotina e/ou críticas. A difusão é imprescindível em um país de dimensões continentais.
9. A implantação prioritária em zonas de baixo Índice de Desenvolvimento Humano dos centros de saúde-UBSF. Neste sentido a ESF é uma opção que tem lógica tanto no sentido científico como político, pois as necessidades sanitárias são maiores entre os pacientes e ambientes de pobreza.

## **RESULTADOS: ALGUNS EXEMPLOS POSITIVOS CONCRETOS**

O trabalho de campo revelou os acertos da ESF e do trabalho nos centros de saúde-UBSF, com vários exemplos. Destacamos vários, sem animo de ser exaustiva, mas com desejo construtivo.

No que diz respeito à estrutura física dos edifícios, se destaca a de alguns visitados em Curitiba, Florianópolis, São Paulo, Rio de Janeiro, João Pessoa, Macaíba (Rio Grande do Norte), São Luís e São José do Ribamar (Maranhão) o melhor adaptado ao entorno (rural, nos centros visitados nestas localidades.). Ou seja, tão importante é que a estrutura física responda a um desenho arquitetônico apropriado às necessidades da Atenção Primária como sua adaptação à população e ao entorno, com bons exemplos no Brasil.

Em Florianópolis, vimos os centros de saúde mais “humanizados”, mais individualizados e amáveis em sua decoração e interiores, como o de Saco Grande, Ingleses e Córrego Grande, inclusive em este último há peixes em um aquário, sobre a responsabilidade de Simone Luz Cardoso. Em geral, muitas consultas odontológicas estão também humanizadas, como por exemplo, no Centro de Saúde Vila Mutirão, em Goiânia. A destacar a consulta e o trabalho de Newillames Gonçalves Nery, dentista do Centro de Saúde Parque Atheneu, Goiânia, já há sete anos e compromisso com a PSF.

No centro de saúde Gameleira (Vera Cruz, Bahia) todas as salas possuem flores, trocadas semanalmente, que fica por conta de Rodrigo Oliveira Freaza Garcia, médico.

A dotação dos centros de Saúde-UBSF em relação ao material é muito diversificado. Destacam alguns centros de Curitiba, São João dos Pinhais, Porto Alegre, Florianópolis, São Paulo, Rio de Janeiro, Aracaju, Sobral (Ceará) e Fortaleza. Em relação a tal material, corresponde pessoal capacitado, e há médicos que colocam DIU que fazem pequenas cirurgias. Não é raro o médico de família que compra material para uso no sistema público, tipo *punch* para biopsia com brocas (por exemplo, Paulo Poli, médico no centro de Saúde Ingleses, em Florianópolis), o pulsioxímetro (por exemplo, Rubens Paulo de Oliveira Gomes, de Vera Cruz II, em Goiânia). O que se provem por sua conta de optotipos para a graduação da vista e de câmaras espaçadoras, como Aline de Ávila Ramos, no centro de Saúde Córrego Grande (Florianópolis).

Nos centros visitados, houve grande variabilidade no número total de equipes de atenção



primária, desde 11 em Maria do Socorro (Rio de Janeiro) até 1 em muitos dos centros de saúde rurais

Vimos o trabalho de equipes, com delegação de funções e autonomia decisória. Por exemplo, em Manaus, no centro de Saúde Silas Campos, uma equipe liderada por Leila Pinheiro, Médica, com Sandra Rodrigues, enfermeira, Leidiane Nobre, auxiliar de enfermagem, e Maria Angela de Sousa, entre outros ACS.

Também vimos o trabalho de equipes sem médicos mas com excelente funcionalidade, como no centro de Manaus anteriormente já citado, a equipe que lidera Janete de Souza, enfermeira. E em Macaíba (Rio Grande do Norte), no centro de saúde Lagoa do Sítio, a enfermeira Selma Araújo de Oliveira, capaz de liderar a equipe e de responder tanto aos pacientes programados como as emergências. No centro de Saúde de José Machado de Souza (Aracaju) há capacidade de resposta a emergência usuais, e pessoal polivalente como Maurício Ribeiro de Carvalho Júnior, enfermeiro (com experiência prévia rural). A enfermeira Letícia Miranda, no centro de saúde de Santo Hilário, Goiânia, destaca pelo seu trabalho bem organizado, com registros (com suporte muitas vezes as suas custas) de pacientes acamados, grávidas, hipertensos, diabéticos, crianças em tratamento com psicofármacos, livro de mortalidade, mapas com recursos e demais necessidades.

Na maioria dos centros de saúde, as visitas a domicílios são feitas em carros com motoristas do SUS (carro e moto). Em alguns lugares os médicos usam seu próprio veículo, por exemplo, Bendito Oliveira de Sousa Barros, médico, no centro de saúde Adelino Matos, em Teresina.

São maioria os centros de saúde em que há coletas de amostras periféricas, de forma que se evite a movimentação do paciente. No centro de saúde rural Deomar Bittencourt I, em Vila Velha (Espírito Santo), ao uso de "código de barras", que facilita o seguimento dos resultados. No centro de saúde Saco Grande (Florianópolis), Cláudio Correia, técnico de laboratório demonstra capacidade de auxiliar com suas atividades, muito mais do obrigatório. A destacar também o administrativo do centro Ernesto Araújo (Porto Alegre) por sua polivalência.

Em centros de saúde, como no Rio de Janeiro e João Pessoa, na hora do almoço (12:00-13:00) são organizados turnos "de plantão" para que o centro não fechem e possam responder a pacientes que chegam neste horário.

Destacou também a organização e funcionamento da farmácia no centro de saúde Maria do Socorro (Rio de Janeiro), com um código de barras para controle de medicação. Também destaca a farmacêutica do centro de saúde Jardim Guanabara I, Goiânia, pela sua acessibilidade, para fazer valer as visitas domiciliares e entrega dos medicamentos

domiciliares de forma monitorada, a adaptação a pacientes analfabetos, a conduta de atenção farmacêutica, identificação e monitoramento de problemas relacionados a medicamentos (PRM), e cooperação com outros profissionais.

Muitos profissionais que permanecem mais tempo na mesma equipe conseguem oferecer uma continuidade e uma contribuição ao seu trabalho. Eles contribuem para uma maior resolução de problemas, como podemos comprovar no caso de Lourdes Sagaz( administrativo com 25 anos de dedicação no centro de Saúde dos Ingleses - Florianópolis), Adélia Gomes de Olandino (ACS no centro de saúde nova Esperança, de João Pessoa, com 15 anos de antiguidade, do último centro citado e Patrícia Gomes da Silva (auxiliar de serviços gerais, com oito anos de dedicação no centro de Saúde de Araçá, Camaragipi, Pernambuco). Estes profissionais conhecem bem a população e são imagem e história viva do SUS

Um bom gerente pode conseguir um excelente ambiente de trabalho, como vimos em vários casos. Destaca-se Célia Regina dos Santos, em Vera Cruz, Centro de Saúde III, Goiânia. Além disso, este centro de saúde, e outros, adotaram um excelente com material de emergência que permitiu, por exemplo, responder adequadamente a um caso de parada cardíaca no ano anterior. O fornecimento de equipamentos para atender a um parto ,facilitou o bom trabalho em um caso recente no centro de saúde rural em Deomar Bittencourt, Vila Velha (Espírito Santo).

Destaca-se também a gestão de Marly de Oliveira Silva, no centro de saúde Floramar (Belo Horizonte). E de Yara Maria Busnello Thomas Leonard, no centro de saúde Ingleses, Florianópolis

O envolvimento com a comunidade é freqüente e intenso em alguns casos. Por exemplo, no centro de saúde Jiribatuba (Vera Cruz, Bahia), a equipe de Leonardo Guedes, médico, Joelma Kátia Oliveira Ferreira, enfermeira, Adilson Teixeira, técnico de enfermagem, e os ACS Sirley Maria de Jesus e Aldeni, entre outros (e experiência destes há somado ao impulso de médicos e enfermeiros, que "abriram" o centro de saúde para situações, problemas e pacientes que antes sentiam alguma barreira

Destacam pelo seu compromisso com a comunidade das equipes que lideram os médicos de família Rubens de Carvalho( centro de saúde Alto do Pascoal, de Recife).

Encontramos vários médicos "localizados" no telefone em horários de trabalho não-tradicionais, incluindo feriados, para a certificação de mortes de seus pacientes em estado terminal cuidados em casa. Incluindo Paul Poli (Florianópolis), Mark Adams Goldvaich (Rio de Janeiro), Verônica Cisneiros (Recife) e Emilio Rosetti (Fortaleza).

Em Fortaleza, no centro de saúde Lineu Juca, destaca-se o trabalho clínico e ensino de

Marco Tulio Aguiar, médico de família, que geralmente trata com morfina , pacientes terminais em casa, e ainda desempenha um programa para prostitutas, outro para crianças asmáticas , dentre outros. No centro da ACS tem um compromisso especial para com as pessoas que os leva a oferecer serviços de diagnóstico, e insistentemente preferem pedir treinamento para melhorar a organização a aumento dos seus ganhos.

Testemunhamos um excelente exemplo do poder do PSF (e do SUS) para quebrar barreiras e responder aos problemas em lugares que mais precisam do centro de saúde em Santo Hilário, Goiânia. Foi um endereço não programado (demanda) de uma micro área, sem médicos, em que o ACS estava ciente do movimento de um casal de idosos, reclusos dentro de casa, no Maranhão.

Pesa o fato de não ter documentação alguma, nem identificação, nem do SUS, já que a filha do casal que lhe trazem alimentação diariamente estava trabalhando, um médico do centro de saúde, Caio Oliveira Guimarães, se deslocou ao domicilio com a enfermeira e o ACS, e com a ajuda de uma vizinha , que acabou por acalmar a situação clínica e social. O senhor, 79 anos , já inválido, cadeirante, diabético, hipertenso e com sonda uretral permanente por hipertrofia prostática, e sua mulher de 69 anos, com diabetes e uma lesão pediculada em sua boca. Sem pensão, e sem medicação. Ao final, de uma hora ambos tiveram sua história clínica cadastrada e foram tomadas medidas e decisões precisas para que obtivessem a documentação, a medicação e tais problemas relacionados à pensão de ambos, foram direcionados através do CRAS, centro de Referência de Assistência Social.

No centro de saúde Taiz Viviane Machado (Curitiba) tem um banco de leite, um bom exemplo de desenvolvimento tecnológico adaptado às necessidades

Em Goiânia, salas de nebulização dos centros de saúde desapareceram, e os profissionais são conscientes do escasso fundamento científico de tal prática.

Todos os centros visitados de Curitiba, Porto Alegre, São Paulo, Florianópolis, Rio de Janeiro e Belo Horizonte contam com informatização do sistema. Em muitos outros há informatização parcial, por exemplo, para marcação de consultas e especialidades e / ou testes de diagnóstico. Em algum caso com problemas de acesso à Internet, como no centro de saúde Robson Cavalcante de Melo, Maceió, o pessoal administrativo trabalha em casa dois dias por semana, para resolver a desconexão.

Em relação aos residentes de Medicina de Família, se destacam na prática os centros de saúde de Curitiba( muito bons os de MonLobato), Porto Alegre, Florianópolis, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, João Pessoa, Sobral( excelente os dois visitados, Hebert de Sousa e Everton Montalverne) e Fortaleza (muito bom também os dois visitados, Frei

Tito e Lineu Jucá. Em João Pessoa, e outros lugares, os residentes têm ao longo do tempo, um contrato de formação e trabalho junto às equipes médicas, melhorando assim dessa forma, o amadurecimento e concepção de tais atividades.

Estudantes e em geral a Universidade, faziam parte da visita aos centros de saúde em Curitiba, Florianópolis, Goiânia, Belém, Salvador, Maceió, Recife, João Pessoa e Sobral.

Destaca-se também a Fundação de Saúde da Família da Bahia, como uma tentativa de superar alguns dos problemas da descentralização, melhorar o recrutamento de profissionais e garantir a formação contínua. Além disso, a Fundação Municipal de Saúde de Teresina, por seu trabalho sobre os problemas de acesso e resolutividade. Estas questões preocupam em geral, e podemos discuti-las diretamente com os responsáveis políticos em São João dos Pinhais, Rio de Janeiro, Goiânia, Maceió e São Luís. No que diz respeito à estabilidade política e desenvolvimento em apoio do PSF gostaria de salientar Curitiba e Florianópolis.

Existem diferentes modelos de incentivos aos profissionais, substitutos e aqueles que gozam de férias e outros. Destaca-se o esforço neste campo, o trabalho em Curitiba, Rio de Janeiro e Salvador.

Em todos os casos, gozamos do apreço dos profissionais dos centros de saúde visitados, e fica difícil destacar algum em particular pela hospitalidade e cooperação. As visitas sempre foram agradáveis e aconchegantes e a informação fluiu sem problemas, com transparência e sinceridade. Se houvesse que assinalar a alguma, provavelmente a de Novo Planalto, em Goiânia, com Marco Aurélio Cândido de Melo, médico. E ao centro de saúde da Cidade Operária, em Recife, que supriu com crescimento os problemas de se ter os enfermeiros de folga.

Tivemos vários contatos com os médicos de CASSI, mas o mais instrutivo foi a visita às instalações, em Maceió, na unidade de medicina familiar. Em CASSI (plano de saúde privado para os funcionários do Banco do Brasil) foi adotado o ESF, que envolve o desenvolvimento do trabalho em equipe liderada por um médico de família que tem apenas um técnico de enfermagem. As três equipes têm o apoio multi profissional formado por um enfermeiro, psicólogo, assistente social e nutricionista. Não há ACS. A informatização é total e o registro médico eletrônico tem "lista de problemas.

Há reforço médico para emergências e para pacientes sob demanda. Há medidas pró-coordenação, que são expressos em uma política de referência que premia os melhores especialistas estabelecida com os médicos de família (relatórios orais e escritos, etc)

Em todos os casos, o relacionamento com os profissionais em todas as categorias foi de empatia e simpatia. O sucesso da visita foi baseada quase sempre em um sentido de

valorização do profissional "de se ver reconhecido", porque havia alguém para analisar o seu trabalho, sugerir melhorias e apreciar a sua dedicação e esforço.

Muitas vezes não tinha chegado informações sobre o projeto para ao centro de saúde da UBSF, ou tinham só um médico ou gerente e, apesar de uma visita, então, ser "prematura" e mais complicado, isso não impediu estabelecer uma relação fluída e amável.

Em geral, durante o almoço foi novamente momento de confraternização( e obtenção de informação em um ambiente relaxado e de boas companhias), e todos os casos se dividiu com os profissionais, geralmente em um restaurante próximo, bem na própria cozinha ou copa. Em vários casos se organizou uma quase festa, no almoço ou ao acabar o dia e após a sessão geral; há que se destacar as festas de Erico Veríssimo (Curitiba), Vera Cruz II (Goiânia), Vila Mutirão( Goiânia), Robson Cavalcante de Melo (Maceió), Everton Montalverne (Sobral) e Gapara (São Luís).

Tampouco faltaram os presentes como expressão de carinho, bem de profissionais concretos, bem do centro de saúde visitado, bem de organizadores e a sociedade local de médicos, bem das Secretarias. A mesma simpatia refletiu a dedicação dos organizadores para conhecer algumas das atrações naturais e/o culturais; a destacar como por exemplo Florianópolis, Belo Horizonte, Manaus, Aracaju, Recife e São Luís.

