

Transcrição

Vídeo: A Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19
(<https://www.youtube.com/watch?v=v3-nCjpx3vU>)

[00:00:00]

[Mulher 1: Ana Luiza Viana]

Um ciclo de esclarecimentos, de aprofundamento e de aprendizado mútuo entre todos nós que lutamos e temos lutado bastante por uma política de saúde universal e igualitária. Neste país que atravessa momentos dramáticos de sua história - de sua história sanitária, política, social e econômica - não posso dizer que estou feliz, nem absolutamente contente com a situação que vivemos. Mas posso afirmar que estou feliz por ter conseguido levar, junto com meus colegas pesquisadores da plataforma Região e Redes, desde 2013, uma série de conhecimentos e aprendizados sobre a política de saúde no Brasil. Este ciclo, propiciado pela plataforma Região e Redes, da qual coordeno e venho trabalhando há bastante tempo, juntamente com Davi, a professora Ailene, a professora Lígia Giovanella e outros inúmeros pesquisadores no Brasil, em diferentes estados e regiões, abarcando diversas dimensões da nossa política de saúde pública. Abrimos, então, esse ciclo de debates com a palestra da professora Lígia Giovanella e da professora Aylene Bousquat sobre a atenção primária à saúde no Brasil, passado, presente e futuro.

Este ciclo, composto por oito sessões, inicia-se hoje com atenção primária e se desenvolverá todas as segundas-feiras no mesmo horário, abordando questões como qualidade do cuidado, profissionais de saúde, financiamento do SUS, redes e regionalização, estados de bem-estar social, e uma palestra sobre os traumas coletivos implicados pela Covid, pelos sistemas de epidemia da Covid no país. Assim, vamos abrir nosso primeiro ciclo, nossa primeira sessão, com a fala da professora Aylene. Ela é doutora e médica formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, com mestrado e doutorado pelo departamento de preventiva da Faculdade de Medicina da USP. É professora da Faculdade de Saúde Pública da USP e coordena a área das comissões de pós-graduação, tanto da faculdade como da ABRASCO. É uma incansável lutadora e pesquisadora nessa área, que nos anos recentes trouxe inúmeros trabalhos, artigos e pesquisas muito importantes. Muitos de vocês, inclusive, já tiveram a oportunidade de ouvi-la.

A professora Lígia Giovanella quase dispensa apresentações. Giovanella é médica, também doutora, com uma tese importante sobre o sistema de saúde alemão, e é uma das coordenadoras da rede de pesquisa de atenção primária, uma parceria entre a ABRASCO e o COPAS. É professora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz. Creio que seja uma das pessoas mais importantes, nacional e internacionalmente, na área da atenção primária. É uma satisfação imensa e uma honra poder ouvi-la. Com a palavra, então, a professora Aylene. Você terá de 25 a 30 minutos. Depois, vamos ouvir a professora Lígia Giovanella. Muito obrigada a todos, e que tenhamos uma excelente tarde!

[00:04:42]

[Mulher 2: Aylene]

Boa tarde. Só um minutinho para a gente compartilhar a tela. Só um minutinho que a tecnologia... aqui está... pronto, tá ok? Eu queria dar boa tarde a todos e dizer que é uma honra abrir, junto com a Lígia, essa nova atividade do Região e Redes e agradecer muito à Anna, não só pelo convite, mas por toda essa parceria na vida acadêmica e na vida pessoal nesses anos todos. Como você disse, a gente tá feliz de estar aqui dividindo com vocês e com todas as pessoas que estão nos ouvindo agora à tarde.

Agora, assim, se a gente vai discutir pensando no valor do SUS, do nosso sistema de saúde universal, e discutir atenção primária à saúde presente e futuro, é até difícil hoje em dia a gente pensar em futuro. Então, eu acho que, quando eu comecei a pensar um pouco nessa apresentação, eu tive um pouco de dor no coração, que eu acho que a dor que todos nós passamos hoje, como que a gente pode discutir presente, discutir futuro com 300.000 mortes, com essa dor, com essa política que não anda ou que anda em uma perspectiva de uma necropolítica. E aí, nesses vai e vem que a gente, como pesquisador, como profissional de saúde, como cidadão, que a gente tem, eu lembrei de uma frase de um texto do Cigres. Para quem não conhece, o Cigres é o maior historiador da saúde e ele escreveu em 1943, quer dizer, no meio da Segunda Guerra, e ele fala assim: "Parece fútil escrever sobre civilização no momento preciso em que a civilização parece estar em ruínas". Então, fica até às vezes a gente sente difícil falar sobre a saúde, sobre possibilidades de organização, possibilidade de enfrentamento, quando a gente está nesse momento das 300 mil mortes e que o Brasil responde por 25 por cento das mortes de Covid no mundo.

Mas ao mesmo tempo que a gente pode pensar desse jeito, a gente também tem que pensar, e o Cigres continua com isso, eu vou depois de voltar, que a gente tem uma certa obrigação. Apesar dos momentos que a gente tá mais triste, dos momentos que a gente tá mais animado, que a gente quer enfrentar, a gente tem uma obrigação, obrigação para a sociedade como pesquisadores, de estar respondendo, de tá pensando e de tá aceitando o desafio de pensar no SUS e todos nesse caso atenção primária e todos os outros que a gente vai ter nos nossos seminários, nesse cenário da pandemia, nesse cenário da Covid.

