

COMO CONSTRUIR UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE NO BRASIL?

RESUMO TÉCNICO PARA POLÍTICOS, GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM RESPONSABILIDADES EM ORGANIZAÇÃO E DOCÊNCIA DO RELATÓRIO DE:

É POSSÍVEL TRANSFORMAR O CÍRCULO VICIOSO DE MÁ QUALIDADE EM UM CÍRCULO VIRTUOSO DE BOA QUALIDADE, NO TRABALHO CLÍNICO E COMUNITÁRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

Projeto para avaliar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em ambientes com baixo Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil, realizado através da visita a Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), com médicos líderes e/ou tutores

Juan Gérvas¹ e Mercedes Pérez Fernández²
Clínicos gerais, Equipe CESCA, Madri, Espanha

Conforme 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 e curativa a problemas agudos e crônicos, nos centros da saúde e na comunidade, com atividades programadas e sob demanda. 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.

Os objetivos finais da ESF coincidem com os do sistema sanitário: 1/ evitar, tratar e aliviar as doenças e lesões agudas e crônicas e 2/ ajudar a morrer bem (no hospital e no domicílio do paciente)³. Mas, a ESF alcançou todos os fins aos quais se propunha? E se não alcançou, como conseguir isso?

Neste Projeto foi avaliada a Estratégia de Saúde da Família e são feitas propostas de

¹ Juan Gérvas é médico generalista, 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 Saúde (Madri) e Professor de Gestão e Administração Sanitária na Fundação Gaspar Casal (Madri) e na Universidade Pompeu Fabra (Barcelona). jgervasc@meditex.es www.equipoCESCA.org

² Mercedes Pérez Fernández é médico generalista, Equipe CESCA, Madri (Espanha), Especialista em Medicina Interna, Responsável pela Ética em NoGracias (Espanha) e Presidente do Comitê de Ética da Rede Espanhola de Atenção Primária. mpf1945@gmail.com

³ 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

melhoria da mesma a partir do trabalho teórico geral e de campo em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), com médicos líderes e/ou tutores, em ambientes com baixo Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil.

SOBRE O PROJETO

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.

É objetivo geral do projeto ajudar os médicos clínicos líderes e/ou tutores (preceptores) a romper o círculo vicioso que leva ao abandono de responsabilidades, à falta de compromisso com pacientes e comunidades e ao trabalho sanitário em condições de baixa qualidade especialmente nos ambientes 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 tanto em relação a profissionais como a Unidades Básicas de Saúde da Família; os referidos profissionais e suas Unidades Básicas de Saúde da Família podem atuar, por exemplo, em um trabalho de concorrência referencial (*benchmarking*).

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, com adequação da docência às necessidades locais.

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

4/ Promover os melhores valores clínicos, em torno do uso e distribuição dos tempos 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

A iniciativa partiu da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que conseguiu financiamento do Ministério da Saúde Federal para o Projeto

elaborado pelos dois signatários. A SBMFC organizou as visitas, o alojamento e o transporte. A SBMFC está comprometida com o avanço da ESF como melhor resposta aos problemas de saúde da população brasileira.

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 jgervasc@meditex.es e para 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 da 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 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.

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 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).

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 7.000 fotografias das Unidades e de seu pessoal.

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 estaduais).

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 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, muitos gerados ao comentar alguns dos resultados do trabalho de campo do Projeto.

ACHADOS E RECOMENDAÇÕES: PONTOS-CHAVE

1. A visita permitiu constatar que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Brasil foi e é uma Estratégia acertada.
2. 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.

3. 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 de todos os pacientes todas as vezes em que se 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 incentivos muito variável, e que não fomenta a permanência dos profissionais nas comunidades às quais servem.
4. 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”), 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.
5. Sugeriríamos que a ESF se definisse com maior precisão para transformar-se em uma estratégia federal com um amplo denominador comum, que comprometesse

todos os partidos políticos na melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS), e que a referida ESF se expandisse até cobrir 100% da população para manter e aumentar a saúde e a competitividade do Brasil. Uma ESF só para pobres termina sendo uma pobre ESF.