## **RESULTADOS: SÍNTESE DE ASPECTOS NEGATIVOS GERIAS**

Os pontos cruciais e fundamentais da ESF são expostos claramente nos acordos refletidos na Política Nacional de Atenção Básica, de 2006. No entanto, na prática, em muitos casos, parece que a ESF não tem uma definição precisa. A confusão reina, principalmente sobre a acessibilidade, a integralidade, longitudinal e resolutividade. Assim, de acordo com o local visitado, é atribuído a "marca" ou "sinal" da ESF a iniciativas variadas e distintas, que têm pouco em comum. Portanto, as taxas de cobertura de população com a ESF e o número de centros de saúde-UBSF no dizem nada sobre os serviços oferecidos, nem sobre a capacidade de resolução para os problemas dos pacientes e comunidades. Em alguns casos a "mesma" ESF alcança níveis de país desenvolvido europeu-canadense, e em outros africanos. A autonomia municipal, a descentralização, pode levar ao enfraquecimento, pelo menos na implementação da ESF. Na aplicação prática da ESF costuma faltar tecnologia e ciência moderna em quase todos os sentidos, desde a dotação de material e a capacidade dos profissionais a métodos de gestão.

A ESF se aparece as vezes como se o tempo não tivesse passado no Brasil. Em muitos casos se subentende que a ESF é para pobres, e pobre, o que a desacredita completamente. Claro, há um contraste vívido entre teoria e prática. A teoria nega que a ESF é para os pobres, pois se supõe é a opção universal do SUS para o Brasil. A prática é consistente e, por exemplo, em todos os lugares visitados os próprios profissionais que podem, evitam a ESF e contratam "planos privados de saúde." Expressão do escasso crédito da Atenção Primária é que os próprios médicos de família não costumam ter um médico de família para seus problemas de saúde, mas consultam diretamente com especialistas.

Em muitos casos é impossível "pertencer" a uma equipe de Atenção Primária pois as UBSF não costumam estar localizadas em áreas onde vivem profissionais de nível superior (médicos, farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros e outros). Nos raros casos que a USBF incluem zonas geográficas de classe média, o uso predominante é feito por empregadas domésticas (e quase todos, para as vacinas e medicamentos gratuitos).

Como regra, os profissionais de nível superior e médio vivem em zonas afastadas dos

centros de saúde-UBSF e não fazem parte da comunidade a que servem. Por isso o seu conhecimento sobre a mesma é, em muitos casos, de "ouvido", não "vida". Ainda assim, o discurso oficial sobre a comunidade é enorme e muitas vezes as palavras impedem que seja visto o óbvio.

A comunidade é, portanto, muito importante na teoria, mas apesar de existirem excelentes iniciativas positivas, é pouco o que se faz na comunidade após as horas de trabalho. Por exemplo, as necessidades assistenciais dos trabalhadores que vivem na comunidade são negligenciadas (geralmente vão para o trabalho antes de abrir os centros de saúde, e voltam pra casa quando eles estão fechados), como se ignoram muitos dos problemas das emergências fora do horário, e o das famílias em que há um óbito em "horário inconveniente", como num domingo às nove da manhã. A mera existência, respectivamente, das UPAs, do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e do Serviço de Vigilância de Óbitos, não resolve os problemas, como bem expostas pelos pacientes e líderes comunitários. Especificamente, a certificação de morte natural e esperado, em cadáver de carro para chegar à emergências alegando que ele morreu no caminho, e assim conseguindo o desejado atestado de óbito. Em outros casos as funerárias têm seus vínculos com políticos locais, como vereadores que "resolvem" o problema com seus contatos. É tarefa que também "resolvem" os traficantes de drogas nas áreas que dominam. Os certificados de óbito são documentos guardados de tal maneira que se torna uma odisséia consegui-lo, mesmo em dias e horários normais de atendimento.

O problema não é apenas a certificação da morte, mas o atendimento ao paciente terminal em casa, muito deficiente. Na verdade, é um campo de duplicação de serviços, com Serviços de Atenção Domiciliar privado ou público que dão resposta vicária (e "debilitam" ainda mais a ESF neste flanco).

Na comunidade vivem apenas os ACSs, e as vezes os técnicos auxiliares e administrativos. Os outros profissionais "chegam de pára-quedas e vão de foguete", ou seja, vão no início da manhã e saem cedo a tarde, antes do anoitecer, e na maioria dos dias não pisam fisicamente nos entornos do centro. Inclusive na hora do almoço estes profissionais muitas vezes costumam entrar no carro para afastar-se. Na verdade, a comunidade é, em muitos casos vista como um ambiente "perigoso", que raramente é visitado sozinho e a pé (o que fazem o ACS, em pares), e menos sem luz natural. Um bom exemplo é a visita aos doentes acamados, sempre que possível com carros e motorista oficiais, e por vários profissionais ao mesmo tempo; por exemplo, é raríssimo o trabalho domiciliar apenas da enfermeira ou do médico. Parte desta "aversão à

comunidade" explica a concentração do trabalho domiciliar em um turno fixo por semana (uma tarde, ou manhã, na qual se conta com o carro e motorista, e em que toda equipe vai junto às visitas domiciliares).

Um sistema de saúde para pobres é um sistema de saúde pobre, e, assim, às vezes, a ESF oferece pouco, é pobre. Centros de saúde, por vezes, respondem a um padrão do passado, de um Brasil pobre, e de uma organização burocrática com "médicos descalços", em que se misturam a epidemiologia e ciências sociais (Saúde Coletiva), a promoção da saúde com a prevenção sem limites, e a Atenção Primária a Saúde com a social. Assim, as vezes, a visita aos centros de saúde-UBSF remete de volta a tempos antigos, de sistemas soviéticos bem desenvolvidos para responder com higiene, assepsia e vacinas à mortalidade por infecções.

O que está bem organizado e é central (prevenção e tratamento de infecções) foi e continua sendo importante, mas de central tornou-se periférica. E às vezes é usado em excesso, por razões de rotina (por exemplo, vacina antitetânica, muito mais do que o recomendado, com reforços a cada dez anos e na gravidez, e em todos os casos de ferida por mais que o paciente tenha a caderneta de vacinação em dia). E às vezes parece não conseguir o efeito esperado, por exemplo, contra a tuberculose, hanseníase, dengue, leishmaniose e leptospirose.

Costuma-se ignorar que a escolha por uma Atenção Primária forte não é uma opção pelos pobres, mas pela saúde geral da população (embora os pobres sejam os grandes beneficiados, por causa de sua maior necessidade de serviços sanitários). Costuma-se também ignorar o papel fundamental dos médicos, tanto no desenvolvimento científicos como no crédito social, e sua posição principal em uma Atenção Primária forte. Nisto há um certo "ressentimento" contra os médicos com atividade clínica com os pacientes, sempre vistos como membros da classe alta, associados ao capitalismo e ao paciente individual, e contra a saúde pública/coletiva.

Como nos foi dito uma vez, "os médicos são um mal necessário", e como dissemos muitas vezes "os médicos de família são os líderes das equipes de Atenção Primária; nas equipes não há hierarquia." Mais uma vez podemos destacar uma dicotomia entre teoria e prática, pois é o contato direto com os médicos e suas poderosas técnicas de diagnóstico e terapêutica, o que tornam atraentes os planos privados de saúde e as "clínicas populares" (nos quais não há equipes, nem enfermeiros nem ACS; exemplo extremo é a CASSI, inclusive em sua escolha pela ESF).

Apesar de seu sucesso documentado, parece que as equipes (e a ESF) são bons para os pobres e aqueles que têm um certo nível econômico os evitam. Cabe perguntar-se se a



sociedade brasileira e seus políticos querem um sistema sanitário público universal, que cubra toda a população (como nos países desenvolvidos, com o Canadá como exemplo americano), ou se o desejam somente na teoria, mas na prática promovem um sistema duplo, privado para as classes média e alta e público para as classes baixas. Neste caso, o sistema público será algo como a Beneficência dos séculos XIX e XX, que persiste apenas em os EUA no século XXI (o único país desenvolvido que carece de um sistema de saúde público universal).

Se o Brasil escolhe o desenvolvimento de uma ESF para os pobres levará os pobres a um sistema de saúde pobre, mal equipado, de má qualidade, de escasso conteúdo, de Medicina "básica" para elementar, com profissionais desencantados ou "iluminados" (não sabendo o que é o melhor entre ambos tipos de profissionais). Na verdade, nas visitas têm predominado os profissionais desencantados, muito críticos com o sistema e as autoridades, mas não deixamos de encontrar profissionais que vêem o seu trabalho com iluminado e místico, mais ideológico e / ou religioso do que qualquer outra coisa.

Ainda que as instalações físicas dos centros de saúde são geralmente adequadas, visitamos alguns que não merecem esse nome. Às vezes a salas de espera têm condições de terceiro mundo, com goteiras, ou com projetos desapropriados, de modo que no verão tornam-se verdadeiros fornos. Em muitos casos, assentos, cadeiras e móveis são mal conservados, quebrados e destruídos. A eles se somam às vezes grades, que com arame farpado e guardas de segurança ajudam a dar o aspecto penoso. Em alguns casos os edifícios são adaptações, sem projeto ou arranjo, de pequenas casas em que vários profissionais compartilham trabalho e turnos. Logo, a medida é uma certa qualidade, mas exceções são freqüentes.

Mesmo nas instalações de qualidade, o ambiente tende a ser frio e desumano até demais. Novamente remete às instalações soviética, nas quais o profissional não é uma pessoa, mas um simples trabalhador, e os pacientes são parte da massa comunitário. Por exemplo, quando a instituição oferece jalecos (cerca de metade dos centros visitados) falta identificação e os profissionais se "rebelam" ordenação bordado com seus nomes e categorias, à custa de seu dinheiro. Espaços personalizados são raros, mesmo quando seja simplesmente com fotografias dos profissionais e pacientes. As flores naturais, como as plantas, são considerados prejudiciais para a higiene, e muitas vezes são proibidas pelos órgãos de controle de infecções. Também tendem a ser proibidos cartazes e decorações, exceto os enviados pela instituição. Em alguns casos nos foi contado histórias em que as autoridades arrancaram com violências tais cartazes e decorações "ilegais".

Em contraste com a busca de higiene e assepsia impossível, há centros onde as paredes estão "invadidas" por fungos (mofo). Ainda assim, em serviços sanitários carecem muito freqüentemente de sabão e / ou papel-toalha de mão (e papel higiênico). O mesmo acontece no lavabo das salas de consulta (onde às vezes, mas nem sempre, tem uma solução hidro-alcoólica). Essas deficiências são quase gerais nos sanitários dos pacientes. A simples lavagem das mãos é uma atividade muitas vezes quase impossível, seja após usar o banheiro, seja após atender um paciente no consultório, sala de curativo ou depois de vaciná-lo. Por outro lado, as luvas descartáveis não são universais, e em muitos casos "há, mas estão em falta" [ouvimos muitas vezes esta frase para explicar várias carências].

Os profissionais, em geral comprometidos com seu trabalho, tendem a comprar de seu bolso sabão e papel higiênico e para as mãos, tanto para uso próprio como para os pacientes; neste aspecto vicariante não há distinção de categorias, desde os auxiliares gerais (limpeza) até os médicos. Em outros casos, os médicos, enfermeiros e técnicos aproveitam seus trabalhos em outras instituições de saúde para "trasladar" luvas para onde são mais necessários (as UBSFs). Esta "transfusão" ilegal de material é relativamente freqüente; por exemplo, de sondas, de injetáveis e outros materiais que muitas vezes não provêm aos centros ou "estão em falta".

O que os profissionais não podem suprir são as necessidades básicas, por exemplo, a farmácia, onde "estão em falta" muitas vezes medicamentos básicos, incluindo a digoxina ou metformina, e aonde muitas vezes não chegam os outros como nitrofurantoína, penicilina G oral, salbutamol ou beclometasona aerosol. Encontramos dois centros de saúde em que os preservativos masculinos estavam "em falta" (os femininos existem em pouca quantidade, em parte por causa da rejeição das usuárias e em parte pelo custo, mesmo que eles são muito úteis como um "instrumento de trabalho" para as prostitutas). O sistema de saúde não cobre, ou custa superar as barreiras para conseguir, alguns efeitos sanitários como coletores de urina e fraldas de incontinência.

Na mesma linha de contraste sobre a higiene, em quase metade dos centros visitados não havia lençóis de um só uso nas macas. Em muitos casos, foi manifestada a sua mudança diária, mas a aparência era rotatividade semanal no melhor cenário.

Os Centros de saúde geralmente têm luz natural, mas mesmo alguns modernos a evitam. Em qualquer caso, em geral, os vidros estão pintados ou cobertos com tinta ou papel, não para preservar a privacidade, mas por uma aparente preferência por trabalhar com luz artificial. A presença de biombos é rara, exceto em salas de coleta de amostragem citológico (preventivo).

A privacidade do atendimento médico (encontro médico/enfermeira/assistente-paciente) é pouco respeitada, e nas consultas as interrupções são a norma (contamos até 10, meia hora). Há consultórios com duas portas, uma para a sala de espera e outra a um corredor de comunicação, e esta segunda porta costuma permanecer aberta, mesmo durante o encontro com o paciente. A privacidade dos registros médicos (encontrar médico / enfermeiro / assistente-paciente) é raramente observada, consultas e interrupções são a norma (que contou até 10, meia hora). Há consultas com duas portas, uma para a outra sala de espera e um corredor de comunicação, e esta segunda porta permanece aberta normalmente, mesmo durante o encontro com o paciente. Com freqüência, o espaço dos consultórios para as consultas é escasso e o pobre e mal conservado. Esta é a expressão viva da pouca consideração para com as atividades curativas, e geralmente com as atividades sanitárias pessoais-individuais (por mais que os serviços de saúde sejam serviços pessoais). De fato, muitos profissionais vêm os centros de saúde e a ESF exclusivamente a partir de seu conteúdo preventivo, como se todo o resto fosse uma espécie de "fracasso" do que deveria cuidar dos outros.

O processo de atenção na consulta lembra o típico em qualquer país desenvolvido, e costuma ir desde a razão da consulta às recomendações para o acompanhamento. Mas a falta de material e tecnologia dá "ar" de limitação, e restringe a capacidade de resolução. Surpreende a "intimidade" entre os profissionais e pacientes (abraços e beijos em todos os lugares, por exemplo) o que muitas vezes impede a "distância terapêutica" e leva a consulta à trivialidade (extensos comentários sobre a moda, por exemplo).

Um bom exemplo deste foco exclusivo na prevenção é odontologia. Na prática, o trabalho de dentistas nos centros de saúde se refere apenas a prevenção, ainda que realizem algum trabalho em situações de emergência, como infecções. Geralmente, toda a odontologia intervencionista é derivada-encaminhada a um centro de referência, onde as filas fazem que em muitas ocasiões cheguem tarde à assistência e não é possível manter as peças. Daí a má saúde dental da população pobres.

O "déficit curativo" também é expresso pela freqüente rejeição ao "controle da incerteza"<sup>52</sup>. Tudo se pretende protocolizar, inclusive a avaliação do risco em consultas que não sejam

---

<sup>52</sup> São básicos em Atenção Primária o controle da incerteza e o controle do tempo.-Gérvás J, Ortún V. Caracterização do trabalho assistencial do médico de família/geral. Atenção Primária. 1995;16:501-6. -Gérvás J, Serrano E. Valores clínicos prácticos en torno al control de la incertidumbre por el médico general/de familia. En Expectativas y realidades en la atención primaria española. L Palomo (coordinador). Madrid: Fundación 1º Mayo-GPS Ediciones; 2010. p. 245-59. <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2010/04/valores-fadsp-2010.pdf>

De fato, um médico é "um profissional altamente qualificado que precisa estudar e se formar durante toda a vida, capaz de tomar decisões rápidas e geralmente acertadas em situações de grande incerteza". Em:

Gérvás J. ¿Por qué ser médico si ya hay Internet? Carta abierta a una estudiante de primero de Medicina. Septiembre 2010. <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2010/09/por-que-ser-medico-1c2ba-medicina-sept-2010.pdf> <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2010/09/why-to-be-a-doctor-open-letter.pdf>

de programas. Este "horror à incerteza" é maior entre os enfermeiros, que executam, basicamente, funções que evitam a decisão ante pacientes e a demanda. Assim, seu trabalho se refere fundamentalmente na coleta de amostras citológicas (Papanicolau), cerca de quarenta por mês, acompanhamento de crianças saudáveis e atividades similares, de programas e protocolos. O conteúdo clínico do trabalho do enfermeiro é baixo, e a produtividade e o custo de cada unidade "produzidos" muito alto. Uma enfermeira irônica, ao falar sobre seu trabalho, predominantemente sedentário e sentado, definiu-se como "enfer-mesa". As enfermeiras capacitadas e comprometidas se sentem frustradas em uma ESF que as anula e às reduz à realização de tarefas burocráticas e programadas.

