

Uma experiência de assistência sanitária primária*

Nilton L. Tornero
Darli A. Soares
Lilia B. Magalhães
Paulo R. Gutierrez

Equipe do departamento de Medicina Geral e Saúde Comunitária do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

*Assistência Sanitária Primária: experiência no município de Londrina - PR.

I. INTRODUÇÃO

A longa preocupação da OMS (*Organização Mundial da Saúde*), com o programa de extensão da cobertura sanitária às populações, principalmente rurais e/ou desassistidas, levou-a em fins de 1974, ao conceito de "assistência sanitária primária". Para a própria OMS(5) (1976), esse tipo de assistência é conceituado, basicamente, por certos elementos indispensáveis, ou seja, "aquelas medidas que, sendo simples e eficazes quanto ao custo, técnica e organização, são facilmente acessíveis e permitem melhorar as condições de vida". Logo, para que toda a população seja beneficiada, os recursos existentes devem ser organizados hierarquicamente. Flahault (1) (1976), comentando o conceito acima, diz que a assistência sanitária primária "tem ao menos a vantagem de sugerir, graças ao adjetivo "primária", outros tipos de assistência (secundária, terciária etc.) e o mérito de indicar que se trata somente de um primeiro passo na ação dos serviços sanitários para resolver o problema de saúde com que tropeça um indivíduo ou uma coletividade"

"Aquelas medidas, que, sendo simples e eficazes quanto ao custo, técnica e organização, são facilmente acessíveis e permitem melhores condições de vida"

FLAHAULT

Para este mesmo autor, os órgãos prestadores dessa assistência são as unidades periféricas, que incluem pequenos postos rurais, centros de saúde e hospitais (rurais ou locais). O pessoal de linha, fundamental, precioso, é o auxiliar de saúde. Por outro lado, assistência secundária, terciária, define o conceito de órgão de apoio ou retaguarda. Um órgão terciário (exemplo: Hospital Universitário ou equivalente) serve de apoio a um outro de assistência secundária; este o é, para os de assistência primária. O treinamento do pessoal auxiliar está relacionado com essa hierarquização; confolme explica a OMS (4) (1975): 'A formação recebida permitirá a esses tra-

balhadores (auxiliares) assumirem certas tarefas e funções bem determinadas, dotando-os dos conhecimentos precisos para determinar e compreender as necessidades e os problemas relacionados com a saúde, que excedem a sua competência e que devem remeter a outros serviços (de retaguarda) para a adoção das medidas oportunas".

O médico geral, por sua vez, não é um superespecialista; tampouco é um "médico simplificado". Sua função só pode ser compreendida quando existe hierarquização dos serviços; se tal não ocorre, o médico geral não tem sentido. Scott(6) (1964) apresenta duas características que o distingue de qualquer outro profissional da medicina: 1.) o doente tem acesso livre e direto ao mesmo, e 2.) o médico geral se encarrega da continuidade da assistência. "O paciente do médico geral pode ter", diz Scott, "qualquer doença". O médico geral também necessita de profissionais "secundários, terciários"; o especialista é seu órgão de retaguarda, assim como o Hospital Regional o é para o Hospital Municipal ou local. No entanto, deve estar apto para o controle de um doente que foi por ele mandado ao especialista, teve seu problema controlado e lhe é devolvido.

Este trabalho pretende ser uma síntese do que tem sido a experiência prática de Londrina no campo da assistência sanitária primária, usando o auxiliar de saúde e o médico geral; daí a discussão — sumária — dos conceitos acima.



II. O MUNICÍPIO DE LONDRINA

Recentemente no Brasil, vários são os programas sanitários oficiais que estão sendo organizados hierarquicamente, dando-se ênfase ao emprego de auxiliares, programas estes que se aproximam do conceito de assistência sanitária primária. No entanto todos eles têm como população alvo, aquelas rurais e desassistidas, à margem da concorrência com a medicina privada ou privatizada(8).

O programa de Londrina difere dos oficiais pelas próprias características do município. É ele de médio porte (cerca de 300 mil habitantes em 1977) * que polarizava, segundo *Nakagawara* (3) (1972), 4,5 milhões de pessoas naquela época, constituindo importante centro econômico de vasta região, não só do Paraná como de partes limítrofes de Mato Grosso e São Paulo.

A urbanização é elevada: cerca de 701; a taxa de crescimento também o é, em torno de 6% ao

ano, no período de 1960-70, com nítida predominância do crescimento da zona urbana.