6. A ESF definida com um modelo comum federal implicaria o desenvolvimento de a/ uma Atenção Primária centrada no paciente e na comunidade, universal, integral (preventiva, curativa e reabilitadora), descentralizada e com participação popular, b/ uma Atenção Primária forte e resolutiva, muito acessível, com profissionais polivalentes capazes de responder nesse nível a 90% das necessidades da população, c/ uma Atenção Primária com o médico da família como primeiro contato médico, de maneira equilibrada com uma Equipe funcional capacitada e dotada de tecnologia adequada, d/ um SUS em que todos os especialistas (inclusive pediatras, ginecologistas e clínicos gerais) trabalhem como consultores dos médicos da família, de forma que estes coordenem de forma efetiva os serviços (com independência do local e momento em que sejam prestados) e e/ um SUS em que a Atenção Primária seja de país desenvolvido (bem dotado de tecnologia e ciência), e filtro para o nível especializado, como cabe a um Brasil moderno, saudável e competitivo.
7. O objetivo global do SUS, a melhoria e o fomento da saúde dos brasileiros, exige 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 despesas) e da consecução de objetivos ajustados aos valores sociais e sanitários, assim como dos êxitos e resultados em saúde, e pelo acompanhamento dos princípios de ética democrática, fundamentalmente equidade e eficiência.
8. As necessidades do paciente se transformam no centro em torno do qual são organizados os serviços. As UBSFs e o SUS deveriam organizar-se e “centrar-se” no paciente, e não nos profissionais (e isso exige, entre outras coisas, revisar o conceito e aplicação de “ato médico” assim como das atividades “vedadas” aos diferentes profissionais e toda a organização das “categorias profissionais” e suas atribuições). O paciente não deveria ir de serviço em serviço, mas sim ser o centro em torno do qual os referidos serviços se movimentam; isto é, deveriam ser evitados ao máximo os deslocamentos do paciente e ser fornecidos o máximo de

serviços na UBSF (e inclusive no próprio domicílio, conforme o caso), mediante tecnologia apropriada e capacitação oportuna.

9. Trata-se de oferecer “máxima qualidade, mínima quantidade, com a tecnologia apropriada, no momento oportuno, pelo profissional adequado, e tão próximo do domicílio do paciente quanto seja possível” (por exemplo, o ajuste semanal dos diuréticos pelos familiares de um paciente idoso *acamado* mediante o controle de seu peso com uma balança em casa). Isso supõe que as UBSFs ofereçam uma carteira de serviços “moderna” (exposta na entrada do centro), que inclua, por exemplo, as vacinações e o acompanhamento do planejamento familiar, gravidez, parto e puerpério, mas também o atendimento à morbidade não aguda em menos de 48 horas, o acompanhamento domiciliar dos pacientes terminais e a prestação de serviços básicos de urgência e emergência (desfibrilador, suturas e outros). Além disso, são necessários planos de contingência para eventos não usuais e para catástrofes; por exemplo, morte na UBSF de paciente com infarto agudo, ou explosão de gás na comunidade.
10. Precisa-se, portanto, de um aumento da reforma pró-conteúdo (que melhore a estrutura/organização, a capacitação e os contratos dos profissionais, e a tecnologia das UBSFs) e uma reforma pró-coordenação (que transforme os médicos da família e suas equipes nos “procuradores e agentes” dos pacientes e da comunidade, coordenadores dos serviços de saúde, e filtro para o atendimento dos especialistas que atuam de consultores dos médicos da família).
11. A reforma pró-conteúdo exige o aumento da dotação tecnológica das UBSFs e a capacitação dos profissionais para o uso direto dos referidos recursos. Trata-se de aumentar a capacidade de resposta diagnóstica e terapêutica das UBSFs. Assim, por exemplo, dotar e capacitar para o uso de tiras de urina, optotipos, eletrocardiógrafo, espirômetro, oftalmoscópio, câmara digital para fotografia da retina e outros e a prestação de serviços básicos como realização do teste da tuberculina (PPD-Mantoux), limpeza de cera dos ouvidos, biópsias de pele, sondagem uretral, analgesia com opiáceos, “carrinho de emergência” e outros. No caso dos ACSs, por exemplo, meio de locomoção, *notebook* ou similar, e dotação diagnóstica básica (*peak-flow*, termômetro, balança e outros). Não esquecendo a dotação constante e geral de água, papel e sabão em todos os pontos de assistência clínica e nos sanitários (*WC*), essenciais para a simples e importante lavagem das mãos. Também é imprescindível a melhoria das tecnologias de comunicação (é habitual que nos centros-UBSFs exista um só telefone fixo e

nenhum móvel-celular, e que haja dificuldades para o acesso à Internet, mesmo o centro-UBSF tendo computadores).

