

Atenção Primária à Saúde

Documento elaborado pelo Núcleo CEBES — Campinas

I — Introdução.

A incapacidade do atual Sistema de Saúde de estender a cobertura dos serviços de assistência médica à toda a população brasileira, mantendo a atual estrutura de prestação de serviços, configura uma situação de crise no Sistema.

A criação de uma Rede de Atenção Primária, vem sendo colocada como uma alternativa de resolução desta crise.

A questão vem sendo discutida amplamente, tanto por aqueles preocupados em introduzir uma nova racionalidade que altere a atual relação custo-benefício, como por aqueles cujo objetivo é lutar por um sistema de saúde que defenda os interesses da grande maioria da população.

A partir de um texto base elaborado por um grupo de profissionais que atuam em postos de atenção primária, foi realizado um Fórum de Debates no CEBES, núcleo Campinas. Nesta ocasião foi escolhida uma comissão encarregada de elaborar a redação final do presente documento.

É nosso objetivo contribuir para o enriquecimento do debate em todos os núcleos do CEBES e em outros setores interessados na questão.

II — O jogo de interesses.

Para clarearmos a questão da Atenção Primária à Saúde, precisamos saber quais os interesses que estão em jogo dentro do setor saúde, nos serviços de atenção médica.

Em função desta análise poderemos então delinear o papel da Atenção Primária nos serviços de saúde, sua estrutura e funcionamento.

Os grupos e setores interessados no setor saúde são:

- Complexo Industrial
- Indústria de Equipamentos Médicos
- Indústria Farmacêutica
- Complexo Médico-hospitalar
- Empresas de Medicina de Grupo
- Profissionais de saúde
- População

a — **Complexo Industrial** ao qual podemos juntar as grandes empresas de serviços, tem como interesse no setor saúde, especialmente, a "saúde" da população diretamente ligada à produção. A ele interessa que os serviços de atenção médica recuperem seus trabalhadores o mais rapidamente possível e que os mantenha em condições mínimas de saúde para a produção. Neste sentido, seus interesses estão ligados, hoje, à alternativa da medicina de grupo, pois neste setor o complexo industrial passa a controlar os serviços de saúde que tem que se desenvolver dentro da lógica apontada.

b — **A Indústria de Equipamentos Médicos**, no fundamental, controlada pelo capital estrangeiro, tem como interesse a tecnificação e a sofisticação do ato médico que geram a especialização. A fragmentação do ato médico tem gerado um consumo cada vez maior de instrumentos de diagnóstico e cura, os quais apresentam um ritmo muito intenso de substituição por outros mais sofisticados. Isto acontece porque a Indústria de Equipamentos quer ampliar o mercado de consumo e conseqüentemente seu

lucro. Portanto, seus interesses estão ligados ao desenvolvimento dos níveis de atenção médico-hospitalar, na sua ampliação e sofisticação.

c — A **Indústria Farmacêutica**, também na sua quase totalidade controlada pelo capital estrangeiro — associado ou não a grupos nacionais — tem como interesse único e exclusivo a reprodução do capital, buscando uma expansão ilimitada do consumo, desenvolvendo para isto, todo um trabalho de propaganda no qual são consumidos 25% do faturamento total bruto. Neste setor, têm sido torpedeadas todas as tentativas de defesa dos interesses nacionais, como por exemplo, o GEIFAR antes de 1964 e, mais recentemente, a CEME, que, inicialmente voltada para o desenvolvimento de uma tecnologia farmacêutica nacional, se transformou sob pressão das indústrias estrangeiras numa simples empacotadora e distribuidora de medicamentos comprados dessas indústrias.