Como resultado do escasso controle da incerteza, também é deficiente o controle dos tempos de consulta. Prefere-se o trabalho em "ritmo fixo", com consultas agendadas de 30 e até 60 minutos. Uma vez que a rotação dos médicos (e enfermeiros) é muito elevada, a incerteza tem a ver também com a falta de conhecimento dos pacientes e da população, o que exige tempo para "explorar" e interar-se dos problemas do paciente. Tudo isso provoca uma prática clínica burocrática e repetitiva, falsamente simples pelo protocolização, onde é gerada e mantém o "horror da incerteza" e onde se necessitam longos prazos para cumprir todas as normas e registros.

Ainda assim, com uma carga de trabalho escassa e um forte "reducionismo clínico", em comparação com a Atenção Primária em outros países desenvolvidos, é comum uma "cultura da queixa", de petição de menos pacientes e menos trabalho (o "ideal" expressado costuma ser de 2.000 pacientes por equipe de Atenção Primária<sup>53</sup>). Dá uma idéia da "carga de trabalho" que freqüentemente as salas de espera estão cheias ao abrir o centro (de manhã e depois do almoço), mas estão vazios em apenas duas horas (as consultas programadas, relógio à mão, não duram o previsto, e há muitos pacientes que não comparecer à consulta).

Os consultórios contam com material mínimo que em quase nenhum caso cumpririam normas de país desenvolvido. Geralmente possuem negatoscópio, exceto exceções, porém, por exemplo, em quase 100% dos casos faltam optotipos, martelo de reflexo, oftalmoscópio e lupa. Nunca vimos oftalmoscópio e otoscópio parede, e nos melhores casos os otoscópios normalmente são compartilhados por vários profissionais.

As mesmas carências dos consultórios se vêem nos centros em geral. Não há espirômetros (em nenhum caso), nem eletrocardiógrafo, nem ecógrafo, por exemplo. Nos

---

<sup>53</sup> Escutamos e limos propostas de 1 equipe de Atenção Primária e de Odontologia para cada 2.000 pacientes. E 1 NASF e 1 equipe de Saúde Mental por centro de saúde.

escassos centros de saúde que possuem estes últimos aparelhos, os médicos de família no costumam utilizá-los diretamente; ou seja, se limitam a fazer a solicitação do exame e esta a realizam técnicos especializados no caso da ecografia (em atividade terciária, com dias e horários fixos). Os eletrocardiógrafos são geralmente parte dos recursos da telemedicina, de forma que o médico de família não pode avaliar os eletrocardiogramas, nem em situações de urgência, senão esperar receber o relatório do especialista (que geralmente não envia um relatório clínico). Desta forma parece que se confirma a falta de confiança na formação e capacitação dos médicos de família.

As possibilidades de resposta às situações de urgência e emergência são raras, com poucas exceções (a resposta habitual é "chamar o SAMU"). Por exemplo, como norma não há morfina ou a dopamina, e glucagon, nem colírio anestésico, ou oxímetro de pulso, nem sondas uretrais, nem tiras de urina, nem, em geral, material de sutura, nem desfibrilador, nem material para parto. Quando há adrenalina, pode estar vencida, e raramente se encontra localizável e acessível onde são colocados os injetáveis (curativos, e sala de vacina). De fato, diante das questões enfrentadas a resposta comum é "este é ESF, não uma emergência; aqui se faz prevenção." Quando um centro está dotado de material para a urgência, a maioria dos profissionais desconhece sua mera existência, assim como seu conteúdo, e muitos não se sentem capacitados para seu emprego. Até certo ponto existe uma "comodidade na carência".

Não há planos para catástrofes, nem simulações para ensaiar respostas ante elas. Não há tampouco, planos para situações de emergência no centro de saúde (morte súbita, infarto do miocárdio, etc), e os cursos de reanimação cardiopulmonar são raros.

A idéia persistente e comum é que o trabalho deve ser preferencialmente, ou unicamente, preventivo e programado e que a atenção à demanda a às urgências não é questão relevante aos centros de saúde. Isso se reflete na prestação de serviços, usualmente restritas aos programas e protocolos. Em todo caso, são exceções os centros de saúde que constatarem em painéis ou cartazes legíveis sua ofertas de serviços, seus horários e os nomes dos profissionais das distintas equipes.

A organização "vertical" da ESF é transmitida aos centros de saúde, de modo que os tempos são agrupados por programas e protocolos e há, por exemplo, uma manhã para diabéticos, uma tarde para crianças, outra manhã para a saúde da mulheres, a tarde para gestantes, etc. A atenção é fragmentada, se fragmenta o profissional e o paciente, e o serviço prestado se torna muito ineficiente. É pouco freqüente a atenção "horizontal", ou misturada, na qual se mesclam serviços programados e a demanda, com uma agenda mais ou menos aberta.

A mesma questão afeta a atenção domiciliar, que também é atividade "programada". Costuma-se estabelecer um turno (manhã ou tarde) por semana para os pacientes acamados, e se atende com escasso material; certamente, nunca oxímetro, sondas ou qualquer medicação, nem injeções ou de outro tipo, exceto quando muito curativos de úlceras. Além disso, não se costuma utilizar outro meio de transporte que não o oficial, e outra forma de atenção que não seja em grupo, de modo que tal rigidez e inflexibilidade faz da atenção domiciliar pouco acessível e pouco resolutive. São raros os exemplos de pacientes terminais atendidos em seu domicílio, pela rigidez dos horários e pelas carências de material. É possível conseguir material, mas há que resolver vários filtros, e acima de tudo falta "a cultura" que torne em rotina oferecer esses serviços. Em particular, há um "opiofobia" e falta de capacitação para o acompanhamento do paciente terminal.

Problemas de acesso não são facilmente resolvidos, basicamente porque não há um simples agendamento com o administrativo ou com o ACS (para estabelecer de comum acordo com o paciente e família, um horário e dia de consulta sobre uma agenda aberta, inclusive com semanas, em que designam vagas a demanda, e reservam "buracos" para alguns pacientes e problemas de protocolos e programas). Em vez disso testam-se diversas formas de acolhimento, que nada mais são do que pré-consulta-de-consultas, geralmente com mais de um profissional, em que se decide sobre a necessidade da consulta propriamente dita (o paciente apresenta o seu caso ante uma espécie de "tribunal" para decidir o processo de atenção, às vezes na sala de espera, sem condições mínimas de garantir nem de privacidade nem de confidencialidade). Este acolhimento destina-se também a protocolizar como expressão viva do "horror de incerteza." Existem centros com agenda aberta e experimentação para melhorar o acesso, mas são menos

Em muitos centros os sistemas de citação para a demanda são rígidos e inflexíveis. Alguns apenas "dão" vagas para três ou quatro pacientes por turno (manhã ou tarde) em demanda espontânea. Isso provoca filas de pacientes para obtenção das valiosas vagas. Algum centro abre às cinco da manhã para dar abrigo a essas filas. O mesmo acontece quando a marcação para os especialistas e exames também é por "quotas", determinado dia do mês e determinadas vagas para o centro (há que ser o primeiro para conseguir).

O resultado final é que muitos centros acabam "ocupados" por um subsetor dos pacientes com problemas pouco variados e capazes de empregar o tempo de suportar a rigidez. Ninguém pode dizer que este grupo da população são os que mais necessitem de serviços, mas o oposto. Os pacientes de demanda, ou aqueles que trabalham, ou que não completam as vagas acabam nas UPAs (ou no privado), que atuam no "estouro" do sistema. Outra maneira de lidar com o problema é contratar médicos "de reforço", que,

normalmente após o horário, no próprio centro de saúde, atendem aos pacientes que não conseguiram atenção a sua demanda no momento. Finalmente, a idéia dos pacientes, da população e dos políticos é que "faltam médicos", que não dão conta da demanda, em vez de analisar as razões desta falta de resposta.

É comum o pluriemprego para os profissionais, especialmente médicos (mas também enfermeiros e auxiliares). Em muitos casos fazem "plantões", guardas nas UPA e no SAMU (as UPAs e o SAMU cada vez se entendem mais e cada vez mais precisam de mais médicos). Conseqüentemente, o trabalho nos centros de saúde-UBSFs tende a se tornar um "descanso", um intervalo entre plantões, o que dificulta o pleno rendimento (os profissionais passam a atuar um pouco como zumbis) e justifica o trabalho mais simples e sem complicações que oferecem os programas e protocolos. O emprego no setor público é, assim, uma espécie de complemento. Em muitos casos os médicos trabalham em três lugares diferentes, e eles são raros os que trabalham em seis. Também não é incomum a morte por acidente de trânsito entre médicos que adormecem ao volante (e que o seguro de acidente de carro seja mais caro para os médicos que para a população em geral). As novas regras, em desenvolvimento, que favorecem os horários "breves" (20 e 30 horas por semana) tendem a piorar este problema de pluriemprego.

Em muitas equipes o médico tem uma especialidade em Medicina de Família e é muito jovem (recém-formado sem experiência prática, aguardando a oportunidade de fazer uma residência que não seja em Medicina de Família) ou muito velho (cansado de outras especialidades, deficientes e a espera da aposentadoria). Isto é mais comum em áreas rurais, mas não é exceção nas demais. Ambos os tipos de médicos são contratados e começam a trabalhar sem formação alguma sobre a atividade nas UBSFs. É também comum a equipe sem médico, com uma enfermeira que já sinalizamos que se sente muitas vezes sem suporte, sem capacitação, nem formação continuada, por mais que realize seu trabalho com perfeição. As ausências (doença, férias e outros) não são cobertas, o que torna ainda mais comum a presença de equipes "incompletas".

As condições de contratação dos profissionais são por vezes indignas (por exemplo, sem férias ou outros direitos trabalhistas), e explicam a pouca ligação do médico a sua população. A falta de concursos (para preencher vagas de funcionários) faz com que a relação de trabalho seja muito instável, bem como pelo próprio tipo de contrato, ou pela interposição de empresas e fundações que administram os centros de saúde. Os médicos, portanto, não tem nenhum inconveniente em "se vender a quem pagar mais" e mudam freqüentemente de centro de saúde, município e até mesmo de Estado.

As vezes, o grau de terceirização é extremo, especialmente nas UPAs (enfermeiros,

pediatras, médicos de família, ginecologistas e até anestesistas se vêem forçados a formar associações públicas as quais o setor público contrata). A terceirização nos centros de saúde, por vezes, envolve a contratação de pessoal em condições penosas, e sempre se expõe à "dissociação" de interesses entre a própria entidade contratada e o serviço público que contrata.

Há incentivos diferentes, às vezes copiados de experiências estrangeiras, mas são raros os que buscam fixar o profissional e aqueles que se preocupam mais com qualidade do que com a quantidade. Em qualquer caso, os sistemas de informação estão preparados para o registro de atividades, a grosso modo, de forma que é impossível conhecer a população que não recebem os cuidados. Por exemplo, podemos saber as citologias (preventivos) realizadas, mas não as pacientes que nunca fizeram; em outro exemplo, podemos saber os pacientes atendidos, mas que não os que não "compareceram" (o "não comparecimento" é comum, cerca de 30%, pelas vagas dilatada no tempo). Além disso, os sistemas de informação raramente "retornam" informações localmente relevantes para a tomada de decisões no centro de saúde (por exemplo, nada se sabe das "resistências bacterianas", que deve ser freqüentes dados o uso excessivo de antibióticos) . Até certo ponto, os sistemas de incentivos e os registros subseqüentes, acabam tornando-se mecanismos de controle, que é fundamental "deixar rastro" e pouco importa a hipocrisia ("registro para cobrar, não para melhorar"). Infelizmente não costumam ajudar os sistemas de informação a reconhecer e difundir com transparência os profissionais, as equipes e os centros que merecem, que às vezes cai na arbitrariedade nos incentivos.

Aparentemente os ACS controlam aspectos sobre a utilização dos serviços, mas seu trabalho se tornou mais de "carteiros" (fazer chegar os resultados) do que de agentes sanitário propriamente ditos. Na verdade, a ansiedade, desconforto e insatisfação no trabalho são comuns entre os ACS. Suas queixas são repetidas e constantes, porque sentem que o último elo e o menos apreciado (é raro o reconhecimento para o trabalho daqueles que se destacam, como acontece com bons profissionais de todas as categorias). Suas tarefas são, por vezes impossíveis, como a visita mensal a cada família, entre 100 e 200 (resolvido com a assinatura, mesmo na rua, na calçada, a "visita" ao domicílio).

As informações que obtém e têm os ACSs não são geralmente integrados para a atenção na história clínica-prontuário, e de fato os ACSs geralmente não têm permissão para escrever no mesmo (não pode, portanto, adicione a sua visão psicossocial à lista de problemas, se houver, ou ajudar a construir e manter o genograma, que quase nunca existe). Portanto, adaptação "cultural" à população é mais teórica do que prática, e podem



ser ignorados aspectos essenciais, como o analfabetismo dos pacientes.

Muitos ACSs anseiam um passado de maior compromisso, formação e responsabilização. Muito de seu trabalho é ignorado, pois, salvo exceções não está incluído no prontuário eletrônico, nem se acrescenta às histórias clínicas para que se torne útil. Em muitos casos, seu profundo conhecimento da comunidade não é levado em conta, nem leva a decisões. E tiveram suas capacidades cortadas, de modo que não pode usar um simples termômetro, quando antes acompanhavam o crescimento da criança sadia (alguns orgulhosamente nos mostraram sua simples e eficaz balança romana). Na maioria dos casos carecem de meios de transporte, e tem que se deslocar a pé; também não tem instrumentos eletrônicos para a gravação dos dados que coletam, nem outras tecnologias; em caso de uso de telefone celular este é de sua propriedade. Seu salário é mais baixo, e em muitos municípios recebem o salário mínimo. Portanto, é comum que conciliem seu trabalho com a saúde com outros complementares para aumentar a renda (venda de cosméticos e afins). Com isso é fechado o círculo vicioso de sua falta de auto-estima e de reconhecimento.

Os Agentes de Controle de Endemias falam das mesmas dificuldades que os ACSs: falta de formação e capacitação permanente, pouco material para o trabalho, transporte a pé, os baixos salários e dificuldade em integrar suas contribuições no conjunto da atenção sanitária.

Uma situação semelhante é relatada pelos técnicos e auxiliares, que em suas salas de triagem verificam a pressão, pesam e medem a todos os pacientes. Em geral é uma atividade sem sentido, repetido até a náusea com os pacientes/grandes usuários, pois não há critério para discriminar e fazê-lo com alguma lógica. Antes da consulta, todo paciente é medido, pesado e sua pressão arterial é verificada, independentemente de ter vindo há uma semana ou há três anos. Esta atividade é uma boa expressão do que pode chegar a ser o cumprimento da norma, quando não há flexibilidade e autonomia profissional<sup>54</sup>.