O setor terciário contribuiu, em 1975**, com 55% da renda municipal; o secundário com 32% e o primário com 13%.

Reunindo tais características é natural que haja concentração de recursos no município, e, entre estes, os sanitários. Logo, a medicina privada ou de grupo tem grande interesse não só no município como também em toda região.

A análise do programa de Londrina, que visa atualmente dar assistência sanitária primária à população, gratuita, com valorização do trabalho do auxiliar de saúde, do médico geral, da enfermeira de saúde pública — da equipe sanitária em geral — do atendimento ambulatorial, em contraste ao especialista e ao atendimento hospitalar, não pode ser feita sem levar-se em conta as características do município e da região, fatores determinantes da experiência quando se pensa em sua expansão.

III. HISTÓRICO

Embora atualmente a prestação de serviços pelas unidades esteja identificada com o conceito de assistência sanitária primária, esta orientação é recente. As razões pelas quais as unidades foram criadas obedeceram outros objetivos.

O que se segue constitui uma síntese de informações já divulgadas(2,8).

O objetivo que norteou a criação da primeira unidade (Vila da Fraternidade, na zona urbana, em 1970) era o ensino médico: procurava-se, nas ações sanitárias, a integração curativo-preventiva, atentando-se para o conceito de medicina integral. Constituiu, de certa forma, uma reação às unidades sofisticadas que algumas Escolas de Medicina preconizavam na época, pois tal unidade era periférica, pouco complexa e pretendia-se operá-la a baixo custo.

À época da criação das outras duas unidades — Jardim do Sol, na zona urbana e Paiquerê, na zona rural, em 1972 — o objetivo já deixara de ser, primeiramente, o ensino médico. Passou-se a destacar: 1) o *desenvolvimento de um modelo reproduzível, com*

* Informação colhida na agência local da FIBGB, 1977.

** Informação colhida na Secretaria de Planejamento da Prefeitura de Londrina, 1976.

unidades que tivessem as características citadas em relação à unidade já existente; 2) o treinamento de pessoal do setor saúde, incluindo, além dos acadêmicos de medicina e enfermagem, os auxiliares de saúde (atendentes) e 3) integração, para criação de novas unidades, de recursos provenientes de vários órgãos: Prefeitura Municipal, Secretaria de Estado da Saúde, Associação de Senhoras Rotarianas e a Universidade Estadual de Londrina. Os auxiliares de saúde (atendentes), por essa época, realizavam as suas atividades clássicas; no entanto, eram polivalentes.

Posteriormente, em estudos críticos da dinâmica funcional das unidades, observou-se que o médico passava grande parte de seu tempo atendendo situações simples como: pré-natal, puericultura, diagnosticando e tratando verminose, escabiose, gripe, gastroenterocolite. Devido a alta frequência de tais condições na população, pacientes com outras patologias, mais complexas, tinham dificuldade

em serem atendidos devido à grande demanda por aquelas causas. Surgiu em consequência, a idéia de delegar essas patologias simples, não complicadas, aos auxiliares que, após treinamento, aprenderam a diagnosticá-las e tratá-las, sob supervisão, e usando medicamentos padronizados.

Ao mesmo tempo a experiência prática e o estudo de modelos de outros países deixou claro a função dessas unidades dentro de um sistema hierarquizado de prestação de serviços, chamando a atenção para o papel fundamental dos órgãos de retaguarda, do médico geral, da supervisão, características essas que definem a assistência sanitária primária. É necessário ressaltar que neste conceito está implícito, conforme acentua Flahault, já citado, que às funções do auxiliar de saúde deve ser acrescido o diagnóstico e tratamento de patologias simples. Logo, auxiliar de saúde, trabalhando em programas de assistência sanitária primária, tem que diagnosticar e tratar

patologias simples prevalentes em sua área de atuação.

Dos órgãos convenientes, Prefeitura, Secretaria Estadual de Saúde e Universidade unem-se para a manutenção e funcionamento da unidade da Vila da Fraternidade; Prefeitura, Associação das Senhoras Rotarianas e Universidade na do Jardim do Sol e Universidade e Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC) em Paiquerê (zona rural).

Não houve planejamento para a instalação dessas três unidades. Usou-se facilidades já existentes: um prédio pertencente à Prefeitura na Vila da Fraternidade; parte das dependências de uma creche pertencente à Associação das Senhoras Rotarianas no Jardim do Sol e o prédio de uma ex-agência bancária doado à Universidade em Paiquerê.