Além disso, a propaganda maciça, dirigida principalmente aos médicos em formação e recém-formados, induz a medicação, levando ao menosprezo das atitudes e condutas informais na prática médica.

d — O **Complexo Médico-Hospitalar** representado pelos donos de hospitais e pelos médicos que trabalham no setor sob o sistema de prestação de serviços, tem como atividade principal a venda de seus serviços ao Estado, através do Inamps, — o que é feito através do pagamento por uma diária de pacientes internados e por atos médicos realizados pagos por unidades de serviço (US). Seu interesse principal é a superprodução de atos médicos. Para ele a especialização, a tecnificação e sofisticação representam a possibilidade de aumento dos atos médicos, da utilização de instrumentos médicos cada vez mais sofisticados, com conseqüente aumento do faturamento. Este Complexo está diretamente interessado na ampliação dos leitos hospitalares, seja pela construção de novos hospitais, seja pela ampliação dos já existentes. É, por isso, o principal interessado nos financiamentos do FAS.

e — As **Empresas de Medicina de Grupo**, ou empresas médicas que fazem convênios de prestação de serviços médico-odontológicos às grandes firmas industriais, comerciais ou autarquias sob a forma de pré-pagamento, ao contrário do Complexo médico-hospitalar, têm seus interesses voltados para uma subprodução de atos médicos, não se interessando pela produção da medicina tecnificada, sofisticada e altamente especializada. Ao invés de associar-se aos profissionais de saúde, como ocorre no Complexo médico-hospitalar, os assalaria. Além dos seus interesses lucrativos, desempenham o papel de controle da população trabalhadora, estando as suas atividades voltadas, basicamente, para a recuperação rápida dos trabalhadores para a produção, visando ao aumento da produtividade.

f — Os **Profissionais de Saúde**, especialmente os médicos, não podem ser vistos como um bloco monolítico. Estão envolvidos em situações diversas na sua inserção no mercado de trabalho.

Há os que são proprietários de hospitais ou de empresas de medicina de grupo, cujos interesses são, obviamente, os destes setores. Há os que são exclusivamente assalariados, trabalhando para o Estado ou para empresas de medicina de grupo, representando um setor emergente dentre os médicos, sendo seus interesses os de todos os assalariados, ou seja, melhores salários e melhores condições de trabalho.

Há, finalmente, a maior parcela do setor que são aqueles que sendo assalariados, em geral da previdência, ao mesmo tempo, trabalham no Complexo médico-hospitalar, recebendo por serviços prestados através do sistema de US. Em vista disso, são verdadeiros promotores da dinâmica do complexo médico-hospitalar e da mesma forma que este, estão diretamente interessados na superprodução de atos médicos. Em geral, estão voltados para a especialização, tecnificação e sofisticação, compondo o grande exército de especialistas. Consideram-se, via de regra, profissionais liberais e são os defensores da autonomia e da medicina liberal.

g — A **População**, como no caso dos profissionais médicos, também apresenta setores de interesses diversos.

Há uma parcela mínima com condições de pagar qualquer tipo de serviço e com privilégio para usufruir de todas as inovações da tecnologia médica.

Uma grande massa rural e da periferia das zonas urbanas encontra-se quase totalmente marginalizada do setor saúde, não chegando, em sua grande maioria, a ter acesso ao sistema de atenção médica.

O restante é a população previdenciária, cujos interesses não são levados em conta na formulação da política de saúde do MPAS, e que vem enfrentando problemas diversos para a obtenção da atenção médica: longas filas, dificuldades para obtenção de consulta, de tratamento geralmente sintomático, etc.

Os interesses da grande maioria da população com relação ao setor saúde são, basicamente, a sua democratização através da possibilidade de acesso para todos, e melhores condições de atendimento.

III — O papel do Estado.

O Estado, como força hegemônica, constitui-se num Estado de classes, de manutenção da ordem capitalista, e também no setor saúde desempenha este papel. A política de saúde no

Brasil, como no restante das relações econômicas e políticas, é, basicamente, centralizadora e concentradora de renda. Hoje ela representa, fundamentalmente, os interesses do capital monopolista.

“A lei no. 6229 de 17 de julho de 1975 que criou o Sistema Nacional de Saúde, definiu, de antemão, dois campos institucionais diversos: o do Ministério da Saúde, voltado para os interesses da Saúde Pública, e o do Ministério da Previdência e Assistência Social destinado ao atendimento médico individual”.

A política de Saúde Pública no combate às grandes endemias, no controle das doenças transmissíveis e no controle da população materno-infantil, tem por objetivos não só a assistência médico-sanitária mas, principalmente, a manutenção de níveis mínimos de saúde do exército de reserva e a diminuição das tensões sociais.