12. A reforma pró-coordenação transfere ao médico da família e à sua equipe as responsabilidades finais nos processos de atendimento. Assim, por exemplo, o controle da medicação em geral, ou o recebimento em todos os casos do relatório (contra-referência) do especialista após a consulta, a alta hospitalar ou a assistência em Pronto Atendimento, ou o reforço do papel de filtro do médico da família.
13. É questão-chave facilitar o acesso dos pacientes tanto às UBSFs como aos serviços especializados necessários. Muitas das filas carecem de racionalidade. As consultas de acolhimento nas UBSFs não têm sentido quando se transformam em barreiras para o acesso e poderiam ser substituídas pelo agendamento pelos recepcionistas ou ACSs. É imprescindível redesenhar os fluxos de pacientes para evitar as referidas filas e assegurar o atendimento das demandas não urgentes pelo médico da família-enfermeira em um máximo de 48 horas, e do especialista em um máximo de um mês. As solicitações de exames complementares (processos diagnósticos) terão um prazo máximo de espera de duas semanas. Em relação a urgências e emergências, o atendimento deveria ser imediato nos centros-UBSFs, conforme a gravidade (com encaminhamento ao Pronto Atendimento, conforme o caso). Os horários de atendimento nas UBSFs deveriam oferecer alternativas para a assistência aos pacientes que trabalham fora.
14. Conviria manter o básico e fundamental dos programas e protocolos preventivos e de promoção da saúde, mas estabelecendo prioridades e reduzindo-os ao que tenha efetividade comprovada. Com um esquema tal que sua prestação gere a menor burocracia e tenha o maior impacto (em prevenção e prevenção convém a precaução, para não transformar protocolos e programas em atividades sem sentido e sem limites). Os programas de vacinas merecem uma revisão, por exemplo, para atualizar a vacinação antitetânica (seis doses na infância e adolescência e seguinte revacinação aos 65 anos), ou para diminuir o uso desnecessário da vacina antirrábica.
15. Em geral, os programas “verticais” (da mulher, da criança saudável, da hipertensão, da gravidez e outros) poderiam passar para programas “horizontais”, de forma que se integrassem na prática clínica diária. Em todo caso, a prestação de serviços não deveria ser “vertical” (uma tarde para gravidez, uma manhã para crianças, uma tarde para domicílios, uma manhã para diabéticos, uma tarde para

Papanicolau, etc.) pela fragmentação e falta de integralidade que supõe tal atendimento “vertical”. Trata-se de fomentar uma Atenção Primária “horizontal”, forte, que ofereça longitudinalidade, que em uma consulta resolva múltiplos problemas de saúde e capaz de, por exemplo, enfrentar a dengue e simultaneamente o aumento dos pacientes reclusos em domicílios (acamados), a diminuição da natalidade, o envelhecimento da população e a crise da gripe A. Em geral, trata-se de “deixar de fazer para fazer”, isto é, passar de um atendimento muito burocrático e rígido, com déficit curativo e “medo” da incerteza, para um atendimento flexível e polivalente, aberto a todo tipo de problemas, curativo e preventivo.