IV. ÁREA DE ATUAÇÃO, PESSOAL E ATIVIDADES

A área de atuação de cada Unidade é delimitada, e o aten-



dimento é prestado a todos os moradores da área, não importando serem ou não previdenciários.

A população da área de atendimento da Unidade rural é estimada em 7.000 habitantes. Atualmente estima-se em 14.000 habitantes, a população atendida em cada unidade da zona urbana.

O quadro de pessoal não universitário nas unidades é o seguinte: Jardim do Sol e Vila Fraternidade: 4 atendentes e 1 servente em cada Unidade e três atendentes e um servente em Paiquerê.

O pessoal de nível Universitário (3 médicos, 2 enfermeiros e 2 farmacêuticas-bioquímicas) é docente, contratado em tempo integral que, além das atividades nas unidades, tem sob sua responsabilidade toda a carga didática, administrativa e de pesquisa do setor de Saúde Coletiva da Universidade.

As atividades desenvolvidas nas Unidades são as seguintes: curativo, aplicação de injeções, vacinação (Sabin, Tríplice, Súplice, anti-Tetânica, anti-Variólica, BCG-ID e anti-Sarampo), atendimento de enfermagem, atendimento médico e visita domiciliar.

O atendimento de enfermagem inclui: a) orientação e controle de pré-natal, puericultura e hipertensão arterial e, b) diagnóstico e tratamento de verminose, piodermite, escabiose infectada ou não, diarreia, obstipação, intertrigo, dermatites seborréica e amoniacal, granuloma umbelical e gripe.

Estes atendimentos são realizados por auxiliares de acordo com normas e rotinas padronizadas constantes do Manual das Unidades (2) e supervisionados por enfermeiras de saúde pública. Esta supervisão é contínua, mas não em tempo integral.

O atendimento médico, realizado por médico geral em dois períodos semanais, constitui-se em um segundo nível de atendimento perfeitamente integrado com o anterior (atendimento de enfermagem). Os

casos atendidos são os encaminhados pelos auxiliares, que o fazem quando:

a) se tratar de casos que fogem de suas atividades delegadas; b) apesar de serem casos incluídos nas atividades delegadas, surge qualquer dúvida no diagnóstico, tratamento ou evolução; c) fizer parte de rotinas estabelecidas em programas específicos (pré-natal e controle de hipertensão arterial) d) se tratar de casos cujo retorno foi solicitado pelo próprio médico em consulta anterior.

A visita domiciliar é realizada, pelo auxiliar, prioritariamente para:

a) recém-nascido e puérpera nos primeiros 15 dias após o parto e, b) casos que não compareceram para a continuidade de vacinação, puericultura, pré-natal e controle de hipertensão arterial.

Programas específicos

O programa de atenção à gestante prevê atendimentos mensais, de acordo com a seguinte rotina:

a) inscrição no programa: feita pelo auxiliar, que deve sempre que necessário, confirmar laboratorialmente a gravidez e, b) atendimento médico de rotina: feito após conhecidos os resultados dos exames laboratoriais (tipagem sanguínea e reação sorológica para lues), que são solicitados pelos auxiliares. Nesta consulta o médico deve especificar, para cada caso, se o seguimento pode ser feito pelo auxiliar (gestações sem intercorrências ou de baixo risco — a imensa maioria) ou se os retornos devem ser para o próprio médico (intercorrências ou gravidez de maior risco). Este atendimento médico é feito também após completar o 8.º mês de gestação.

O programa de puericultura prevê atendimentos mensais realizados por auxiliar; o atendimento médico só é feito quando encaminhado pelo auxiliar.

Na rotina do programa de controle de hipertensão arterial, inicialmente, os atendimentos

são realizados por médico, para diagnóstico e estabelecimento do esquema terapêutico adequado. Tendo o mesmo conseguido controlar a hipertensão deve encaminhar o caso para controle mensal a ser feito pelo auxiliar. Para tanto deve especificar, para cada caso, o nível tensional que se pretende manter e o esquema terapêutico usado. Nos retornos subsequentes, o auxiliar deve proceder a medida da pressão arterial e, estando esta dentro dos limites assinalados, enfatizar ao paciente a importância de manter o tratamento; estando a pressão arterial fora dos limites assinalados ou frente a qualquer anormalidade (por exemplo: intolerância à drogas) o mesmo deve ser reencaminhado à consulta médica. Mesmo compensado, o paciente é reavaliado pelo médico a cada três meses.