A política de atendimento individual sob a responsabilidade do MPAS, através do Inamps, concentra a quase totalidade dos recursos destinados ao setor saúde. Esses recursos são aplicados:

- 1 — na compra de serviços do complexo médico-hospitalar privado, na qual são investidos 70% do seu orçamento;
- 2 — na manutenção de uma rede de serviços próprios, principalmente ambulatórios e um pequeno número de hospitais.

Na prática, o Inamps tem sido o financiador por excelência da medicina tecnificada, sofisticada e especializada.

Enquanto o capital se realiza através dessa articulação com o complexo médico-hospitalar privado, uma outra função é cumprida pelo Inamps através de seus serviços próprios ou através de convênios com outros hospitais e Centros de Saúde: os encargos com patologias que não produzem lucros e que atingem as grandes massas, e com aquelas doenças crônicas, que não permitindo uma rotatividade nos serviços hospitalares, terminam por dar ônus em vez de lucro.

Essa prática tem-no conduzido quase à insolvência. E, na busca de uma solução, passa a favorecer a medicina de grupo, e a estimular as experiências de Medicina Comunitária.

A Medicina de Grupo através dos convênios com as grandes firmas, sob a forma de pré-pagamento, vem reduzir o ônus da assistência médica prestada pelo Inamps, que passa a devolver às empresas uma parcela pequena e fixa pelo atendimento prestado pela Medicina de Grupo aos trabalhadores.

O estímulo dado às experiências de Medicina Comunitária tem como objetivo a implantação de serviços médicos para o atendimento

da população hoje “marginalizada”, sendo que, em geral, esses serviços aplicam a “Medicina Simplificada”, que utilizando em parte os recursos da própria comunidade promovem a extensão da cobertura médico-assistencial a baixo custo.

Em resumo, a atual política de saúde está voltada diretamente para a defesa dos interesses do Complexo médico-hospitalar privado, da Indústria de Equipamentos, da Indústria Farmacêutica, da Medicina em Grupo e através desses setores tem procurado defender os interesses do Complexo Industrial. À medida que recupera os trabalhadores para a produção, procura mantê-los com condições mínimas de saúde para uma boa produtividade.

É importante frisar que é a própria população trabalhadora — através de sua contribuição à previdência social e do pagamento da contribuição das empresas à previdência, que lhe é

repassada no preço final dos produtos, — que produz todo o lucro dos grupos de interesse do setor, financiando a própria medicina de grupo que desempenha um papel repressivo sobre os trabalhadores.

Um outro aspecto da atual política de saúde que nos mostra estar a mesma servindo aos interesses do capital estrangeiro, é a política de formação de recursos humanos para o setor, levada a cabo pelo Ministério da Educação e Cultura.

A educação médica está quase totalmente voltada para a formação de médicos especialistas. Os hospitais universitários, na sua imensa maioria, praticam uma medicina tecnificada e especializada. Nesse processo, além de serem esses hospitais grandes consumidores de equipamentos de diagnóstico e cura, são verdadeiros promotores de venda da Indústria de Equipamentos, ao lançarem no mercado de trabalho profissionais voltados para uma prática médica que requer a utilização desses equipamentos.

Toda a formação médica está voltada para as medidas de diagnóstico e tratamento, e não para a promoção e proteção da saúde, que somada à política predominante de atenção às necessidades individuais, representa os interesses da Indústria Farmacêutica.

Na mesma linha de busca de alternativas para o setor saúde, a educação médica vem, atualmente, colocando a questão da formação de médicos “generalistas” ou “médicos de família”. Quem muito tem investido neste campo é a Fundação Kellogg, através do financiamento de seminários, encontros e publicações sobre o assunto. É importante estarmos alertas, pois esta alternativa tem por objetivo a formação de profissionais que serão absorvidos pelas empresas de Medicina de Grupo e pelas experiências de Medicina Comunitária.