Os gestores (gerentes, diretores, ou responsáveis, segundo diferentes denominações) dos centros de saúde muitas vezes não têm formação específica e devem suas nomeações à adstrição política. São normalmente enfermeiros, e alguns psicólogos, assistentes sociais ou administrativos; não conhecemos nenhum que fosse médico. Os gestores integram-se em uma organização muito autoritária, hierárquico e centralizada, que tudo quer controlar. Os gestores têm escassa autonomia, pois seu trabalho é

---

<sup>54</sup> Outro exemplo da “mecanização” da prática é o uso rotineiro do Doppler em quase todas as consultas da gravidez, por mais que esteja demonstrada sua inutilidade: Bricker L, Neilson JP. (2000). Routine Doppler ultrasound in pregnancy. (2000). Cochrane Database Systematic Review 2:CD001450.

basicamente a transmissão de ordens, e não costumam contar com um fundo de reserva para pequenas despesas (na melhor situação, rara, um gestor podia gastar 150 reais por mês nestas ações). Os gestores, portanto, não costumam gerenciar, como muito administram. Costumam carecer de liderança e sua identificação com os profissionais e a comunidade é escassa ou nula. Na verdade, vivem em uma "cultura da desconfiança", para cima e para baixo (expressão gráfica o muito generalizado "fechado com chave" de despachos, armários e armazenamento). Muito do seu tempo é gasto em tarefas burocráticas de coleta de dados que não o vai ajudam a tomar decisões adequadas à sua realidade.

Nas equipes, e na ESF, existe um desejo de limitar o "poder do médico". Existe uma tensão percebida em favor da Saúde Coletiva, em oposição a atenção clínica individual liderados pelo médico. Na verdade, nos foi dito mais de uma vez que a ESF é "médica-centrada", como expressão desse abuso dos médicos. Na realidade, as diferentes categorias impõe seu credo, suas limitações e condições, e o sistema resulta, de fato, "profissional-centrado". Evidenciado pelo debate contínuo sobre "quem" ("quem tem que fazer o que e por quê?"), e a quase total ausência da discussão sobre "como" ("como fazer para melhorar?"), o que não é, aparentemente, central para muitos políticos.

Vimos uma atitude passiva de alguns ACS na "busca de casos" em tuberculose, hanseníase e dengue, por exemplo. Vimos paralisar o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem por uma greve dos enfermeiros, de forma que não se vacinava nem se trabalhava na sala de curativos, uma vez que a presença física da enfermeira é uma condição necessária para o trabalho dessas outras duas categorias. Vimos as farmácias vazias de antibióticos por causa de uma nova normativa que exige a presença física do farmacêutico para que as farmácias possam dispensar antibióticos; razões similares são usadas para justificar a carência de morfina e, em muitos casos drogas psicotrópicas (as farmácias dos centros de saúde costumam carecer de medicamentos psicotrópicas, que os pacientes e suas famílias têm que ir pegar em outros centros com farmacêutico, às vezes muito longe; em algum caso nos foi comentado que era uma maneira de desencorajar o uso abusivo, e para impedir o furto por parte dos profissionais).

Muitas atividades são proibidas para profissionais não-médicos, como a colocação de DIU, ou suturar feridas, que são considerados "atos médicos". A definição do que é "ato médico" é arbitrária e, muitas vezes contra os melhores interesses da saúde dos pacientes. Por exemplo, para tomar decisões e ações em locais remotos, sem um médico, mas com telemedicina (o paciente pode morrer se, por exemplo, um dentista não está disposto a esquecer a legislação e intervir em um paciente em choque anafilático por

picadura venenosa).

A cultura do "ato médico" é reforçada por uma cultura de rejeição de responsabilidade, de modo que muitos enfermeiros se recusam a receber pacientes em seu consultório sozinhos (e forçam a cerimônia de acolhimento, ou a adoção de protocolos de urgências para a Atenção Primária), colocar DIU, lavar ouvidos, colocar sondas (oral, uretral, e demais), sutura, desbridamento de úlceras, aplicar injeções de penicilina e outras atividades, porque "não é função" ou "não é atribuição" (aprovada), ou envolve algum risco de ações judiciais. Assim, o simples teste de Mantoux (PPD) está reservado a poucos centros de referência, geralmente longe, forçando pacientes a deslocamentos custosos em tempo e dinheiro. Alguns enfermeiros recordam que antigamente colocavam DIU, e certamente em áreas rurais existem menos problemas de "regulação" e maior polivalência. Estes enfermeiros se rebelam as vezes, e realizam atos reservados para os médicos, de acordo com o "seu" médico de família. Para equipes de atenção primária sem um médico (o que não é raro) os enfermeiros queixam-se de falta de suporte, capacitação e educação continuada.

Estas UBSFs "profissional-centradas" são pouco competentes e resolutivas, de modo que se encham de problemas menores e de pouca variedade, e de pacientes programados atendidos por protocolos em consultas de longa duração. Em outro caso, pela falta de resolutividade, ainda que consigam o contato com o centro de saúde, os pacientes são "encaminhados ao" especialista, e muita da atenção torna-se "ao, ao" (um médico irônico chamou a si mesmo "médico cão" pelo "ao, ao, ao..."). O paciente e suas famílias giram em torno do sistema de saúde, e não o sistema de saúde que gira em torno do paciente e seus familiares. Conseqüentemente, além disso, as filas para os especialistas são infinitas, se estendem no tempo, misturam casos importantes com ninharias, e impedem que os ocupem quem mais necessita, e estes também acabam nas UPAs.

Ouvimos responsáveis políticos, opiniões favoráveis à promoção dos médicos de família "com interesses especiais" (que dedicam parte do seu tempo no centro de saúde a pacientes e problemas em que se "especializam"; por exemplo, na diabetes, pequenas cirurgias, etc.). Busca-se assim reduzir os encaminhamentos, mas a experiência britânica demonstra o contrário, e o danos a Atenção Primária tais "interesses especiais"<sup>5556</sup>.

As equipes tendem a ser mais orgânicas do que funcionais, pelo problema assinalado das atribuições profissionais das categorias, e também por uma "cascata de incompetência",

---

<sup>55</sup> Starfield B., Gérvas J. Family Medicine should encourage its clinicians to subspecialize: negative position. En: Ideological debates in Family Medicine. Buetow SA, Kenealy TW (ed). New York: Nova Publishers; 2007. p 107-19. <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2009/04/gpws-2007-book.pdf>

<sup>56</sup> Gérvas J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions.. Br J Gen Pract. 2007; 57: 912-917. <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2009/04/innovation-2007-bjgp.pdf>

que traslada os mais simples problemas para os especialistas. Por exemplo, a simples lavagem para remover a cera do canal auditivo. Acrescenta-se a falta de dotação; por exemplo, encaminhamento para oftalmologista para a simples graduação, ou o encaminhamento ao pneumologista para a realização de espirometria. A autorização para a solicitação de exames de diagnóstico diretamente pelo médico de família é muito variável, sem um mínimo comum, e nenhuma lógica para justificar a variabilidade. No entanto, há exames pouco populares e de difícil realização prática, como a simples cultura de urina, ou biópsias de pele.

A distribuição das famílias às equipes é UBSF é por ruas, e não há liberdade para mudar equipe. A ESF é implementada em áreas definidas, sem razões claras para a seleção das mesmas. Nas cidades, é muito artificial a "fronteira" entre uma área com uma UBSF e a área circundante, às vezes sem nenhum serviço de Atenção Primária. É difícil explicar à população que ainda não é coberta os porquês da seleção, e freqüentemente seus habitante procuram aos centros de saúde da área coberta criando problemas por não estar cadastrados (não contam com ACS, não há vista dos mesmos e não há cadastro com os dados dos domicílios e dos moradores).

A coordenação é praticamente nula. Pacientes vêm e vão pelo sistema de saúde sem que os profissionais se relacionem entre si. É raro o relatório (contra-referência) de alta hospitalar. Também raro é o relatório do especialista. E mais raro o relatório de emergências hospitalares e da UPA. Nos centros de saúde se vem obrigados a resolver verdadeiros "quebra-cabeças da vida" para "reconstruir" o atenção prestada pelos especialistas, de acordo com os exames solicitados, segundo os medicamentos indicados, e segundo a informação oral que proporcionam o paciente e familiares. Verificamos no local o que isso significa no caso de pacientes idosos, analfabetos e, acima de tudo, pacientes que vivem sozinhos.

Há medidas que pioram a coordenação. Por exemplo, aquelas que facilitam a dispensação nas farmácias dos centros de saúde, ou na Farmácia Popular, dos medicamentos prescritos pelos especialistas sem que o médico de família autorize. Até mesmo os prontuários eletrônicos refletem essa possibilidade e até certo ponto a promovem. Cabe imaginar os problemas de duplicação, interações e efeitos adversos do acumulação de medicamentos que um paciente pode chegar a tomar sem que o seu médico de família os controle.

As consultas de matriciamento (com os especialistas, no centro de saúde), muitas vezes servem apenas para uma abdicação de responsabilidade, de forma que o paciente é totalmente dependente do especialista. É uma forma de "metástase" dos especialistas e

dos hospitais. A falta de encaminhamentos e tempo faz com que os encontros sejam freqüentemente insatisfatórios.

A falta de coordenação tem maior impacto em situações e problemas como a saúde mental (os pacientes psiquiátricos e dependentes de drogas são muitas vezes mal acompanhados na Atenção Primária), os doentes terminais (há duplicação de serviços e se está desenvolvendo uma rede de cuidados paliativos, muitas vezes dependentes de hospitais) e os pacientes com doenças raras (que dependem em excesso dos especialistas, sem muito acompanhamento por seu médico de família).

São escassas as atividades de reabilitação (e o material para as mesmas). Em muitos casos se limitam a trabalho em grupo, também para prevenção.

O trabalho em grupo é muito popular entre os profissionais e alguns pacientes (também auto-selecionados). Carece-se de informação sobre a participação, conforme necessidade, e do impacto na saúde de tais atividades

O tempo dos profissionais e dos pacientes parece o produto de menos valor na ESF. O demonstram, por exemplo, as freqüentes "ações programáticas", com seus dias bloqueados para atividades monográficas, como o dia da hipertensão (se verifica em todo mundo, indiscriminadamente), o dia do diabetes (se verifica glicemia sem controle), ou o dia da hanseníase (se verificam "manchas" em todos os pacientes). Ou o dia da revacinação da poliomielite e outras. Também o demonstram as "oficinas", reuniões em que o centro de saúde é fechado e todos os profissionais passam um ou dois dias para tratar de questões levantadas. Ainda assim, são quase diárias as longas reuniões de equipe, e semanais as mais longas do centro de saúde (as vezes durante toda a tarde de sexta-feira). Em tudo isso há geralmente pouco conteúdo clínico e pouco servem para incentivar o profissionalismo e a transmissão de novo conhecimentos científicos e técnicos.

Há poucas sessões clínicas (sobre pacientes da prática clínica), as sessões bibliográfica, as sessões sobre problemas éticos e em geral as atividades de educação continuada. Quase todos os novos conhecimentos vem de "cima" na forma de protocolos e programas que raramente são discutidos ou debatidos. A "distância ao poder" é enorme, a tal ponto que em alguns casos e situações conseguimos perceber o medo nos profissionais (medo de falar livremente, ou que os superiores poderiam descobrir a fonte de informação sobre os abusos e erros, exemplo).

O nível de conhecimento dos profissionais é altamente variável, mas não é freqüente a conceituação, por exemplo, de longitudinalidade, integridade e resolutividade. Discussões sobre profissionalismo e valores clínicos são quase inexistentes. É quase ausente o

exercício da ética da negativa da ética da ignorância. É quase nulo o conhecimento de fontes independentes de formação, em medicamentos e outros campos. Não há participação clínica na farmaco-vigilância (o "cartão amarelo" é um desconhecido para a grande maioria dos profissionais). Prevenção e promoção parecem carecer de efeitos adversos (por exemplo, não há debate algum sobre vacinas, e pouco sobre o rastreio de câncer, ou sobre a prevenção primária cardiovascular com estatinas). Equivocadamente, prevenção e promoção da saúde são consideradas características básicas da Atenção Primária<sup>57</sup>.

A Universidade Pública e/ou privada, é muitas vezes a única forma de sobreviver de médicos de família comprometidos e bem formados, que abandonam total ou parcialmente as UBSFs para se dedicar à docência, muitas vezes compatibilizando vários trabalhos. Por outro lado, a colaboração com a Universidade leva os estudantes, sobretudo de medicina a estes centros de saúde-UBSF "centrados na prevenção", o que os "convence" que a Medicina de Família não é uma boa opção. Assim, são minoria os estudantes com quem falamos que pensam em escolher esta especialidade, em parte por causa da sua formação "viciada especializada" e na Faculdade de Medicina, e em parte pela contra-pedagogia da sua passagem pelos centros de saúde com as deficiências comentadas.

Também a gestão e a política atraem a médicos e enfermeiros que poderiam ser líderes clínicos, mas que às vezes acabam sendo desprezados por seus companheiros, ao percebê-los como "vendidos ao poder." A escassez de tais líderes clínicos torna mais difícil a recuperação do "déficit curativo" e a superação da "deficiência da clínica" e do "reducionismo clínico".

A idéia e implementação de "residências multiprofissionais" em Atenção Primária, onde se misturam profissionais de Enfermagem com a Educação Física, Psicologia, Farmácia, Serviço Social e outros carece de fundamento científico e parece não haver pesquisa sobre o custo, o impacto sobre na saúde dos pacientes e da população e efeitos a longo prazo na organização sanitária.

Podemos apontar algumas enfermidades e situações em que a atenção é claramente ineficiente, e onde se podia dar ênfase sem medo de desperdiçar recursos. Em nossa opinião, conforme o visto, na insuficiência cardíaca, asma, no tratamento de infecções em geral (especialmente do trato urinário na mulher e nas de transmissão sexual), em

---

<sup>57</sup> Obviamente, nem a promoção da saúde nem a prevenção são características da Atenção Primária. Para saber mais: Starfield B, Gervas J. Prevención de la población al paciente y viceversa. ¿Es la prevención una función de la atención primaria?.. El Médico; 2009; 11 04 (Noviembre): 34-6. <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2009/10/prevencion-el-medico-2009.pdf>

pacientes com doenças crônicas e terminais no domicílio, em pacientes psicóticos e com problemas mentais graves e na certificação da morte (especialmente fora do horário de funcionamento).

A corrupção não é "vívuda" como tal. Apesar de alguns centros fazer de fato meia jornada, o "roubo de minutos e horas" não e vive como tal. Também parece corrupção que "o vento" leve os medicamentos. Ou que se tenha que deixar tudo trancado para que fique algo de material.

A confusão conceitual é bem expressa nas atividades, em que se dedicam com freqüência os profissionais de saúde em seu horário de trabalho, como alfabetização, aulas de dança, caminhadas com idosos e outras. Neste sentido, os centros de saúde chegam a servir refeições para os pobres, distribuir leite para crianças e idosos e muitas outras atividades mais sociais que sanitárias. Seria bom se ao mesmo tempo as equipes de Atenção Primária dessem resposta adequada à prevenção, atenção curativa e reabilitação, mas estas atividades sociais parecem atuar, as vezes, mais como uma "válvula de escape para a má consciência" do que como complemento a serviços de saúde de qualidade.

A confusão conceitual também se reflete no desenho e aplicações da história clínica – prontuário eletrônico, que muitas vezes não oferece a potencialidade da informática, e chega a "complicar" a atividade clínica e a comprometer a coordenação.