16. Os incentivos deveriam ser globais em geral (por exemplo, por trabalhar em ambientes de baixo Índice de Desenvolvimento Humano), e só em casos muito concretos referir-se a atividades específicas (e nestes casos, ser temporários, até obter o fomento daquelas atividades de que os profissionais “não gostam”, mas que têm importante efeito na saúde). Por exemplo, para dar resposta à certificação da morte (óbito) fora do horário de trabalho (um problema grave para a população pobre); ou para promover o trabalho em domicílio (por exemplo, pagamento de um seguro coletivo para os profissionais e seus veículos por acidentes durante esta atividade, e/ou financiamento do uso do próprio meio de locomoção). Em todo caso, os sistemas de informação que sustentam os incentivos e a “produtividade” deveriam girar da quantidade para a qualidade, e do processo para o resultado. Por exemplo, o importante não é o número de citologias (Papanicolau) realizadas, mas sim fazê-las nas mulheres que mais necessitam delas, e comprovar que isso se associa a uma diminuição da mortalidade por câncer de colo do útero. Os sistemas de informação voltados para resultados e para a qualidade deveriam incluir os medicamentos suplementares, para avaliar sua efetividade e eficiência.
17. O trabalho em áreas rurais e remotas deveria ser fomentado com planos específicos que ajudem o profissional e sua família. Por exemplo, maior salário, melhor dotação material no centro de saúde, melhores instalações de Tecnologias de Informação e Comunicação, mais férias, apoio para deslocamentos temporários com mais possibilidades de participação em formação continuada, maior reconhecimento acadêmico (vagas específicas para professores rurais nas universidades) e outros incentivos. É básico incluir os familiares dos profissionais, por exemplo, com reserva de vaga na universidade e bolsas e auxílios especiais para os filhos, apoio ao cônjuge para encontrar trabalho remunerado, subsídios

para moradia, etc.

18. Parece-nos importante melhorar as condições de contratação dos profissionais e fomentar a sua permanência na mesma UBSF (para alcançar o melhor da longitudinalidade, a prestação de serviços durante anos pelo mesmo médico da família e equipe). Para isso poderia ser introduzido um incentivo por permanência na mesma UBSF (um complemento crescente, por ano de permanência, que seria perdido quando se produzisse a transferência para outra UBSF). Também é importante o desenvolvimento e implantação de uma “carreira profissional federal” que acrescente reconhecimento com o passar do tempo e a realização eficiente do trabalho clínico e comunitário. Em todo caso, na ESF convém certa homogeneidade nas condições de contratação em todo o Brasil, pois em alguns casos as condições são precárias e/ou implicam a tolerância de políticos e gestores frente a atitudes reprováveis (descumprimento de horário, por exemplo, como forma de “manter” o médico em áreas rurais).
19. Seria fundamental que se oferecesse aos profissionais, por exemplo, médicos da família, enfermeiros, auxiliares, dentistas, farmacêuticos, técnicos e agentes comunitários (ACSs) a dedicação exclusiva voluntária, com um forte incentivo específico. Atualmente, é frequente o trabalho na UBSF complementado com plantões noturnos e outros trabalhos; em algum caso extremo são até sete os trabalhos simultâneos.
20. Aqueles que aceitassem o novo contrato de dedicação exclusiva deveriam ter ou receber capacitação específica para o manejo das situações mais frequentes em Atenção Primária, com prestação de serviços variados e muito acessíveis, preventivos e curativos, na UBSF e em domicílio, incluídas as urgências e emergências mais habituais.
21. Em geral, o novo contrato exigiria quarenta horas semanais, com seis horas diárias de atendimento direto a pacientes-comunidade, sob demanda e programado (“agendado”), no centro de saúde. Como norma, em consultas “horizontais” (misturadas) em que se atende aos pacientes-famílias integralmente; entre as atividades, no caso dos médicos da família, por exemplo, cirurgia menor (pequena cirurgia), emprego direto do ultrassom, e outras. As duas horas restantes diárias, para visitas domiciliares, atividades na comunidade, formação continuada e reuniões de equipe. É fundamental o aumento da atividade domiciliar, tanto sob demanda como programada, para que chegue a ser prática diária.
22. Em cinco anos deveria ser obrigatório o título de especialista em Medicina da

Família para trabalhar na Atenção Primária do SUS (nas UBSFs) e as UBSFs se transformariam em universais para cobrir toda a população. Nesse mesmo prazo deveriam desaparecer as UBSs, e ser reduzidas proporcionalmente as unidades de Pronto Atendimento.