IV — Alternativas

Nas disposições do SNS vamos encontrar **uma área que não representa interesse imediato para os grupos dominantes no Setor Saúde hoje, ou seja, a atenção primária à saúde.** Este setor, que cobre o extrato social de baixo poder aquisitivo e, portanto, apresenta-se pouco lucrativo, é de responsabilidade das Secretarias de Saúde estaduais e municipais e dos ambulatórios do Inamps, através de seus serviços de Pronto Atendimento. Só interessam aos grupos dominantes, os prontos socorros ligados aos hospitais que servem como triagem, para internamento as clínicas de "check-up" voltados para o atendimento de altos executivos e os ambulatórios das empresas de medicina de grupo, que só fazem convênio com empresas cujos empregados tenham bons salários.

É nesta área que têm surgido espaços de atuação podendo ser ocupados. Nesta situação têm surgido várias propostas alternativas.

A sequência deste trabalho procurará delinear as características dos serviços de saúde que defendam os interesses da população, fazer uma crítica ao modelo de Medicina Comunitária que vem sendo proposto, e também propor um modelo alternativo para a atenção primária.

V — Características dos Serviços de Saúde.

Para que um serviço de saúde defenda os interesses da grande maioria da população, ele deve ter as seguintes características:

a — Democratização da atenção médica.

Como diz Castellanos Robayo: "É um objetivo fundamental dos serviços de saúde dar a todos, e a cada um dos membros de uma comunidade, acesso oportuno e suficiente aos serviços de saúde".

Os serviços de saúde devem constituir a resposta de uma sociedade, ou de uma comunidade, às necessidades de saúde, sejam estas individuais ou coletivas. Para isto, deverão ser acessíveis e estruturados de modo a permitir uma oferta que responda ao volume e à natureza dessas necessidades.

Estes serviços têm que garantir os dois elementos constitutivos do uso de um serviço de saúde: o início e a continuidade de sua utilização.

Em consequência destes pontos, os serviços de saúde precisam ter uma ampla "porta de entrada" que possibilite a todos os indivíduos a sua utilização, devendo funcionar dentro de uma estrutura integrada capaz de satisfazer à

todas as necessidades, desde as mais simples às mais complexas.

b — Extensão de cobertura e níveis de atenção.

Para se dar uma resposta efetiva aos problemas e necessidades de saúde de toda a população, precisamos de um sistema de serviços de saúde que tenha a estrutura semelhante a uma pirâmide, onde a base ampla corresponda ao nível de atenção primária (porta de entrada do sistema), cuja função será dar resposta aos problemas mais simples e de maior frequência. Para cumprir bem esta função, devem estar próximos do usuário, e sua extensão deve ser tão ampla que possibilite o atendimento à toda a população.

À seguir, viriam os demais níveis que podemos denominar de níveis secundário, terciário e quartenário, que correspondem aos serviços especializados de complexidade maior e crescente, representando o nível quartenário, o cume da pirâmide, que é o nível de maior complexidade.

Estes diferentes níveis de complexidade devem atuar sobre a base de referência, que são as situações geradas ao nível primário.

É de fundamental importância para a defesa dos interesses da população que o nível primário seja a única "porta de entrada" do sistema, e que o critério de seleção para a passagem para os outros níveis seja o de complexidade dos problemas, e nunca os critérios econômicos e sociais.

c — Medicina integral.

Um outro aspecto a ser analisado, para que os serviços médicos defendam os interesses da população, está na definição do tipo de medicina que será desenvolvido pelo sistema de serviços de saúde.

Como dizem Acebal, Ferrara e Paganini: "A medicina do progresso, a medicina verdadeira, é a medicina integral que trata constantemente de evitar as enfermidades e curá-las".

A medicina integral é aquela que, procurando conhecer a história natural das doenças, integra na sua prática, os cinco níveis de prevenção:

- 1 — Promoção da saúde ou prevenção inespecífica.
- 2 — Proteção ou prevenção específica.
- 3 — Diagnóstico precoce.
- 4 — Tratamento oportuno e limitação da invalidez.
- 5 — Reabilitação.

1 — **Promoção da saúde ou prevenção inespecífica** vem a ser todas as medidas tomadas em relação ao indivíduo, à comunidade e ao meio, no sentido de evitar a produção de enfermidades em geral. São elas: a educação sanitária; o bom padrão de nutrição ajustado às fases do desenvolvimento da vida; as boas condições de moradia, de recreação e de trabalho; atenção ao desenvolvimento da personalidade e exames seletivos periódicos; as medidas de saneamento ambiental, tais como o abastecimento de água, controle de excretos humanos, controle do lixo e controle da poluição.