Em resumo, os maiores erros na implementação da ESF são:

1. a/ A falta de desenvolvimento tecnológico, de gestão e científico da ESF, ancorada em um modelo de país pobre, por mais que hoje o Brasil seja uma potência econômica mundial. Nos seus inícios o SUS e a ESF foram revolucionários, e levaram o melhor da Medicina e a Saúde Pública onde eram mais necessárias. Mas seu desenvolvimento é lento e deliberado, o que contrasta com um Brasil gigante e tecnológico. Os fundadores do SUS dotariam generosamente os centros de saúde e capacitariam seus profissionais, para garantir que os problemas fossem resolvidos o mais próximo do paciente quanto possível. Com notáveis exceções, para muitos centros de saúde-UBSF parece não haver passado o tempo.
2. A persistência de uma "visão vertical" de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica, incentivam um modelo rígido e fragmentado atenção e, além disso, muitas vezes têm fundamento científico deficiente. Este modelo é muito ineficiente, pois os problemas dos pacientes, em geral, tendem a ser em geral múltiplos (e familiares). Assim, é absurdo dividir a atividade em

parcelas, como se pudessem separar os problemas e os pacientes; por exemplo, a mulher grávida que vêm para o programa correspondente ter gripe, e vir acompanhado de seu filho, o qual apareceu com umas manchas nas costas. Cada vez mais, com o desenvolvimento da sociedade e do sistema de saúde, os problemas passam de agudos a crônicos, e de únicos a múltiplos, sempre em combinação surpreendente e para as quais há pouca resposta científica, mais além da melhor formação dos profissionais (e para evitar o "reducionismo clínico").

3. A ênfase na "visão preventivista", que leva o escasso desenvolvimento da atividade clínica curativa (o que viola o princípio da integralidade). As possibilidades de prevenção são limitadas, e prevenção sem limites pode gerar mais problemas do que resolve<sup>5859</sup>. Tanto no SUS como na ESF foi pensado com boa lógica em uma atenção integral, preventiva, curativa e reparadora, e carece de sentido uma "deficiência da clínica" e um "déficit curativo" crônico e generalizado. Mas as funções curativas e reparadoras (reabilitação) são pouco representadas nas UBSFs, o que limita os problemas que são atendidos a uma pequena lista. Parece que tudo pode ser prevenido e que, em uma situação ideal, se poderia evitar todas as doenças e lesões. Tal visão não deve ser popular, por ser impossível.
4. A derivação (encaminhamento) excessiva aos especialistas e a urgências (com as suas listas de espera) por uma organização em que a maioria dos profissionais fazem menos do que poderiam. Nos centros de saúde deveriam ser respondidos todos os problemas de saúde a todos os tipos de paciente (o que significa, claramente, o encaminhamento para um especialista e ao serviço correspondente), e nos próprios centros deveriam ser "resolvidos" cerca de 90% dos problemas e casos (não necessitaria encaminhamento nem a urgências nem a especialistas). Os profissionais não enfrentam os pacientes com problemas complexos ou pacientes complicados, para manter suas habilidades. O debate entre a categoria é mais "quem" que o "como", o que leva a uma "cascata de incompetência." Desta forma cada profissional não "filtra" pacientes e problemas, mas transfere responsabilidades até chegar aos especialistas. Portanto, as vezes nas UBSFs os pacientes não encontram uma

---

<sup>58</sup> Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure?. Lancet 2008; 372: 1997-99. <http://www.equipoceca.org/wp-content/uploads/2009/03/prevention-lancet-final-2008.pdf>

<sup>59</sup> Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray?. J Epidemiol Community Health 2008; 62: 580-583. <http://www.equipoceca.org/wp-content/uploads/2009/03/prevention-concept-jech-20081.pdf>



resposta para problemas muito comuns. O resultado final é que muitos dos pacientes encaminhados são por problemas menores.

5. A "ocupação" dos centros de saúde-UBSF, e em gerais dos serviços, pelos pacientes e saudáveis "estáveis e obedientes" (capazes de cumprir os compromissos e regras rígidas). Dadas as dificuldades de acesso (com agendas pouco flexíveis, e em geral rejeição a demanda), e a estreita gama de problemas atendidos, os pacientes são geralmente os mesmos, aqueles que têm o tempo, que têm problemas que se encaixam aos programas e protocolos, e especialmente aqueles que cumprem e "obedecem" normas e compromissos. Em geral, esses pacientes são os que menos necessitam de cuidados médicos. Com isso se cumpre a Lei dos Cuidados Inversos.
6. Uso excessivo de rotina de recursos disponíveis (por exemplo, a "triagem" pelos assistentes de todos os pacientes em todas as vezes que consultam, ou a persistência do uso das salas de nebulização, ou o uso excessivo de antibióticos para cistite, ou uso de Doppler em todas as consultas de gravidez normal). A cultura do trabalho com protocolos e programas leva a uma situação "artificial" em que tudo está regulado e parece que se poderia evitar a incerteza, apesar de que trabalhar com a incerteza é uma característica básica da Atenção Primária. O que é aceito como o norma se torna rotina, e às vezes chega ao exagero. Além de evitar a incerteza, tais atividades programadas rotineiras "ocupam" tempo de trabalho, e perde-se tanto a habilidade para o controle da incerteza como para o manejo prudente do tempo de consulta.
7. Uma política pessoal, salários e incentivos altamente variáveis, e que não fomenta a permanência dos profissionais nas comunidades que servem. Em princípio, o SUS oferece serviços gratuitos no ponto de serviço em estabelecimentos públicos e por profissionais que são funcionários públicos. No entanto, os funcionários (concurados) estão se tornando raros, e há várias modalidades de contratação, quer pela prestação de serviços, seja através de fundações e empresas, bem como auto-empresários. Na busca aparente por economia em salários se consegue o desapego profissional e em muitos casos o não cumprimento dos horários (por vezes consentido, como a única forma de reter "nominalmente" o médico, principalmente). Esta não cumprimento consentido de horários médicos "arrastam" o resto da equipe, de modo que alguns centros de saúde chegam a fazer metade da carga horária.

## RESULTADOS: ALGUNS EXEMPLOS NEGATIVOS CONCRETOS

Em um projeto deste tamanho é esperado que se passe de tudo, e assim, acontece. O dia a dia das visitas poderia até “maquiar” algumas realidades com antecedência em alguma ocasião, mas, eventualmente, a realidade impõe<sup>60</sup>. Portanto, esta seção poderá ganhar centenas de fatos que venham a surpreender, mas irá discutir apenas o mais exemplar. Em uma paisagem de sombras claras e escuras escolheremos algumas sombras pela sua função de “docente”.

Com relação à estrutura física dos centros de saúde visitados, há pelo menos 4 em que os profissionais deveriam se recusar a trabalhar, dada a escassez e as condições mínimas de trabalho. Mostram-se indignas com suas paredes cobertas de bolor (mofo), móveis pequenos e janelas de vidro quebradas ou mesmo sujas, um estado geral de abandono, os cabos de energia elétrica soltos, aparelhos inutilizáveis e armazenados em caixas ou corredores e salas de espera e também um sistema de ventilação a desejar.

No centro de saúde, o abastecimento de água depende do seu uso na escola com o qual compartilha com a quadra. É uma questão antiga, por isso há dias em que parte do centro de saúde fica sem água.

Ao chegar pela manhã em uma área de extrema pobreza, em favelas, onde a cidade perde os seus limites, se vê uma fila enorme de pacientes esperando a abertura do centro de saúde para marcação de consultas e atendimento (demanda espontânea). Infelizmente, existem duas equipes, cada uma com apenas duas nomeações (vaga) livres por dia e turno. A maioria dos pacientes terão que ir a uma UPA, caso queiram ou precisem de atendimento. Quando perguntado, o médico diz, “é o sistema, meu dever é atender somente os pacientes programados e citados.”

Em outra ocasião, comentando sobre as dificuldades de atenção à demanda e emergências, o médico se definiu como “médico de saúde social, não médico clínico, não tenho meios para diagnosticar ou tratar os pacientes que vivem a 5 km do centro de

---

<sup>60</sup> Nas visitas prometemos confidencialidade, especialmente no que se refere aos problemas e defeitos, que nunca citaríamos com dados concretos. **Pedimos perdão se for possível identificar lugar ou pessoa ao que se refira algum exemplo negativo (evitamos toda referência geográfica ou pessoal). Tentamos ser piedosos e compreensivos nas seções de aspectos negativos, porém sem negar, nem ocultar os feitos.**

saúde e estão mais perto de uma UPA, onde há sempre médicos e recursos.”

É um centro de saúde que atende a cerca de 10 mil pessoas com três equipes de Atenção Básica e três equipes de Odontologia (um total de 48 profissionais). Comentamos com um médico sobre a desordem na sala de espera, ao iniciar o turno da tarde. É perfeitamente lógico, pois segundo ele, tais encontros se dão apenas uma vez por mês, além disso, a cada dia há somente 4 vagas para toda a demanda.

Centro de saúde com 14.000 habitantes que trabalham com 4 equipes de atenção primária, 3 de Odontologia (em greve) e um total de 56 profissionais. Caminhamos até um domicílio com um médico de família, uma ACS e a gerente. Impressiona-me o número de crianças e mulheres grávidas, especialmente com crianças. "Nós não vimos tantas mulheres grávidas com as crianças no centro". O médico responde: "Não. Elas preferem vir após o término do trabalho, quando há a demanda por cuidados e médicos de reforço. Eles a vêem em tal momento e desta forma, as mesmas não perdem tempo para cuidar de suas crianças e famílias, evitando longas esperas e filas.”

É uma UBSF que atende cerca de 13.000 pessoas com 4 equipes de Atenção Primária, 3 de Odontologia e um total de 46 profissionais. Fazemos um passeio pelo bairro para visitar um paciente confinado e acamado, e deparamos com lama e esgoto a céu aberto. É uma sub-moradia onde vive sozinho um homem de 32 anos de idade, paraplégico com incontinência urinária e sonda uretral permanente. Vamos uma “multidão”, desde a ACS à enfermeira, auxiliar e residentes em saúde da família. O paciente encantado, aceita a vista, e sua irmã vem a lhe ajudar, pois é quem habitualmente lhe cuida. Revisam-se as condições biopsicossociais. Ao final, o paciente queixa-se de vômitos. Ninguém sabia que o medicamento não tomava medicação, por vômitos contínuos nos últimos três dias (é portador de tuberculose multirresistente).

Atendemos uma visita domiciliar, com dois ACS. A casa está limpa e bem organizada. A família é nuclear com dois filhos adolescentes. O marido é um tetraplégico, com uma traqueotomia, e apenas se expressa através dos movimentos da pálpebra. Aceita a visita e a mulher começa a contar sua história, desde o acidente há 3 anos. Não há ódio ou rancor, mas nunca procuraram uma consulta junto a um médico ou um enfermeiro ou mesmo centro de saúde; depende dos especialistas do hospital. Sua área de abrangência é de uma equipe sem médico, nem enfermeira (falta enfermeiros há seis meses; no centro de saúde há outras duas equipes, com médicos e enfermeira).

Vamos à comunidade com um médico, a enfermeira e a ACS da área de abrangência. (é uma equipe sem médico, com enfermeira). Estamos na casa de um paciente de 65 anos, fumante ativa, alcoólatra e diabética, reclusa em uma cama. Recentemente, faleceu um

filho da mesma, que viviam juntos, de tuberculose e lepra, cuja evolução se deu forma muito rápida. Seguem no domicílio outros dois filhos, adultos, ambos usuários de drogas e um se dedica à prostituição masculina. A condição da casa é tão repugnante e muito suja. Apenas recebe pensão, já que tem dívidas com o banco. Há uma semana está sem tratamento, em seguida, pois acabaram-se os medicamentos para diabetes.

Visitamos um paciente em casa, e damos um passeio pela área. A partir de canal, a ACS não atravessa: "É perigoso", me dizem.. E acrescenta : "Tráfico de drogas, roubo, violência, desrespeito..."

Entrevista com o chefe de uma Equipe de Controle da Dengue, composto por um total de 12 pessoas para uma área de cerca de 6.000 habitantes. Agentes de controle endêmico carecem de tudo, nem pilhas para lanternas (com lugares muitas vezes mal iluminados e pouco acessíveis, com água parada nas residências locais).

Uma estudante relata as casas que visitou. O caso mais recente é uma mulher de 42 anos com sífilis secundária e afetação cerebral. Seu marido teve há muitos anos um cancro que foi tratado ("sem infecções") e continuou a ter relações sexuais sem preservativos (a "cachaça tudo cura"), disse ele ,enquanto bebia e mantinha relações.

Posteriormente a abandonou. Depois começou com manchas na pele, que foi encaminhado a um dermatologista, que foi tratada com prednisona, pela alergia. Finalmente acabou em serviços hospitalares de emergência para os transtornos mentais causados pela encefalopatia sífilítica. Há problemas com a continuidade dos cuidados em casa, já que a enfermeira exige injeções de penicilina benzatina que sejam colocadas onde possam imediatamente tratar um choque anafilático.

Em um centro de saúde que abrange uma área de classe média e alguns condomínios de classe alta ,na reunião da manhã se discutiu a dificuldade de acesso à ACS, pois não lhes abrirão as portas dos edifícios, ou mesmo os guardas dos condomínios negarão passagem.

O centro de saúde é o mínimo que é dado para a construção, apenas a 50 metros quadrados. Há duas equipes. Em dias alternados, revezam o médico ou o enfermeiro. Eu acompanho o médico a fazer vistas em casa em um dia que não tem folga. Sua equipe tem uma população de 10.000 para atender. Não há grande carga de trabalho porque tudo que eles fazem é "prevenção programada", diz ele. Fazemos 4 visitas,todas intrasparentes, quase de graça. O ACS que nos acompanha levam luvas de látex: "pela propagação..."

Vou com um dentista a uma visita em casa, e vemos uma criança com paralisia cerebral, de 10 anos, com catarro neste dia. A mulher é divorciada e tem outro filho adolescente

que vive em casa. Extrema falta de higiene bucal e dentes "em ruínas". O dentista leva alguns sacos de comida para ajudar a família. Não pode cuidar dos dentes da criança paralisada, pois está "sempre doente."

Visitamos um jovem de 15 anos, em estado de estupor desde os seis meses por "meningite". Ele vive com seus pais, que lhe cuidam, e dois irmãos. A casa é bem executada. A mãe é uma líder na comunidade. Conseguiu uma moderna cadeira de rodas na última eleição, o candidato que venceu. Antes recebia livre as fraldas para incontinência, de um vereador mas o mesmo perdeu a eleição e a partir daí nada mais foi enviado.

UBSF com 3 equipes de Atenção Primária e 3 de Odontologia que servem cerca de 12.000 pessoas. Caminhamos entre escombros e lama com esgoto a uma casa, perto do centro de saúde. Com a ACS e um médico de família de centro de saúde (o organizador da visita a esse Estado). É um paciente, paraplégico de 40 anos de idade em uma cadeira de rodas, vive sozinho, com uma pensão mínima. A casa é muito pobre, quase favela, mas é limpa. Mostra-se um homem educado que se interessa em matemática, apesar de ter formação básica. Tem computador e acesso à Internet, telefone celular, televisão, rádio, geladeira e máquina de lavar. Uma prima vem uma vez por semana para ajudar e para as compras. O que lhe incomoda é uma úlcera crônica, há dois anos, que se sobreinfecta com fezes. Ele fez cirurgia plástica para reparar a úlcera, mas lhe deram "alta precoce" (4 dias após foi liberado) e a ferida se abriu de novo terá que cuidar de tudo em casa. Nunca foi ver o médico da equipe e o paciente crê que não necessita: "com os especialistas do hospital me dou muito bem, e às vezes vêm os da SAD, Serviço de Atendimento a Domicílio". Nem foi ao fisioterapeuta há comparecido e precisa de sapatos especiais que não podem pagar (nem tem ido visitar a assistente social).

Estamos visitando o centro de saúde. Não se pode usar o prontuário eletrônico porque o sistema "cai". Não é casual, portanto é assim, desde que foi instalado há um ano.