23. A formação dos médicos da família pode ser alcançada através da residência em Medicina da Família e através de cursos de capacitação presencial e a distância dos médicos com experiência prévia em Atenção Primária (em ambos os casos, com remuneração dos médicos preceptores-tutores).
24. As equipes das UBSFs deveriam se transformar em equipes funcionais, com a transferência de conhecimentos, habilidades e capacidades para os ACSs. Dessa forma cada nível serve de filtro resolutivo para o nível seguinte, de forma que ao médico da família cheguem pacientes complicados, difíceis e complexos (e deles encaminhe aos poucos que precisem dos serviços diagnósticos e terapêuticos dos especialistas). Todos os membros da equipe deveriam ter uma agenda aberta para consultas programadas e sob demanda, seja dos pacientes ou dos outros profissionais da equipe.
25. Estas equipes funcionais, de uns nove profissionais polivalentes e resolutivos, poderiam prestar serviços a uma população de 4.000 pessoas (incluindo população “flutuante” e de “fora da microárea”).
26. Os médicos da família com dedicação exclusiva deveriam adquirir, no momento do novo contrato, uma lista de pacientes (dentro da área geográfica da UBSF, com livre escolha dos pacientes) e o pagamento de um incentivo per capita, em torno de 20% do salário (ajustado por idade dos pacientes, pelo âmbito geográfico-urbano, rural, remoto, baixo Índice de Desenvolvimento Humano e, no futuro, por carga de morbidade dos pacientes).
27. Os médicos da família coordenam todas as prestações farmacêuticas de seus pacientes (ainda que tenham sido prescritas por especialistas) que não poderão ser dispensadas sem a sua autorização. Da mesma maneira, os médicos da família coordenam as licenças médicas (baixas trabalhistas) de seus pacientes. O histórico clínico eletrônico (prontuário eletrônico) acompanha e facilita esta coordenação de cuidados. São necessárias melhorias básicas nos históricos clínicos, tanto em papel como digitais, do tipo da inclusão de uma “lista de problemas”, que também ajudam a melhorar a coordenação.
28. Seria muito conveniente o estabelecimento da concorrência referencial, o que exige absoluta transparência em dados sobre estrutura, processo e resultado (por

exemplo, mortes por pneumonia em menores de um ano, taxa de resistências bacterianas, cobertura populacional com o Papanicolau, amputações em diabéticos, taxa de rotatividade dos médicos da família e outros). Para isso, emprega-se como exemplo os que oferecem as melhores práticas/processos e obtêm os melhores resultados em saúde, com o objetivo de transferir conhecimentos (*benchmarking*). A concorrência referencial refere-se a médicos da família e suas equipes, a outros funcionários e à UBSF, gestores, medicinas alternativas, municipalidades (Secretarias de Saúde) e Estados.

29. A odontologia deveria incluir mais serviços curativos, além de manter os preventivos que já são prestados (que poderiam ser delegados a técnicos e auxiliares). Atualmente, a organização dos serviços odontológicos não conseguiu reverter a Lei de Cuidados Inversos (quanto mais serviços são necessários, menos são recebidos) e a saúde bucal é declaradamente pior na classe baixa.
30. É essencial a dotação e manutenção das farmácias das UBSFs com fármacos variados, inclusive colírio anestésico, morfina e glucagon, além de antibióticos, psicofármacos e outros. É inadmissível a carência de medicamentos básicos nas farmácias das UBSFs. É necessário o uso da eletrônica, de “códigos de barras” e/ou microchips, para todo o fluxo de informação das UBSFs (desde solicitações de análise até encaminhamentos) e especialmente para os medicamentos, tanto para o controle do estoque, como para a transferência da informação de medicamentos dispensados ao histórico clínico eletrônico (prontuário eletrônico), ou em papel.
31. O farmacêutico tem que assegurar a melhor prestação farmacêutica em todas as farmácias das UBSFs (por exemplo, declaração de efeitos adversos, análise dos problemas relacionados com o medicamento, e outros), mas não é imprescindível a sua presença física contínua ao lado dos medicamentos, nem na UBSF. A farmacovigilância (declaração de suspeita de efeitos adversos) é área muito melhorável através da participação de todos os profissionais.
32. As unidades de Pronto Atendimento deveriam diminuir em número conforme aumenta a flexibilidade e capacidade de resolução das EBSFs. Além disso, poderiam colaborar com o melhor atendimento aos pacientes se enviassem diariamente a cada médico da família a relação de seus pacientes atendidos em urgências (nome e sobrenomes, idade, sexo e problema principal atendido).
33. Os gestores/autoridades/diretores das UBSFs teriam que contar com autonomia de gestão e de decisão, de forma que se pratique a delegação e a confiança (para eliminar uma “gestão de desconfiança”). O objetivo dos responsáveis pelas UBSFs