2 — **Proteção ou prevenção específica** são as medidas voltadas para os fatores específicos, os quais são distintos para cada patologia ou situação. Nesse nível, temos o controle das doenças transmissíveis através da imunização e da vigilância epidemiológica, a proteção contra as doenças ocupacionais e a prevenção de acidentes.

3 — **Diagnóstico precoce** são todas as medidas tendentes a descobrir precocemente o aparecimento de enfermidades. São as medidas individuais e coletivas para a descoberta de casos: pesquisa de triagem e exames seletivos.

4 — **Tratamento oportuno e limitação da invalidez** têm por objetivo sustar o processo da doença através do tratamento adequado, evitar complicações e sequelas, e encurtar o período de invalidez.

5 — **Reabilitação** tem por objetivo evitar os efeitos da enfermidade na vida futura. Significa a prestação de serviços, tanto hospitalares como comunitários, para a reeducação e treinamento, a fim de possibilitar a recuperação máxima da capacidade perdida.

Somente um sistema de serviços médicos, que traga no seu bojo a prática da medicina integral, estará efetivamente defendendo os interesses da população.

d — **Participação comunitária.**

Somente na medida em que a população participe das decisões é que conseguiremos interpretar de forma correta os seus interesses e, para isto, precisamos buscar as formas concretas de sua participação nos serviços médicos.

Os serviços médicos deverão criar os canais efetivos para que a população adquira os conhecimentos científicos, controle esses conhecimentos e disponha deles. Ao mesmo tempo, devem integrar na sua prática o conhecimento e a experiência da população, e criar os canais competentes de debate e crítica de todo seu trabalho.

Isto só ocorrerá se os serviços médicos adquirirem a humildade dos que estão a serviço, perdendo a prepotência e arrogância dos donos do saber.

Só na medida em que se mostra a saúde como um direito da população, e não algo que lhe é dado por beneplácito; e que se consiga mostrar os fatores que, realmente, têm maior importância na preservação da saúde, é que estaremos efetivamente defendendo os seus interesses.

São estas as quatro características básicas dos serviços médicos que defendam os interesses da grande maioria da população.

VI — **Crítica ao modelo de Medicina Comunitária.**

Antes de colocarmos nossa perspectiva de um modelo alternativo, é necessário que se faça uma breve análise do modelo alternativo que vem sendo proposto e que tem sido chamado de modelo de Medicina Comunitária.

As críticas que podem ser feitas ao modelo de Medicina Comunitária têm que se reportar à sua origem nos Estados Unidos da América. O modelo americano baseia-se em três princípios, que podem ser assinalados como:

- a — acesso à participação nos problemas locais e oportunidades sociais;
- b — utilização dos recursos da própria comunidade;
- c — contenção dos custos utilizando o pessoal para-médico.

a — Pensando em contornar os problemas gerados pelo fenômeno da pobreza e marginalidade, cria-se o "sentimento de participação" e as "oportunidades sociais", que vão lhe dar uma nova imagem, pois, modifica aquela concepção que identifica o indivíduo "marginal" como um "desviante" ou um "incapaz", assim caracterizado pela sua própria vontade. A nova política americana quer mostrar ao "pobre" alternativas para modificar essa concepção, propondo um novo tipo de participação nos problemas que atingem diretamente a sua comunidade. Na medida em que esta participação é orientada para problemas específicos, e desvinculada de uma análise mais geral, não passa de uma **ilusão de participação**, servindo, para o indivíduo não contestar a situação desprivilegiada em que se encontra.

b — A proposta de utilização dos recursos da própria comunidade foi criada para solucionar uma situação de impasse, onde a população periférica das grandes cidades e as minorias raciais começam a reivindicar a extensão dos ser-

viços proporcionados pelo Estado. As modificações que, porventura, sejam adotadas não devem jamais interferir nos níveis de rentabilidade do capital privado, investido especificamente no setor saúde. Ao mesmo tempo, essa proposta procura reforçar no indivíduo o sentimento de "auto-ajuda", fornecendo-lhe mais uma alternativa para recuperá-lo da pobreza e da marginalidade. Aqui, também, persiste a **sensação de mudança**, desde que esta prática apenas reforma a estrutura anterior, onde não existia qualquer possibilidade de acesso aos recursos.