É um centro de saúde enorme, com quatro equipes distribuídas em quatro alas do edifício, com um bom design e conservação. Em um canto de cada sala de espera há duas cadeiras ocupadas por profissionais (médicos, enfermeiros e dentistas nas quatro combinações possíveis). Diante dos profissionais, sentam-se os pacientes um a um, que chegam. Contam o seu problema para a dupla de profissionais, e eles decidem o processo de cuidado e citação, caso haja. Todos em público, e sem qualquer privacidade ou confidencialidade.

As relações entre os profissionais e os pacientes são quase de família, ao invés de amigos, mas há uma "distância terapêutica". Beijinhos, abraços, festas de aniversário na

sala de espera, grupos de danças, passeios e outras atividades dão a impressão de uma relação privilegiada. Em uma palestra sobre "saúde do homem" (dedicada quase que exclusivamente ao câncer de próstata/pênis e prevenções) para médicos e enfermeiros das equipes. No debate, um médico levanta a mão e pergunta: "Como eu faço um exame de toque retal em meu paciente sem o ofendê-lo?". O público se instala e o urologista resolve o problema: "Prevê-se a criação de centros de diagnóstico para os homens, para que os médicos de família possam encaminhar os pacientes e evitar essa invasão de privacidade por alguém que eles conhecem".

Durante a visita ao centro de saúde, ao abrir uma porta, a sala está cheia de caixas sem violação. São dispositivos eletrônicos, alguns ainda em suas embalagens. "Eles não são usados". "Era de um projeto Tele Saúde que não foi implementado".

Já é turno da tarde, e estando junto ao médico, entra um paciente com desconforto em umas das pernas. Conseguiu a vaga acordando as três da manhã para estar na primeira chamada.

Passo a consulta com o médico, para atender a demanda do final da tarde. São dois pacientes com moléstias oculares agudas, uma acidente menor e a outra com dor sem causa aparente. Não há oftalmoscópio, nem lupas, nem fenolftaleína, nem colírio anestésico.

Fiquei surpreso ao ver uma conexão à Internet em seu computador de uma consulta. O médico disse que a pagar do seu próprio bolso, junto a uma companhia telefônica.

É um centro docente em que encontro pulsioxímetro, e também uma maleta de urgências com tubos de Guedel e laringoscópio. Há 4 equipes e as 4 com médicos de família, e as mesmas colocam DIU. Em uma sala de estudo vejo um microscópio. Parece-me um cúmulo."Quem o utiliza", pergunto para obter mais informação. "Ninguém, è de uma outra época, uma doação antiga do centro".

Assisto a Consulta com o residente de medicina de família e seu tutor. E na tarde " das grávidas", uma após a outra. A mulher presente tem 18 anos, e primária. É a revisão de três meses. Cumpre-se o ritual de preencher formulários com os resultados de vários testes e ultra-som (que tem sido feito em uma "clínica popular", "é mais rápido e custa 30 reais," diz a paciente). Cumpre-se o mesmo ritual com o Doppler. Também com a medicação (ácido fólico, sulfato ferroso). Não há nenhuma palavra sobre as relações familiares, ou sobre sexo ou mesmo preocupações sobre o paciente. Nenhuma pergunta aberta, apenas o protocolo, puro e simples.

Durante a visita, no escritório da gerência, ao abrir uma gaveta, encontro uma caixa, que se assemelha a um dispositivo eletrônico. Peço permissão para abri-la, e eu tenho diante

de mim uma máquina excelente de fotografia digital, com um adaptador para fotografar a retina. É parte de um programa (ninguém sabe se foi doação da Telemedicina ou TELESSAÚDE), que chegou há dois anos, e ninguém abriu, ou mesmo recebeu treinamento relevante.

Pergunto sobre o eletrocardiógrafo, e orgulhosamente me levam para vê-lo (um dos poucos centros que encontro). Há uma conexão dedicada exclusivamente à Internet. O aparelho não permite ver o traçado seja na tela ou no papel. Devemos aguardar o relatório do especialista, que está no Hospital Universitário. Geralmente responde em 30 minutos. Não costumam enviar qualquer relatório do paciente.

Na reunião geral, comentários sobre os benefícios da longitude. Expõe uma enfermeira sobre o caso de uma criança de 4 anos, com exacerbações de asma em fins de semana. Chegou a consultar 36 vezes em casos de urgência, um verdadeiro martírio para a família. Finalmente descobriu-se que vivia ao lado de uma fábrica de tintas e que isso o afetava, quando ele passava o fim de semana em casa. Ninguém (na ESBF) tinha noção de seus episódios de asma.

É um centro de saúde de ensino decente, com 4 equipes de Atenção Primária e 3 de Odontologia. Com um residente de medicina familiar, três estudantes de medicina, dois residentes de Psicologia, 2 residentes de Odontologia e 2 residentes de enfermagem. Para uma população de 5.000 habitantes. "Por que tão poucas pessoas, tendo os residentes que precisam ver de perto a variedade de problemas e situações?" eu pergunto. "Bem, é por isso, por ser docente". Estamos em um novo centro de saúde. Têm eletrocardiógrafo. "Está todo destruído," me dizem quando eu irei vê-lo. "Faz quanto tempo?". "Um ano", me respondem, "logo após a inauguração".

Vamos de carro do hotel até a clínica. Chama a atenção os muitos anúncios de planos de saúde particulares e clínicas populares e especialistas privados. Nós conversamos com o médico que lidera a equipe. "Sim, aqui os planos de saúde cobrem quase metade da população. Mesmo os pobres estão fazendo planos. Conheço uma família que reúne o suficiente para pagar o plano ao único filho e neto, pois eles também ajudam os avós, e os outros vão para UBSF e / ou UPA quando eles precisam".

Eu vejo na sala de espera o sinal de identificação de um desfibrilador automático. É a primeira vez que eu vejo em um centro de saúde. Mas o recipiente, na parede está vazio. Eu pergunto: "Existe desfibrilador?". Inicia-se um debate acalorado entre os que me acompanham na visita, médicos de família e os médicos residentes, enfermeiros, técnicos e administrativos, além de outros profissionais. A maioria acredita que não há

desfibrilador. Ao final, o técnico consegue da chave para a sala de vacinas, e no fundo de um armário está o desfibrilador, e vemos tudo com espanto. "É para que não nos roubem", se desculpa o técnico.

Assisto um Conselho de Saúde. Há 26 participantes, dos quais 9 são da comunidade de usuários-líderes (o resto, profissionais). Um debate durante uma hora sobre os poderes das atribuições da ACS e dos enfermeiros. O ambiente mostra-se aturdido porque o debate se amplia e se torna amargo. O secretário do Conselho ACS sugere que os ACS preencham um modelo de planilha diariamente, para tomar uma decisão. Há um alvoroço. " Outro registro novamente !" Gritam os participantes . Dessa forma, vou-me.

No centro de saúde não possui cobertores, de um único uso, e sim de tela que renovam a cada dia. "É a terceirização da limpeza?" eu pergunto, como é costume. "Não, não. Lavamos tudo aqui ", eles respondem. Levam-me até a lavanderia "está quebrado há anos. Lavamos à mão".

No centro de saúde não havia literalmente nada. Um dos poucos que carecia até de farmácia (havia um "kit" com apenas quatro tipos de medicamentos). No entanto, há pulverização do quarto. Bem dotado e cheio de pacientes em tratamento.

Pergunto existe qualquer plano para emergências. "Não". Pergunto se eles têm uma alguma emergência ou problema extraordinário no ano passado. É chocante a história que se segue à morte de uma criança por desidratação no centro de saúde .Houve intromissão da imprensa, declarações sem sentido, aglomeração, e um escândalo tão fora de controle que a equipe médica ainda não se recuperou.

"Neste centro de saúde os paciente assistem a todos os grupos. Por exemplo, grupos de pacientes hipertensos. ""Uau!" eu respondo ", de parabéns. "Bem", diz outra enfermeira que participara do diálogo "caso não,venham não são dadas as drogas." E pondera em voz alta: "O problema é que eles estão esperando que nós terminássemos e não fazem mais nada a dizer que abreviemos, que tem pressa, que lhes demos medicamentos".

O prontuário, história clínica, sempre é usado. Mas raramente tem lista de problemas. A informação existe, mas "enterrada". Com uma rotação que supõe até 6 médicos em 2 anos em algumas equipes, tal carência muitas vezes faz com que os registros de cada dia começa com um resumo dos problemas do paciente. Neste caso concreto, paciente do sexo masculino , 75 anos,com insuficiência cardíaca, próstata adenoma, diabetes e viúvo recente, verifica-se que há 15 entradas no total ,nos últimos três anos do prontuário (em papel); em seis têm se resumiram em lista de problemas e dos tratamentos.

Enquanto visito o centro há uma emergência. Um paciente, um motorista, piloto, para o caminhão na rua e decide sair do veiculo caminhando com dificuldade, em direção a



recepção do centro de saúde. Forma-se uma comoção e o paciente acaba na mesa de atendimento em uma sala. Os sintomas são dor no peito e estupor. Há oxigênio e mais nada. O oxigênio dura 3 minutos (a bomba estava quase vazia). O quadro parece uma overdose de anfetaminas. Não há eletrocardiógrafo. Imediatamente chamou o SAMU. Demora 30 minutos.

Na entrevista da manhã em um centro rural, pergunto a enfermeira se ela se atreveria a tirar alguns pontos, se necessário. Ela é jovem e está no cargo apenas seis meses. "Não", diz ela, "não é a minha missão, eu não estou autorizada, quer que eu acabe de comer milho?". "Eu não entendo", eu respondo. "Sim, se você quiser que eu acabe na prisão, apenada". "Não, não, por Deus!", respondeu chocado. Ninguém fica chocado quando deixamos o centro as 12, para o almoço, e já se fecha até o próximo dia (cinco horas aberto, desde as 7). Os contratos são para 40 horas.

Pergunto pela maleta de emergência que eu sei que existe em todos os centros de saúde nessa cidade (foi um projeto da Prefeitura, há anos). Tardam em encontrá-lo. Sem abri-lo, pergunto o que ele contém. "Laringoscópio, e outra coisa, mas eu não sei", responde o médico. Abrimos e está esplendidamente abastecido com tubos de Guedel incluído. Ninguém conserva, ninguém defende seu uso e quase ninguém sabe onde é armazenado.

Observo a auxiliar na sala de vacinação preparando vacinas para a tarde. Pergunto sobre o calendário de imunização, a atividade, e outros registros. Tudo é feito à mão, e mostra com orgulho os modelos e vários documentos. Ela me diz como é difícil assumir o Bolsa Família, pois um dos documentos que é necessário é o registro de vacinação das crianças. Deve ser revacinados a todos, eles perdem o cartão e não documentam o seu estado de vacinação. "E outra vez perderão e terão que fazer tudo de novo!" Ela diz com um gesto de desespero.

Naquele serviço fornecem eletrocardiogramas, sem problema. "Como muitos fizeram no ano passado?". "20000". "20000?" pergunto (e acho que são muitos). "Para uma população de quantas pessoas?". "25000", me respondem sem pestanejar.

Visita a um centro de saúde da cidade, com uma população de 8.000 pessoas para 3 equipes. Vejo entre as vacinas ofertadas, as de raiva. "Há raiva aqui?" pergunto. "Não, o último caso foi há dois anos. É muito raro. Graças as vacinas!" me contesta. "Quantas vacinas colocaram no ano passado?" pergunto novamente. "32", como este ano, a um ritmo de umas de 3 por mês", diz ela.

O centro de saúde é dos "normais", sem grandes falhas nem virtudes. É um edifício separado, com janelas em cada quarto. Estamos no despacho de marcações. Como todo

mundo, todas as janelas são pintadas de branco (sem luz natural, então), a parede é também pintada de branco, não há nada de pessoal, o ventilador gira no teto e a luz produz um efeito estroboscópico, vem o barulho ensurdecido dos condicionadores de ar dos escritórios de outras ... Eu me sinto mal.

Em uma visita a uma UPA, o médico de plantão no final do expediente mostra-me os quartos. Os médicos compraram cada qual seu colchão. Também o papel e o sabão em seu banheiro. Ele tem sete trabalhos diferentes.

Na reunião-entrevista no início da visita. Estamos examinando uma história clínica, , como quase sempre sem a lista do paciente, nem o genograma. Sugiro que essas duas seções sejam introduzidas e que ambos possam escrever todos os profissionais, incluindo os ACS. "Não, não ... Os ACS não são médicos e não podem escrever no prontuário médico".

## INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Os sucessos e fracassos, a grandeza e misérias que refletem nossos dados sobre o ESF e as UBSFs, são em parte esperadas. Há motivos para o orgulho, e há razões para o estímulo, em busca de melhorias. É como em qualquer avaliação de qualquer serviço de saúde: não se pode esperar acertar sempre (nem errar em tudo).

Por outra parte, nossos resultados expressam de outro modo o que já sabíamos<sup>61,62,63,64,65,66,67</sup>, porém nossos dados e relatos procedem das “entranhas” dos centros, de seu “interior”, e por isso são “próximos”, “íntimos”, “cálidos”, “vívidos”, “impactantes”. “humanos” e “comoventes”. São uma radiografia da realidade, uma imagem global e dinâmica a partir do interior com as luzes e sombras claramente delineadas, com algumas inescrutáveis cinzas. Portanto, são diferentes e dissecam a ESF até chegar à sua alma. Portanto, exigem mais ação, a mudança e melhoria. Por isso "doem".

São resultados que não oferecem informações nem pior nem melhor, apenas diferente. Os resultados de outros estudos lançam luz sobre a ESF e as UBSFs; nossos dados e histórias nos fazem olhar diretamente para a luz. Por isso deslumbram.

Deslumbram por escrito como nos deslumbramos ao encontrá-los nas visitas. Não é fácil ver um centro de saúde “normal” um Banco de Leite Materno (o Brasil é uma potência mundial nesse sentido<sup>68</sup>) e poucos dias depois fazer um dos domicílios descritos na sessão de exemplos negativos. Não é fácil de visitar um centro bem organizado e

---

<sup>61</sup> Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a reorganização de serviços básicos da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 Suppl 1:S7-16.

<sup>62</sup> Campos GWS. Debate sobre o artigo de Conill. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 Sup 1:S7-S27.

<sup>63</sup> Lemos N. Lições aprendidas. En: Harzheim E y col. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde*. Navegadorsus (nº 3). Brasília: OPS-Brasil; 2011. páginas 117.27. [http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=87&Itemid=](http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=87&Itemid=)

<sup>64</sup> Guanaia FC. Health equity in Brazil. *BMJ* 2010; 341:c6542

<sup>65</sup> Para uma revisão sistemática recente dos trabalhos sobre avaliação da Atenção Primária no Brasil, ver o trabalho de: Figueiredo A. *Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná*. Porto Alegre; Universidade Federal de Rio Grande; 2011. Dissertação de mestrado.

<sup>66</sup> Vanderleu LCM. *Mortalidade infantil evitável e acceso a atenção à saúde no Recife, Brasil, na perspectiva dos principais atores sociais*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 2010.

<sup>67</sup> Ana Quiroz. *Cuidado no final de vida: reflexões sobre a assistência domiciliar em município de médio porte*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2011. Maestrado em Saúde Pública.

<sup>68</sup> Villanueva T. First human milbank opens in Africa. *BMJ* 2011;343:d5179.

mantido, e no dia seguinte outro em que se violam os horários. É necessário ver tudo com certa distancia, com certo relativismo. Convém, pois, a leitura silenciosa, a reflexão e o debate científico, e evitar emoções descontroladas. Trata-se de interpretar os resultados, de modo que se melhore a tomada de decisão, nada mais.

Poderíamos encontrar exemplos semelhantes, positivos e negativos, quase em qualquer lugar do país e do mundo. É muita falta de equidade, e muito o cumprimento da Lei dos Cuidados Inversos. A orientação dos sistemas sanitários públicos sobre a Atenção Primária não resolve os problemas e requer um processo contínuo de avaliação e "tentativa- erro" para melhorar a atenção de forma a mudar a saúde dos indivíduos e populações (no sentido que se pretende)<sup>69</sup>.