Os órgãos de retaguarda principais, no município, são o Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, pertencente à Universidade e o I.N.P.S.; tanto o médico como o auxiliar encaminham pacientes. Os últimos o fazem quando atendem casos de urgência na ausência do médico; este, por sua vez, encaminha os pacientes cuja elucidação diagnóstica ou terapêutica avança além das funções do médico geral, anteriormente descritas.

É útil ressaltar que todos os auxiliares são de formação primária, com curto período de treinamento; têm como características importante a polivalência. Tendo em vista o tamanho da população atendida, gerando uma demanda por programas específicos não muito acentuada, todos os auxiliares executam as atividades no decorrer do dia.

V. AVALIAÇÃO

A figura 1 apresenta um "fluxograma" dos atendimentos realizados nas unidades em 1976. Alguns dados merecem destaque: a) 93,7% dos atendimentos foram resolvidos ou controlados nas próprias unidades; destes, 79,6% foram pelo auxiliar; b) o auxiliar

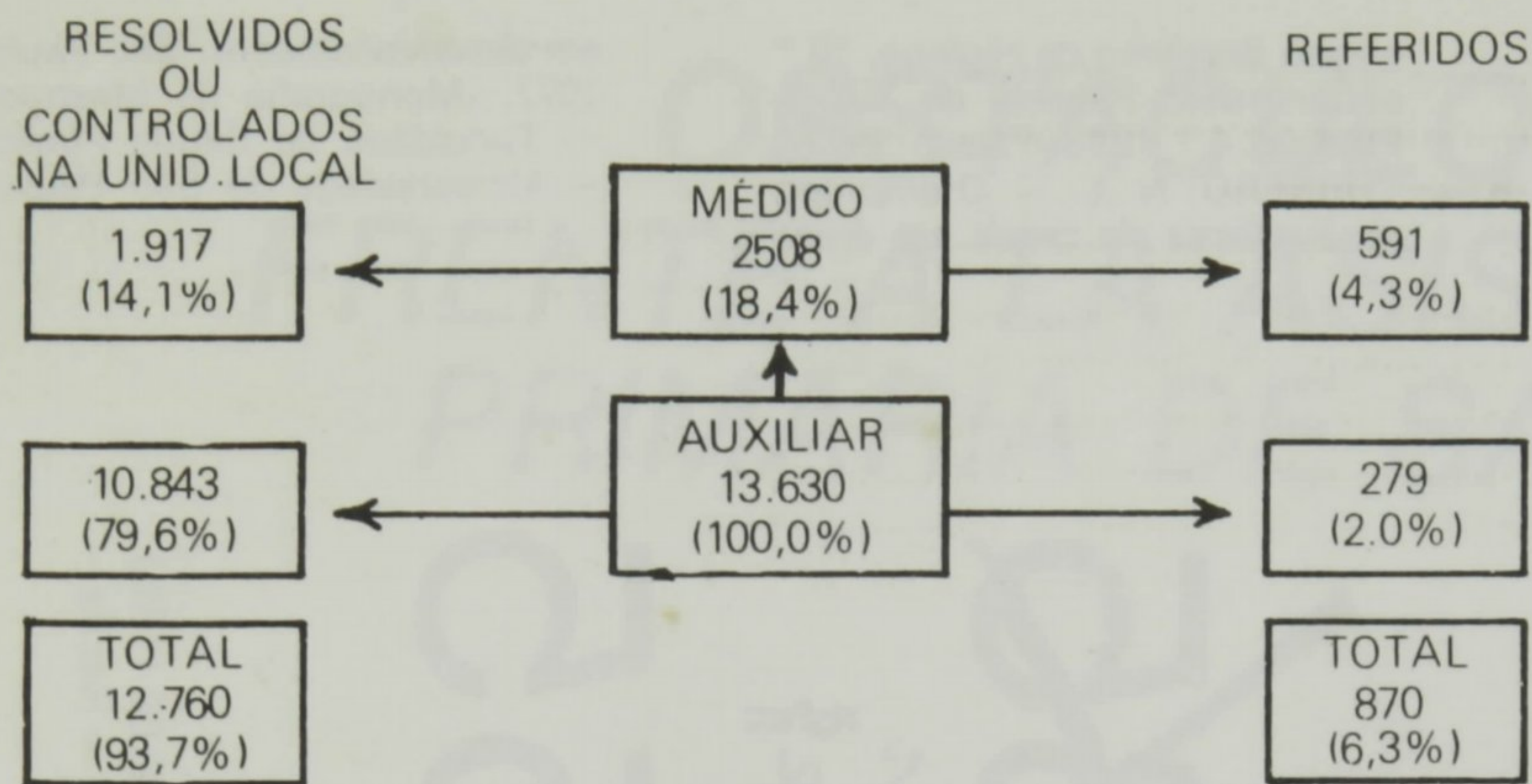


FIGURA 1 – ATENDIMENTOS REALIZADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE EM 1976: "DESTINO" DOS PACIENTES.