c — Ao ser permitido à população a quem se destina o programa, a possibilidade de treinamento em atividades de saúde, cria-se a chance de uma maior participação. Para tornar este fato possível, o governo americano apressa a sua oficialização, o que seria de grande ajuda na contenção de recursos para efetivação do programa. A partir de 1967, a emenda que autoriza o treinamento da população, visa a introduzir inovações na atenção médica à pobreza, valorizando o pobre dentro de sua comunidade. Quanto aos serviços médicos, vão sendo aos poucos oferecidos, quase que exclusivamente pelo pessoal para-médico, não se preocupando em realizar a integração entre estes serviços com aqueles oferecidos em nível secundário e terciário.

Devemos deixar claro que a atenção médica dada de acordo com as propostas de medicina comunitária, é apenas um dos tópicos a ser desenvolvido pelo programa oficial de atenção à população marginal. Junto com ela aparece também a implantação do sistema educacional de base, formação de associações da comunidade, melhoria das condições de habitação, saneamento, transporte etc., o que vem confirmar que a saúde também faz parte deste todo.

Transposto para a América Latina pelas Agências Internacionais, especialmente, por um setor da OPAS, o projeto de Medicina Comunitária se fortalece na década de 70, e resulta em programas de prestação de serviços seguindo o mesmo modelo anterior.

Em vista da crise do setor de saúde por que passamos, o modelo oferecido pela medicina comunitária se constitui numa proposta alternativa.

Reverendo a proposta americana observamos, além do seu caráter paternalista e assistencialista, que o objetivo desejado quando se propõe a participação e utilização de recursos parece ser a melhora do padrão de vida da população marginal, junto com a "ilusão" de integração na estrutura social.

Aqui reside uma das críticas que pode ser

feita ao modelo de Medicina Comunitária, já que o programa não consegue desvincular-se dos problemas locais, isto é, apenas de uma comunidade específica, sem fazer a ligação entre estes problemas enfrentados com aqueles existentes na sociedade mais abrangente. É isto que se extrai quando da proposta de utilização dos próprios recursos para solucionar os problemas criados pela estrutura de poder, e a exploração do sistema em que a comunidade se insere. Os problemas locais só adquirem expressão estrutural quando se ligam aos problemas gerais. Neste sentido, a participação vê-se bastante limitada, pois não se cria possibilidade de participação na esfera das grandes decisões de caráter nacional. Na verdade, o que se cria, é apenas a ilusão de estar participando, quando, efetivamente, se objetiva o controle e a manipulação.

Na realidade, entre nós, o modelo de Medicina Comunitária também se presta à preservação da ordem capitalista. Constitui-se como uma prática alternativa, paralela à organização dominante, repetindo o mesmo mecanismo de acumulação e produção de capital onde o setor privado controla a quase totalidade dos serviços de saúde.

Outro ponto que devemos observar na proposta de Medicina Comunitária é a atuação, quase que exclusiva, do pessoal para-médico, o que leva à prática de uma medicina simplificada, um arremedo de medicina que só serve para iludir a população de estar tendo acesso aos serviços de saúde, uma vez que, quase nunca, garante o acesso aos outros níveis de serviço.

VII — Modelo alternativo de Atenção Primária à Saúde

Esta proposta de modelo alternativo procura levar em conta os diversos aspectos da atual conjuntura do setor saúde, objetivando a defesa dos interesses da grande maioria da população e o combate ao complexo médico-hospitalar, às indústrias de equipamentos e farmacêutica, à medicina de grupo e às alternativas cuja base está na "medicina simplificada".

É uma proposta geral, para ser aplicada em cidades acima de 30.000 habitantes, cujo modelo deve ser adaptado a cada realidade concreta.

É constituído por uma rede de postos localizados na periferia, caracterizado pela execução de ações preventivas e curativas, de nível simples, dirigidas para 3 áreas:

1 — às **pessoas** — imunização, visitas domiciliares, pré-natal, puericultura, complementação alimentar para grupos de maior risco, atendimento de enfermagem, que inclua além

das orientações que dizem respeito à prevenção das doenças, o reconhecimento e atendimento de sintomas e patologias mais frequentes (dores, gripe, bronquite, diarreia, ferimentos simples, piodermite etc.), encaminhamento à consulta médica e consulta médica geral.