Os sistemas de saúde estão em questão no mundo inteiro, tanto pelo incremento do gasto como pelo seu "rendimento" marginal<sup>70</sup>. Não basta, pois, com a simples declaração de intenções, nem com a organização suficiente dos serviços para prevenção, tratamento e reabilitação, nem sequer com um processo correto de atenção: há que levar a ação até conseguir que os recursos impactem na saúde da população (no sentido que se pretende)<sup>71</sup>. Por exemplo, as dificuldades persistem em questões aparentemente superada nos países desenvolvidos, como as infecções; basta estudar o uso "apropriado" dos antibióticos e das vacinas para dar sentido à complexidade do desafio que enfrentam os sistemas de saúde.

O SUS presta serviços de Atenção Primária financiados publicamente, em prédios públicos e por profissionais contratados ou concursados. Assim, os médicos das equipes de Atenção Primária são assalariados, não são profissionais independentes, nem "pequenos empresários" donos dos meios de produção. Ou seja, o SUS é um sistema de saúde público no financiamento e na prestação de serviços. Neste sentido o SUS, com relação à população que cobre, assemelha-se ao sistema de saúde de Portugal, Espanha, Islândia, Finlândia e Suécia.

Se conhecer bem esses países pode se esperar uma certa homogeneidade como o SUS e a ESF, pois o básico é o caráter de funcionário, pago por salário, que trabalha em uma organização altamente hierárquica<sup>72</sup><sup>73</sup>. São comuns os problemas de acessibilidade,

---

<sup>69</sup> Borrell F, Gené J. La atención primaria en los albores del siglo XXI. Gervas J, Pérez Fernández M. La necesaria atención primaria. *Gestión Clín Sani*. 2008;10:3-12. <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2009/04/gcs-2008-debate-pasado-y-futuro-de-la-atencion-primaria-en-espana.pdf>

<sup>70</sup> Durán A, Kutzin J, Martín-Moreno JM and Travis P. Understanding health systems: scope, functions and objectives. En Figueras et al (eds): *Health Systems, Health and Wealth*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.

<sup>71</sup> Gervas J. Inteligencia Sanitaria y Atención Primaria. Gervas, J. [Notas clínicas]. Marzo de 2010. <http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/inteligencia-sanitaria-y-atencion-primaria/>

<sup>72</sup> Pastor Sanchez R, López Miras A, Pérez Fernández M, Gervas Camacho J. Continuidad y longitudinalidad en Medicina General en cuatro países europeos. *Rev Esp Salud Pública*. 1997; 71: 479-485.

integralidade, resolutividade, longitudinalidade e coordenação, pois não é fácil conseguir que os funcionários se "comprometam" com a população quando a organização é centralizada, da ordens verticais que "fragmentam" a atenção, aos profissionais e aos pacientes, é autoritária, muito hierárquica, burocrática e distante, e valoriza pouco o profissional que trabalha com dignidade, ciência, consciência e coragem.

Também orienta na interpretação dos resultados a história do SUS e a história do desenvolvimento da ESF, sempre dificultado pela "suspeitas" de heterodoxia de uma Saúde Coletiva que chegou a propor os centros de saúde como "espaço de saúde" (sem doença nem doentes), e sempre viu a medicina clínica individual em oposição à Saúde Pública, não complementar<sup>74</sup>. Por isso, a ESF não definiu o conteúdo clínico da atividade das equipes de Atenção Primária, e, portanto, a dotação dos centro de saúde é questão sem regular (e quase sem estudo).

Também é importante avaliar a influência da OMS/OPS, cujas idéias tem sobrecarregado os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento por propagar uma opção vertical pobre para pobres, cheia de ideologia e rejeição a uma aliança lógica entre saúde clínica individual e saúde da comunidade e da população<sup>75</sup>. Apenas tardiamente a OMS começou a promover atividades tão lógicas e simples como a cirurgia, por exemplo na África pode ser tão custo-efetivo como a vacinação contra o sarampo ou os suplementos de vitamina A<sup>76</sup>

Este trabalho não é um exercício de sadismo (nem de masoquismo). Para alterar a realidade é preciso conhecê-la. Cabe citar o "Relatório Collings Collings"<sup>77</sup> como um trabalho de campo que descreveu o que todos viam e ninguém resumia na Inglaterra após a Segunda Guerra Mundial. O texto de Collings foi um retrato "com intenção", com olhos de um médico geral com experiência clínica e formação em saúde pública. Seu trabalho foi apenas deixar claro o que era inadmissível, as condições de trabalho dos médicos de clínica geral britânicos. O relatório Collings foi rejeitado por muitos, pela sua dureza, mas

---

<http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/continuidad-y-longitudinalidad-en-medicina-general-en-cuatro-paises-europeos/>

<sup>73</sup> Gérvas, J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez, R. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid; Red Española de Atención Primaria: 2005.

<http://www.equipoesca.org/index.php?s=palomo>

<sup>74</sup> Campos GWS. El filo de la navaja de la función de filtro: sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud. Rev Bras Epidemiol. 2005;8:477-83. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2005000400018&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000400018&lang=pt)

<sup>75</sup> OMS/OPAS - Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, métodos y experiencias. Washington/DC: Publicación Científica - 519; 1990.

<sup>76</sup> Bae JY, Groen RS, Kushner AL. Surgery as a public health intervention: common misconceptions versus the truth. Bull WHO. 2011;89:394.

<sup>77</sup> I. Collings JS. General practice in England today: a reconnaissance. Lancet 1950;i:555-85.

<sup>78</sup> Petchey R. Collings report on general practice in England in 1950: unrecognised, pioneering piece of British social research. BMJ. 1995;311:1092. <http://www.bmj.com/content/311/6996/40.full>

contribuiu decisivamente para o progresso da Medicina Geral inglesa e do Serviço Nacional de Saúde. Esperamos que a nossa descrição da "paisagens" da Atenção Básica no Brasil não cause mais rejeição do que obteve Collings em seu tempo. Claro, não tivemos desejo de ferir ou fazer mal. De certa forma, tentamos atuar como antropólogos estudando uma realidade estranha, e de fato nos ajudaram muito as leituras de um antropólogo brasileiro, Da Matta<sup>7980</sup> e copiamos seu estilo de "antropologia sem hipocrisia"<sup>81</sup>.

Por outro lado, no Brasil é crescente a importância da qualidade técnica e dos direitos dos pacientes, que chegam a ser vistos ao mesmo nível ou à frente da equidade<sup>82</sup>. Isto torna mais relevante os nossos resultados, pois são uma batida justa sobre a qualidade técnica e os direitos dos pacientes.

Nossos resultados têm grande validade interna, no sentido de refletir fielmente os tempos e lugares, centros e atividades, profissionais e pacientes, pacientes e comunidades. O que dizemos é verdade. Houve coerência entre fontes de informação. E obtivemos dados não só através da observação e das entrevistas, mas com a participação em atividades como consultas, domicílios e grupos.

Em relação à validade externa, a extrapolação dos resultados, é um ponto sempre em questão, tanto em pesquisas quantitativas quanto em pesquisas qualitativas, e de fato é uma área a melhorar em geral, e em todo o mundo<sup>83</sup>. Neste projeto tivemos continuamente uma avaliação independente dos médicos de família do lista eletrônica da SBMFC e dos profissionais de fora do projeto com os quais discutíamos os resultados. Em todos os casos as suas conclusões, de outras áreas geográficas, coincidiram. Podemos dizer, portanto, que a validade externa é suficiente, mesmo que a amostra não seja aleatória (e se tivesse sido, provavelmente não teríamos tido a transparência que encontramos).

---

<sup>79</sup> Da Matta R. O que faz brasil, Brasil? Rio de Janeiro: Rocco; 1986

<sup>80</sup> Souza J. A sociología dual de Roberto Da Matta: desobrinando nossos mistérios ou sintetizando nossos auto-enganos? Rev Bras Ciencias Sociaes. 2001;16:47-67.

<sup>81</sup> Obviamente, não há ânimo de comparação com estes dois gigantes, nem com o inglês nem com o brasileiro.

<sup>82</sup> Piola S, Vianna S, Vivas-Consuelo D. Estudo Delphi: atores sociais e tendencias do sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública. 2002;18(Supl):181-90.

<sup>83</sup> Gérvas J, Pérez Andrés C. Evaluación de las intervenciones en salud: la búsqueda del equilibrio entre la validez interna de los resultados y la validez externa de las conclusiones. Rev Esp Salud Pública. 2008;82:577-9.  
<http://www.equipoceca.org/uso-apropiado-de-recursos/evaluacion-de-las-intervenciones-en-salud/>

## A UTILIDADE DOS RESULTADOS

Em resumo, nossos resultados mostram que a ESF é uma solução e um problema. É uma solução quando se consegue aplicá-la na melhor formulação que vimos. É um problema se sob o seu nome se ampara qualquer iniciativa, inclusive algumas muito errôneas analisadas neste Projeto.

A ausência de um denominador comum é um sério problema que permite a arbitrariedade e o "uso do nome da ESF em vão." Alguns dos desenvolvimentos amparados no nome da ESF desacreditam o todo.

Nossos resultados podem ajudar que a solução para o problema seja a "melhor solução", entendendo que não há respostas simples, nem definitiva, nem universais aos problemas complexos (não há milagres a este respeito).

O momento no Brasil é bom, tanto pelo crescimento econômico como a "maturidade" dos intelectuais e políticos de saúde, além de contar com a SBMFC. A iniciativa privada se limita especialmente ao acesso fácil aos especialistas e a seus métodos de diagnóstico, sem oferecer uma Atenção Primária de qualidade. O exemplo do CAISS é paradigmático, pois não descarta todo o potencial da ESF. Ou seja, a iniciativa privada não seria competente frente a uma iniciativa pública do estilo canadense, por exemplo.

O SUS tem de decidir se estabelece um "double" (*a two tier system*) nas quais as classes média e alta possam optar por planos de saúde e "clínicas populares" e deixar a ESF e as UBSFs para resolver os problemas dos pobres, com uma forte orientação para a Saúde Coletiva e a prevenção (em conformidade com o que encontramos em nosso estudo). De fato, há medidas que sugerem uma opção para este sistema duplo. Por exemplo, o financiamento das atividades sanitária reivindicadas, e obtenção, por via judicial. Por exemplo, a possibilidade de deduzir da declaração anual de rendimentos todos os gastos privados com saúde.

Este sistema duplo dá acesso direto a especialistas para classes média e alta e acesso direto a Atenção Primária para a classe mais baixa (com as UPAs e o SAMU como válvulas de escape). Em geral, tal sistema manteria uma Atenção Primária "básica", elementar, pobre e para pobres, tipo "beneficência". Faça o que se faça, uma ESF apenas

para pobres acaba sendo uma ESF pobre. Os pobres receberiam para sempre a pior atenção que temos visto neste Projeto.

Esta opção tem a desvantagem de escolher o modelo dos EUA, o único país do mundo desenvolvido que só agora (em 2011) está começando a construir um sistema de saúde que cobre toda a população. É um mau exemplo, que nenhum país desenvolvido copia, com as suas despesas de saúde fora de controle, seus maus resultados sanitários, e os seus "excessos", até alcançar que as intervenções médicas sejam a terceira principal causa de morte<sup>84</sup>. Seu gasto em saúde chega a 16% do PIB, por exemplo, em amputações de extremidade inferior em diabéticos é o dobro da média dos países da OCDE (36 amputações por 100.000 habitantes contra uma média de 15).

Mas não é só o SUS, como também a sociedade brasileira deve decidir se opta por um sistema de saúde público universal, como o do Canadá, dos países europeus, Austrália, Japão e Nova Zelândia, ou se prefere um sistema duplo (*a two tier system*) como o dos EUA. Esta segunda opção significa menos saúde, mais gastos e menos estado de bem-estar (com o corolário de mais violência). Se não houver um debate público sobre o assunto será decidido pelos fatos (os orçamentos e as deduções nas declarações de imposto de renda, por exemplo). Um sistema público universal tem um duplo impacto, pois melhora a saúde da população em geral e incrementa o rendimento econômico do país considerado<sup>86</sup>.

O SUS tem de decidir se quer ser verdadeiramente "universal" e se quer que o Brasil tenha um sistema de saúde de cobertura universal com uma Atenção Primária forte que cubra todo o país. É forte a Atenção Primária que se utiliza de "porta de entrada" para todos os problemas de saúde, onde um médico de família atua como um filtro para os especialistas, e onde uma equipe multidisciplinar oferece atenção polivalente, flexível e próxima (inclusive no domicílio)<sup>87</sup>. Esta Atenção Primária forte cumpre com os objetivos do sistema de saúde, de evitar, tratar e paliar as doenças e lesões, e de dar apoio para morrer em paz, com dignidade.

Na escolha das ESF como Atenção primária forte sugeriríamos que a ESF fosse definida com mais precisão para converter-se em uma estratégia Federal com um amplo

---

<sup>84</sup> [Starfield B. Is US health really the best in the world? JAMA 2000;284:483-5.   
http://www.jhsph.edu/bin/s/k/2000\\_JAMA\\_Starfield.pdf](http://www.jhsph.edu/bin/s/k/2000_JAMA_Starfield.pdf)

<sup>85</sup> OECD Data 2011. [http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en\\_2649\\_34631\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html)

<sup>86</sup> Strittmatter A, Sunde U. Health and economic development. Evidence from the introduction of public health care. St Gallen: University St. Gallen; 2011. <http://bit.ly/nUQoop>

<sup>87</sup> 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://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/atencion-primaria-fuerte-fundamento-clinico-epidemiologico-y-social-en-los-paises-desarrollados-y-en-desarrollo/>



denominador comum, que comprometesse todos os partidos políticos na melhoria do SUS, e que a ESF se expandisse até cobrir 100% da população para manter e acrescentar a saúde e a competitividade do Brasil.

Uma vez que há um denominador comum para todo o Brasil trata-se de mudar o debate do "que" (a ESF) para o "como". Mas devemos dizer o "porquê"; falamos de:

1. Uma ESF envolvida no cumprimento da missão do SUS: a/evitar, tratar e aliviar as enfermidades e lesões agudas e crônicas e b/ ajudar a morrer bem (no hospital e casa do paciente).
2. Uma Atenção Primária centrada no paciente e sua família, e na comunidade, universal, integral (preventiva, curativa e reabilitadora), descentralizada, que busque o cumprimento da equidade e com participação popular.
3. Uma Atenção Primária forte e resolutiva, altamente acessível, bem dotada de tecnologia, com profissionais polivalentes capazes de responder nesse nível a 90% das necessidades da população. Ou seja, uma profunda reforma pró-conteúdo.
4. Um SUS em que todos os especialistas (incluindo pediatras, ginecologistas e clínicos gerais) trabalhem como consultores dos médicos de família, de modo que eles efetivamente coordenem os serviços necessários aos pacientes (independentemente de onde e quando eles são fornecidos) e as prescrições de medicamentos. Isto é, um SUS em que a Atenção Primária seja de um país desenvolvido (bem dotado em tecnologia e ciência, e filtro para o nível especializado), como convém a um Brasil moderno. Se trata de uma reforma pró-coordenação.
5. O papel social do SUS requer um "bom governo sanitário" que assegure o melhor uso dos recursos públicos, com transparência, e com o fomento da ESF (e implantação universal das UBSFs) como uma maneira de dar a melhor resposta para necessidades da população e dos pacientes. O "bom governo sanitário" é definido pelo compromisso de publicar a transparência das contas públicas (despesas e receitas) e a realização de objetivos adequados aos valores sociais e sanitários, bem como as conquistas e os resultados em saúde, e pelo seguimento dos princípios da ética democrática, fundamentalmente equidade e eficiência.