não é tanto “dar conta/transmitir dados”, mas o melhor uso dos recursos e a melhoria do atendimento e dos serviços prestados aos pacientes e à comunidade. Para isso é necessário levar a clínica à gestão, e a gestão à clínica (os gestores precisam centrar-se no fomento do melhor atendimento preventivo e curativo, “normal” e de urgência, nos centros e em domicílio, e os profissionais deveriam ver não só o paciente e a comunidade concreta, mas sim ser conscientes de que “administram” a aplicação de recursos através da resolução de problemas, em sua UBSF e nos encaminhamentos). Em geral, os gestores deveriam ter um status de independência da política, com uma carreira profissional que lhes livre dos vaivéns políticos.

34. Os espaços clínicos são locais de encontros entre pessoas e, por isso, deveriam “humanizar-se”. É muito importante que os consultórios e salas de curativos, e em geral toda a UBSF, mudem de seu estilo frio e desumanizado predominante para um estilo acolhedor e personalizado, onde haja plantas e flores, e cores nas pinturas das paredes, por exemplo, e onde os profissionais e os pacientes se sintam à vontade e acolhidos. Esta “humanização e personalização” não põem em risco nenhuma prática de controle de infecções, que deveria basear-se no fomento da simples e importante lavagem das mãos dos profissionais.
35. A atividade docente e continuada é parte essencial de uma Atenção Primária forte. Por isso, toda UBSF, mesmo não docente, deveria ter atividades semanais docentes, para fomentar as boas práticas, a difusão de conhecimentos e as melhores atitudes (também em relação a problemas éticos e de valores). Estas atividades docentes, a partir da prática clínica diária, permitem a adaptação de programas e protocolos às necessidades locais, e podem substituir quase em sua totalidade os amplos tempos dedicados a “reuniões” (de Equipe, da UBSF, de oficinas e outros).
36. O fomento do profissionalismo, do compromisso ético e do envolvimento nos objetivos da ESF, mais os meios de controle apropriados, poderiam servir para diminuir a corrupção (descumprimento de horários, furto de medicamentos e material, acatamento de normas absurdas por medo das represálias, cobrança duplicada em prestação de serviços “combinados”- externalizados, etc.).
37. Precisa-se da criação de uma miniunidade de Inteligência Sanitária Federal que seja capaz de transmitir a todos os profissionais conhecimentos científicos atualizados de forma simples e prática.
38. Dado o tamanho continental do Brasil, e as muitas culturas de sua população,

deveria ser assegurado um mínimo comum em toda UBSF (não um modelo único) e ao mesmo tempo fomentar a adaptação aos usos, costumes, ambientes e culturas locais.

LIMITAÇÕES DO PROJETO

A validade interna dos resultados depende em grande parte da honradez e franqueza dos profissionais dos centros de saúde-UBSFs visitados. A variedade de situações e ambientes, e o número de profissionais entrevistados permitem afirmar que os resultados são coincidentes e conclusivos.

A validade externa dos resultados depende da representatividade dos centros-UBSFs selecionados. A amostra é viciada no sentido de escolher UBSFs localizadas em ambientes “difíceis”, de baixo Índice de Desenvolvimento Humano, o que implica pobreza, violência, prostituição, drogas e outros. Também é viciada em relação à seleção de UBSFs docentes e/ou com profissionais líderes. Entretanto, o contraste com as UBSFs não docentes visitadas permite afirmar que os resultados são homogêneos em ambos os tipos. Além disso, ao compartilhar os achados com afiliados à SBMFC (na lista eletrônica da mesma, e em seu Congresso) pudemos confirmar que os resultados não são “estranhos”, nem insólitos.

A amostra de UBSFs visitadas é viciada para o urbano e periurbano, e pudemos verificar que o profissional rural é mais acessível, flexível e polivalente. Imaginamos as dificuldades próprias do mundo rural, sobretudo das regiões remotas através dos comentários dos profissionais com experiência pessoal a respeito.

Os estudos qualitativos têm vantagens e inconvenientes e, neste Projeto, tentamos aproveitar as primeiras e evitar os segundos. Esperamos ter conseguido isso.

TRADUCCIÓN DEL ESPAÑOL POR

Rogério Machado, Florianópolis (Santa Catarina), Brasil.