2 — **ao meio** — soluções de abastecimento de água e destino dos dejetos a nível domiciliar.

3 — **de apoio** — informação (estatística vital, fatores ambientais e sociais) e colheita de material para exames.

Para um adequado desenvolvimento destas ações serão organizados os programas de atenção médica integral às faixas etárias de maior risco. Com isto, espera-se um acompanhamento periódico e frequente às pessoas sujeitas à maior risco, procurando diminuir e controlar as internações desnecessárias.

No que diz respeito às atividades de diagnóstico e cura temos que definir as patologias a serem tratadas. Para esta definição, precisamos levar em conta a frequência das patologias, as exigências técnicas para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Ou seja: é necessário definir quais atos médicos deverão ser executados na rede de atenção primária. De qualquer forma deve ser nossa preocupação o investimento de maiores recursos diagnósticos na rede, para que se possa efetivamente diagnosticar e realizar o tratamento a nível ambulatorial, limitando assim, as interações desnecessárias.

A delegação de funções ao pessoal paramédico, no sentido de diagnosticar e tratar as patologias mais frequentes, deverá ser desenvolvida. Esta delegação se vê na dependência da normatização de atividades que homogeneizará condutas, facilitará a supervisão e garantirá a boa qualidade das ações desenvolvidas pelo pessoal para-médico. Esta normatização de condutas diagnósticas e terapêuticas poderá ser uma forma de combate, se bem que limitado, aos interesses da indústria farmacêutica e de equipamentos.

Uma característica fundamental dos Postos de Saúde é que eles deverão funcionar como unidades dinâmicas, isto é, que vão até a comunidade. Isto se obterá, tanto através do envolvimento da população com as programações desenvolvidas nos postos, como através de visitas domiciliares. Estas deverão ter a preocupação fundamental com os aspectos de promoção e proteção da saúde, desenvolvendo atividades educativas junto à população.

Finalizando, impõe-se também a necessidade de organizar-se nos postos um trabalho de estatística que possibilite mostrar com dados

concretos o desempenho do serviço e conseguir assim reorientar as verbas, hoje destinadas ao complexo médico-hospitalar, para a rede de atenção primária. E não só isto, mas também modelar através desta "pressão ascendente", resultante do bom funcionamento dos postos de saúde, os níveis secundários e terciários de atenção à saúde.

VIII — Conclusões.

Cabe aos profissionais de saúde que se colocam ao lado dos interesses da grande maioria da população, assumir uma posição de luta.

Lutar por um modelo de serviços de saúde que defenda os interesses dos setores menos favorecidos, procurando ocupar todos os espaços abertos, e neste momento, principalmente, os serviços de atenção primária à saúde.

Isto porém não é o suficiente.

É necessário dar um combate permanente aos interesses das indústrias de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica, em sua maioria de capital estrangeiro, que vêm sugando os recursos da população.

É necessário combater o complexo médico-hospitalar na sua progressiva hipertrofia e na sua medicina especializada, tecnificada e altamente sofisticada, que consome os recursos provenientes do trabalho sofrido de milhões de brasileiros.

É necessário combater a medicina de grupo, medicina do lucro, instrumento repressivo sobre a classe trabalhadora e exploradora do trabalho dos médicos.

É necessário combater a atual política de saúde, principalmente a política do MPAS, através do Inamps.

É necessário combater as propostas inovadoras que pretendem somente enganar a população.

É necessário lutar pela descentralização dos serviços de saúde e por uma realocação dos recursos, de forma a beneficiar a imensa maioria da população.

Mais do que tudo isso, é necessário lutar pelo Direito à Saúde. Isto é, lutar pela melhoria das condições de vida do povo.

Esta luta no setor saúde não pode, de forma alguma estar isolada do processo mais amplo de luta do povo brasileiro por melhores condições de vida. A luta pela democratização do setor saúde faz parte da luta geral pela redemocratização do País, e dela depende.