## **ALGUM “COMO” CHAVE**

A atenta leitura das páginas precedentes já podem dar orientações para a ação. Contudo, resumiremos as mais importantes.

No nível institucional, fundamentalmente o Federal, porém também os Estados e Municípios, deveriam ser definidas algumas questões. Entre elas:

1. A aceitação de uma Atenção Primária "horizontal", com atividades preventivas, curativa e de reabilitação, tanto ao indivíduo quanto a família e a comunidade. Uma boa saúde pessoal e familiar reflete em uma boa saúde coletiva. É hora de superar a desconfiança entre a atenção individual e a atenção coletiva.
2. Brasil é certamente um país continental e não é conveniente um "modelo único", mas um "denominador comum". A importância relativa da abordagem preventiva, curativa e de reabilitação, da saúde individual e da saúde coletiva, depende do ambiente, da cultura, das necessidades de saúde e dos valores sociais. A eficiência do sistema de saúde e os direitos dos pacientes exigem a mistura razoável (adaptado às circunstâncias) de Saúde Pública e da Medicina individual.
3. É hora de abandonar as atividades, os programas e os protocolos "verticais", recuperar o melhor deles, e trazê-lo aos centros de saúde para que se misturem com a resposta à demanda de problemas de saúde, doenças e lesões.
4. Convém a intervenção, o diálogo e o consenso em que prime o interesse da população para eliminar "privilégios" às categorias profissionais, começando com a redefinição do "ato médicos".
5. O propósito firme, decidido e mantido de estender a ESF a toda a população. A tentativa de "ressuscitar" as antigas UBS vai contra a ESF, a saúde dos pacientes e o controle dos gastos. O mesmo se aplica ao desenvolvimento descontrolado das UPAs.
6. O financiamento adequado e a longo prazo da ESF. Um sistema de saúde não

é construído em um dia e requer um aporte sustentado e suficiente

7. A exigência da especialização em Medicina de Família para trabalhar na ESF. Convém prazos, como 5 anos, e estabelecer planos de formação para que possam se formar os novos especialistas, e para "reciclar" os de outras especialidades. O foco deve ser a qualidade da residência, e alcançar a "dispersão" de médicos (que não se concentrem nas cidades).
8. Estabelecer uma carreira profissional federal que facilite a mobilidade e, com o tempo, a estabilidade no trabalho. Para fomentar a opção pela Atenção Primária convém políticas que fortaleçam a opção generalista nos cursos de pós-graduação.
9. Definir as condições mínimas de contratação, com o fomento do pagamento por capitação e a lista de pacientes, e incentivos para aceitar a dedicação exclusiva e para promover a permanência no mesmo local de trabalho.
10. Difundir conhecimento, tecnologia e gestão que facilite a "segurança do paciente".
11. Promover sistemas de informação que permitam a "competência referencial" em resultados de saúde e uso racional dos recursos.

Com relação ao seguimento da implementação e sucesso da ESF, do ponto de vista do nível institucional, principalmente o Federal, mas também os estados e municípios, o principal é identificar objetivos "mensuráveis". Para uma valorização normativa servem tanto o "*Primary Care Assessment Tool*" (PCATool) como a "*Avaliação para Melhoria da Qualidade de Estratégia Saúde da Família*" (AMQ), por mais que pareça melhor o PCATool<sup>8889</sup>.

Com relação aos objetivos "mensuráveis", como comentamos, existem algumas enfermidades e situações nas que são claramente ineficiente a atenção, e onde seria possível buscar a melhoria sem medo de desperdiçar recursos. Em nossa opinião, na insuficiência cardíaca, na asma, no tratamento das infecções em geral (especialmente, de via urinária baixa na mulher e nas de transmissão sexual), pacientes crônicos e terminais em domicílio, em pacientes psicóticos e com problemas mentais graves e na certificação do óbito (especialmente fora do horário de trabalho). Com relação aos indicadores, na Atenção primária sempre convêm os gerais, os que se referem às pessoas, não às

---

<sup>88</sup> Trindade TG. Associação entre extensão dos atributos de Atenção Primária e qualidade do manejo da Hipertensão Arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2007.

<sup>89</sup> Para uma comparação entre o PCATool e a AMQ, ver o trabalho de Figuiredo A, na nota 36.

enfermidade<sup>90</sup>. Por isso, por exemplo, mais do que registrar indicadores sobre insuficiência cardíaca, e suas famílias, e o processo conjunto de sua atenção. Ou seja, neste exemplo, o importante é reduzir internações por insuficiência cardíaca, mas este objetivo deve ser analisado no contexto da condição do paciente, de sua família e da prestação de cuidados (visitas domiciliares por vários membros da equipe, relatórios-contrareferência de especialistas, o uso de medicamentos apropriados, capacitação para autocuidado e outros).

No nível municipal, e no centro de saúde, se busca proporcionar "máxima qualidade, mínima quantidade, com a tecnologia adequada, no momento certo, pelo profissional adequado, e o mais próximo da casa do paciente que seja possível". Por exemplo, o ajuste semanal dos diuréticos pela família de um paciente idoso acamado mediante o controle de seu peso com uma balança em casa, com consulta inicial com o ACS ante mudanças inesperadas. Existem alguns "como" importante fazê-lo. Entre eles:

1. O redesenho dos fluxos de atenção e da própria atenção. É chave "desbloquear" o acesso, e passar do acolhimento por norma, a um simples agendamento (uma agenda aberta, a todos os profissionais, com vagas para a demanda e para a atenção programada). A atenção individual é perfeitamente compatível com a atenção a grupos e a comunidade.
2. Romper as "cascatas de incompetência" para transformar os equipamentos orgânicos em funcionais. O importante é que cada categoria enfrente a pacientes e situações complexas e difíceis para a sua capacitação, e isso requer um "filtro" sucessivo desde o paciente até o médico. Exige também a dotação de material e a simultânea capacitação e formação continuada. Com poucas exceções, as equipes mantêm as 4.000 pessoas adstritas, mas poderia ser dada a liberdade de escolha de equipe para o paciente (com o pagamento por captação).
3. A melhorar da "capacidade de resposta" que deve ser proporcional às necessidades. Refere-se à prevenção, a cuidados a problemas de saúde (doenças e lesões) agudos e crônicos, e à reabilitação. Exige prever as situações mais comuns (os problemas prevalentes) e mais críticos (aquelas emergências que exigem resposta imediata, como catástrofes na comunidade, ou parada cardíaca na sala de espera). É claro, requer muito maior capacidade de resposta nos centros de saúde em localidades rurais e lugares remotos.
4. Tornar transparente a gama de serviços, profissionais e horários. A população deve

---

<sup>90</sup> Starfield B. The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health 2011, 10:15. <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-10-15.pdf>

saber quais são os serviços oferecidos, e como obtê-los entrar em qualquer caso, em situações especiais (fora do horário, nos fins de semana e feriados, etc).

5. Levar todos os serviços até o domicílio, quando exigido pela situação e / ou problema (incluindo a atenção aos pacientes terminais). O trabalho no domicílio faz parte da definição da Atenção Primária e deveria ser campo de trabalho diário, para problemas agudos e crônicos, e para a atenção a pacientes terminais. No seu caso, deveriam ser estabelecidas formas de garantir ao profissional e seu veículo (e pagar tal uso) durante a realização do trabalho a domicílio.
6. Promover um contrato de 40 horas, com 6 horas diárias de assistência direta ao paciente-comunidade, a demanda e programada ("agendada"), no centro de saúde. Como regra geral, em consultas "horizontais" (misturadas) no qual os pacientes-famílias são atendidos integralmente; dentre as atividades, no caso dos médicos de família, por exemplo, atenção a domicílios de terminais, pequenas cirurgias, uso direto do ecógrafo, e outros. As duas horas restantes diárias, para visitas domiciliares, atividades comunitárias, formação continuada e reuniões de equipe. O objetivo é "deixar de fazer para de fazer", isto é, parar de fazer o dispensável e se concentrar nos efetivos e em y eficiente<sup>91</sup>.
7. Estimular com fortes incentivos a dedicação exclusiva (com contratos que implicarão a capacitação para a resolução de mais problemas e o uso mais eficiente dos recursos).
8. Fomentar a permanência no mesmo posto de trabalho com um complemento específico. Um suplemento que "cresce" quando o profissional permanece no mesmo posto, e maior quanto mais rural-remoto for o lugar.
9. O trabalho em áreas rurais e remotas devem ser incentivados com planos específicos que ajudem o profissional e sua família. Por exemplo, melhores salários, melhor dotação de material no centro de saúde, melhores instalações para Tecnologias da Informação e Comunicação, mais férias, suporte para o deslocamento temporário com mais oportunidades de participação em educação continuada, maior reconhecimento acadêmico (vagas específicas para professores rurais nas universidades) e outros incentivos. É básico incluir aos familiares dos profissionais, por exemplo, com reserva de vaga na universidade e bolsas e assistência especial para os filhos, o apoio ao cônjuge-companheiro para encontrar trabalho remunerado, subsídios à habitação, etc.

---

<sup>91</sup> Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para hacer. FMC;12:579-81. [http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/pdf/dejar\\_de\\_hacer.pdf](http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/pdf/dejar_de_hacer.pdf)

10. Desenvolver sistemas de informação orientados à pessoa, aos não usuários e a resultados em saúde, que melhorem a tomada de decisões a nível local, tanto dos profissionais clínicos como dos gestores.

No nível Municipal, no centro de saúde e sobre todo o nível profissional há vários pontos, alguns “como” chave:

1. Os ACSs precisam "recuperar" as funções e integrar-se completamente na equipe. Isto é, usar os prontuários (na lista de problemas, por exemplo) e receber treinamento específico, e responsabilidade, para questões como kits familiares, acompanhamento de acamados, revisão do crescimento infantil, "busca de casos", e outros. Naturalmente, necessitam de meios de locomoção, sistemas portáteis de registros e outras tecnologias apropriadas à situação. Quando trabalham sem um médico ou enfermeira precisam de planos de apoio e formação continuada.
2. Os funcionários administrativos podem desempenhar um papel chave em todas as questões de acesso e de agendamento. O acesso é fator limitante para prestação de uma atenção de qualidade. É essencial a organização e um acesso suave e lógico, com agendas abertas e flexíveis, sem "cerimônias ou rituais" que se tornam barreiras, e também horários convenientes também para os trabalhadores<sup>92</sup>.
3. Os técnicos e auxiliares deveriam se concentrar em tarefas para as quais tem formação, e ser capacitados para dar o seu máximo. A partir de então sobram as tarefas de rotina sem sentido, como a triagem. Por exemplo, assistentes e técnicos de odontologia podem ser treinados para realizar a maioria das atividades de prevenção.
4. As farmácias requerem uma fonte sem "faltas". Também sistemas de controle que automatizem o trabalho e permitir a conexão direta com os prontuários eletrônicos. Seu conteúdo deveria ser ampliado em relação às necessidades locais, e mais gerais, especialmente em torno da dor e situações agudas. É básica a promoção da declaração de efeitos adversos (o "cartão amarelo").
5. A odontologia deveria expandir seu catálogo de serviços para incluir progressivamente atividades curativas. Isso requer capacitação, material e modificações nas instalações, em alguns casos.
6. Os enfermeiros tem formação para expandir seu campo de ação, sem as restrições impostas hoje pelas normas profissionais e pela rotina. Convém que passem a ter capacidade de lidar com a incerteza, tanto no consultório como no domicílio do

---

<sup>92</sup> São indicadores de um acesso bem organizado a ausência de filas para conseguir *vagas*, uma recepção sem aglomerações e uma sala de espera onde reina a tranquilidade.

paciente. Seu papel é fundamental, por exemplo, na atenção a doentes crônicos e terminal no domicílio. Requerem apoio especial os enfermeiros que lideram equipes sem médicos, tanto no que diz respeito à educação continuada como a responsabilização, capacitação, e dotação de material e tecnologia.

7. Os médicos de família são capazes de melhorar suas habilidades e incrementar sua polivalência, com o fomento das possibilidades tecnológicas diagnósticas e terapêuticas. Precisam de formação continuada, capacitação, tecnologia e deparar-se com casos difíceis e complexos. Um prontuário eletrônico bem desenhado pode ajudar na tomada de decisões, e a exercer apropriadamente a coordenação (contra-referência para os especialistas, acompanhamento de suas solicitações diagnósticas, controle a integração de suas prescrições, etc.) É importante o aspecto de docência nos centros, inclusive não docentes, com promoção do conhecimento, dos valores e da ética.
8. Os gestores são fundamentais para o bom funcionamento dos centros de saúde. Precisam de formação e autonomia. Seus objetivos devem ser múltiplos, avaliando o melhor uso dos recursos não só para cima, mas sobretudo para servir a comunidade e aos profissionais. Necessitam, portanto, clínica na gestão, e um sistema de informação que lhe permitisse trabalhar com os que menos recebem os serviços e mais os necessitam. O ideal é que desenvolvessem técnicas e habilidades de liderança e gestão de recursos humanos.

Sobre a dotação dos centros de saúde, a planilha atualizada nas visitas dá idéia de um máximo, ao que podem ir se aproximando os centros de saúde segundo oportunidade, necessidade e lógica.

## **AGRADECIMIENTO**

Este projeto não teria nascido, nem se desenvolto, nem finalizado sem o Presidente da SBMFC, Gustavo Gusso. Os erros e equívocos são nossos, pois contamos com toda a liberdade do mundo.

Nosso agradecimento aos Organizadores locais, membros da SBMFC, a quem chamamos carinhosamente “nossos cuidadores”. Eles ajudaram no científico e pessoal, desde a recepção no aeroporto (ou terminal de ônibus) até a correção de erros neste Relatório.

Agradecemos a todos os profissionais que nos ajudaram tanto nas visitas de seus próprios centros de saúde como na interpretação dos resultados. Nos pareceu incrível sua cooperação franca e desinteressada.

Agradecemos também a colaboração dos pacientes, famílias, grupos e comunidades, os quais as vezes incomodamos sem querer, a fim de entender as coisas.

Finalmente, o Ministério da Saúde financiou este projeto. Não sabemos se financiou “este” Projeto como o realizamos, mas esperamos que os resultados são úteis. Em todos os casos fomos leais, e empenhado o melhor de nós mesmos (o tempo, o coração, o conhecimento e coragem) no cumprimento do Projeto.



## **NOTA**

Fizemos um imenso esforço documental para contrastar teoria e prática. Tentamos também ser concisos, exatos e precisos no relato do trabalho de campo. Porém, como humanos, estamos expostos aos erros e a parcialidade, por mais que dedicamos cerca de 1.008 horas ao projeto (entre o trabalho de campo e a redação de notas, resumos e este texto).

Agradeceríamos ao leitor/a inteligente os comentários, correções e sugestões que possam melhorar o texto ( [jgervasc@meditex](mailto:jgervasc@meditex) y [mpf1945@gmail.com](mailto:mpf1945@gmail.com) ).

## **ACRÔNIMOS**

ACS Agente Comunitário de Saúde

AMQ Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

AP Atenção Primária

CASSI Caixa de Assistência aos Funcionários, Banco do Brasil

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

DIU Dispositivo Intra-Uterino

EEUU Estados Unidos de América do Norte

EPOC Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crônica

ESF Estratégia de Saúde da Família

MIPSE Mortalidade e Morbilidade Desnecessariamente Prematuras e Sanitariamente Evitáveis

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NAPI Núcleo de Apoio de Práticas Integrativas

OCDE Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan-americana da Saúde

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCATool Primary Care Assessment Tool

PNAP Política Nacional de Atenção Primária

PPD Prova da Tuberculina, de Mantoux

SAD Serviço de Atenção a Domicílio

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBMFC Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UBSF Unidade Básica de Saúde da Família

UPA Unidade de Pronto Atendimento

USM Unidade de Saúde Mental