efetuou 81,6% desses atendimentos, tomando as medidas adequadas para a solução do problema, sem necessidade de encaminhá-lo ao médico; c) o auxiliar triou 18,4% dos atendimentos ao médico; d) a porcentagem total de encaminhamentos foi de 6,3% sendo

maior nos casos atendidos pelo médico, pois os pacientes que recebe já sofreram triagem prévia.

O desempenho do auxiliar em relação à população alvo considerada por classes (tabela 1), prevalece nos grupos materno-infantis.

TABELA 1 – ATENDIMENTOS REALIZADOS POR AUXILIAR E POR MÉDICO NAS UNIDADES DE SAÚDE EM 1.976

	AT. POR AUXILIAR		AT. POR MÉDICO		TOTAL N.º
	N.º	%	N.º	%	
GESTANTE	760	(72,5)	289	(27,5)	1.049
LACTANTE	182	(85,5)	31	(14,5)	213
INFANTE	4.235	(94,4)	250	(5,6)	4.485
PRÉ-ESCOLAR	2.095	(86,5)	328	(13,5)	2.423
ESCOLAR	763	(81,3)	176	(18,7)	939
ADULTO	3.087	(68,3)	1.434	(31,7)	4.521
TOTAL	11.122	(81,6)	2.508	(18,4)	13.630

Comparando-se os atendimentos por auxiliar e por médico, nas diferentes classes, o maior desempenho dos primeiros está no grupo dos infantes: realizaram 94,4% dos atendimentos, contra 5,6% por médicos.

A concentração de atendimentos no grupo das gestantes e infantes é considerada alta: 5,5 e 7,6 consultas, respectivamente.

O seguimento do calendário das imunizações (primo-vacinações), em relação às vacinas Sabin, Tríplice e anti-tetânica (para gestantes, somente), demonstrou que 82% da população inicial completou as três doses da vacinação anti-poliomielítica e 71% da tríplice. O fato de 78% das gestantes terem completado duas doses da vacina anti-tetânica pode ser considerado satisfatório, visto

ser amplamente aceito que essas doses são suficientes para conferir imunidade.

VI. O ENSINO

Em todas as unidades, acadêmicos de medicina estagiam regularmente, durante 15 períodos de 4 h, com uma frequência de dois períodos semanais. Pertencem geralmente ao 7.º ou 8.º período (4.º ano) do curso, exercendo as funções de médico geral, atendendo todos os pacientes e recebendo supervisão docente contínua. Todos os casos atendidos, quer novos ou retornos, são discutidos com o docente. Na unidade da Vila da Fraternidade e de Paiquerê existem quatro consultórios e três na do Jardim do Sol; estagiam dois alunos por

consultório. O número médio de consultas é 4-5 por consultório/período. Além dos aspectos técnicos relacionados ao atendimento (anamnese, exame físico, diagnóstico, conduta) o docente discute, sempre que possível, as funções da unidade, dentro do conceito de assistência sanitária primária, realçando o trabalho do auxiliar, da função dos órgãos de retaguarda, entre outros.

Estagiam também, nas unidades, acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade, os quais recebem treinamento de saúde pública igualmente supervisionado, executando as atividades específicas deste setor. A duração do estágio é de 90 horas divididos em 23 períodos de horas diárias.

Na unidade de Paiquerê, por força do convênio com o CRUTAC, estagiam outros alunos dos cursos da área da saúde: os de farmácia e bioquímica e os de odontologia. Os primeiros são treinados na realização de exames laboratoriais solicitados com maior frequência na unidade, (exemplos: parasitológico de fezes, bacterioscópico de secreção vaginal, urina I), os quais são feitos em laboratórios existentes nesta unidade. Os alunos (8.º período do curso) estagiam duas vezes por semana (8h), durante 10 períodos. Recebem supervisão docente direta.

O estágio de odontologia está em fase de reestruturação; em consequência, a presença de estagiários desta área não tem sido constante.

Além do treinamento desses alunos de nível superior, as unidades têm servido como campo de estágio para auxiliares de saúde (nível primário) pertencentes a outras entidades, tanto de Londrina como de municípios vizinhos.

VII. CONCLUSÕES

A experiência de Londrina, com o programa de assistência sanitária primária em três unidades de saúde tem procurado valorizar a atuação do auxiliar de

saúde polivalente, ao qual se tem delegado, sob supervisão, o diagnóstico e tratamento de várias limitações, relacionadas à prevalência na área de trabalho. Tem valorizado igualmente, o desempenho do médico geral e da enfermeira de saúde pública, esta última na supervisão das atividades dos auxiliares de saúde.

Ainda que a experiência tenha várias limitações, relacionadas à própria dinâmica e interesses do sistema prestador de assistência no município, tecnicamente pelo menos tem se mostrado viável. Isto não significa, em absoluto, que o modelo possa ser usado — apenas por si — para melhorar o nível de saúde das populações. Sabe-se que, e apesar de sempre repetido é esquecido, a melhoria do nível de saúde não depende somente de ações técnicas, mas sim de outras, a maioria das quais extravasam ao setor saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


- 1 — FLAHAULT, D. — *Un equipe integrado y funcional para la asistencia primaria de salud*. Crón. OMS, 30: 481-5, 1976
- 2 — ITO, A. M. Y., et al. — *Regionalização dos serviços de saúde: Manual de Organização e Funcionamento* de três Unidades periféricas integradas de saúde no município de Londrina, Paraná. (Apresentado na Conferência Panamericana de Educação Médica, 6.º e Congresso Brasileiro de Educação Médica, 14.º, Rio de Janeiro, 1976) Mimeografado.
- 3 — NAKAGAWARA, Y. — *As funções regionais de Londrina e sua área de influência*. São Paulo, 1972. (Tese de Doutorado — Faculdade de Geografia — USP).
- 4 — ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD — *Asemblea Mundial de la Salud, 28a*. Ginebra, 1975. (Actas Oficiais, 226) 115.
- 5 — — *Actividades de la OMS em 1975*. Ginebra, 1976. «Actas Oficiais, 229). 4.
- 6 — SCOTT, R. — *Las funciones del medico en la colectividade* in Organización Mundial de la Salud. *La preparación para el ejercicio della medicina generale*. Ginebra, 1965. Cuadernos de Salud Publica, 20-9-22.
- 7 — SOARES, D. A. et al. — *Prática de assistência médico-sanitária em três unidades sanitárias em Londrina*. (Apresentado no Con-

gresso Brasileiro de Higiene, 19.º e Congresso Paulista de Saúde Pública, 1.º, São Paulo, 1977).


8 — TORNERO, N. L. — *O emprego de auxiliares de saúde em áreas*

em desenvolvimento. São Paulo, 1977. (Monografia de Mestrado — Faculdade de Saúde Pública — Universidade de São Paulo).

arte popular e dominação
O caso de Pernambuco-1961/77
com MARCELO ABREU, RICARDO DE ALMEIDA



cadernos do nordeste 2



O PODER DE FREI DAMIANO

+

=

cadernos do nordeste 1

NORDESTE TRUSTES & CARTÉIS <small>(Quatro histórias exemplares)</small>
Delmiro Gouveia e a Machine Corton
Agamenon Magalhães e a Lei Antitruste
O caso da Fosforita Olinda e a Phillips Petroleum
Herberto Ramos e a Fiat-Allis Chalmers

cadernos do nordeste 1

EDITORA ALTERNATIVA LTDA.

cadernos do nordeste 2

Cr\$ ~~100~~ por CR\$ **155**

Os "Cadernos do Nordeste" têm por objetivo abordar temas e questões que venham a contribuir para o estudo da realidade nordestina. Já saíram os dois primeiros números. 44 pgs assinatura de quatro números Cr\$ 100,00.

Um lançamento ALTERNATIVA

"Arte Popular e Dominação: O Caso de Pernambuco (1961-1977)" Abre um amplo debate sobre o que se fez com a arte popular em Pernambuco: do Movimento de Cultura Popular, durante a administração Miguel Arraes, até o Movimento Armorial, nos dias de hoje. 108 pgs. Cr\$ 85,00.

Fazendo uma assinatura dos "Cadernos do Nordeste" mais o livro "Arte Popular e Dominação" você tem um desconto de Cr\$ 30,00 (16%). Peça diretamente a editora, enviando cheque ou vale postal a favor da Editora Alternativa Ltda. — Caixa Postal 1.539 — 50.000 — Recife —