Então, a gente tem essa obrigação e eu gostaria de que a gente tentasse entrar na linha que a gente tem para ver. Então, o que que eu pensei para nossa conversa de hoje, é um pouco rapidamente o que é atenção primária, para situar. Afinal de contas, é um conceito polissêmico, é sempre bom a gente falar assim, estamos falando disso, pensar um pouco atenção primária em cenário de pandemia antes mesmo do Covid, o que a gente já tinha acumulado em relação a isso, o que se tinha pensado em relação mais no cenário internacional, depois caminhar para realmente atenção primária no enfrentamento da Covid-19, e aí chegar na nossa grande discussão que eu acho que a reflexão que a gente vai um pouquinho no passado, no presente, e a gente pensa no futuro que seriam os limites da atenção primária à saúde e o futuro do SUS.

Quando a gente fala de atenção primária à saúde, a gente tá trabalhando na verdade com que, a gente trouxe essa definição tradicionalíssima da Barbara Starfield, o que que a gente está falando, estamos falando do Luca, do locos, que provém o primeiro contato que é focado não no doente, na doença, mas no indivíduo é continuado ao longo do tempo, então tá sempre ao longo do tempo, corresponde às necessidades de saúde das pessoas, em diferentes momentos da vida e no diferente momento da sociedade e que você encaminha, você faz a referência só naqueles casos mais incomuns que extrapola a competência e quando você encaminha e você deveria estar continuando, responsável pela navegação daquele usuário dentro do sistema, essa definição ela é muito desenhada para os países europeus, mas eu acho que falar do Brasil a gente não pode deixar de falar, isso também tem sido colocado por diversos pesquisadores e a própria Bárbara, de questões que são muito importantes em relação à Atenção primária, que é um ganho nosso, é a dimensão familiar e a integração com a comunidade. Então, você tem essa relação com as comunidades e um cenário de prática que seja culturalmente apropriado. Então, nesse sentido, a gente costuma dizer que você tem vários modelos. Quando você fala atenção primária à saúde, você pode ter quatro coisas sendo faladas. A primeira, que a gente não trabalha, que a gente só estuda a vida inteira para combater, seria uma atenção primária seletiva, aquela atenção primária desenhada em uma atenção ruim, que é pobre, para pessoas pobres, que está longe da questão do direito. A outra seria o primeiro nível de atenção, então você estaria entrando no sistema de saúde, e a atenção primária é o primeiro nível de atenção de um sistema que tem diversas complexidades de acordo com as necessidades da pessoa.

Essa questão do primeiro nível de atenção, ela é central, ela constitui muitos dos modelos, dos sistemas de saúde e da atenção primária em vários países europeus, mas recentemente, falando aqui de algumas décadas, você começa a trabalhar com a questão da atenção primária abrangente integral, trabalha não só em relação ao atendimento individual, mas nas questões coletivas, tentando modificar o processo de adoecimento das pessoas, da população, contribuindo e trabalhando na questão do processo de adoecimento, entendendo ele como determinado socialmente. E essas duas não são excludentes da última, que é o que a gente costuma trabalhar e que a gente sempre tenta olhar como um norte, que é entender a atenção primária como um sistema de saúde organizado pela atenção primária, com atenção primária como protagonista, como centro, como cor desse sistema. Ela caminha para a abordagem da saúde dos Direitos Humanos, da Saúde como um direito humano.

Então, ela não exclui, nem ter o primeiro nível, nem ser abrangente, integral, mas a gente pensar que isso é fundamental para garantir a saúde como direito humano e essa perspectiva que a gente tem que olhar o tempo todo. Então, eu acho que quando a gente pensa, ainda agora para nossa atenção primária, as pandemias e a Covid, a gente pode ter uma constatação anterior prévia e três perguntas que são fundamentais de serem feitas. Primeira, existe uma farta literatura internacional no Brasil, a gente não precisa entrar em detalhes aqui, que conclui que sistemas de saúde estruturados a partir da atenção primária, atenção primária forte, robusta, leva a bons resultados de sistemas de saúde. O

dinheiro aplicado é melhor, ele leva a melhores resultados. Então, esse é o cenário, mas a gente não precisa entrar, isso é uma constatação e aí vem três perguntas né, que atributos a gente esperaria da atenção primária à frente de eventos epidêmicos? Até pensando aquelas coisas da definição que a gente colocou, três slides antes.

Quais foram as principais ações implementadas pelos serviços, pelos milhares, milhões de trabalhadores profissionais de saúde da PS no Brasil e no mundo e aí tem uma pergunta, ainda muito provisória mas que não quer calar, esses sistemas para atenção primária à saúde forte tiveram melhores respostas, ou não tiveram melhores respostas? Claro que essas perguntas, elas todas são um tanto quanto provisórias as respostas, no sentido dos tempos que nós temos da ciência e da pandemia atualmente, que a pandemia impõe para ciência nos dias de hoje, porque a ciência tem um tempo lento, então de pensar, refletir e pensar, voltar, questionar o que foi achado e hoje a gente não vive isso, todo esse processo de pensar, repensar, questionar ele está sendo dividido com a população, para a sociedade praticamente em tempo real, que é uma questão bastante nova.

Então, aqui olha uma coisa interessante, a gente pensar o que que a gente já poderia ter aprendido com a pandemia de H1N1, o Patel em 2008 ele fez uma proposta.

Desculpe não ter passado para o português, mas você sabe que o tempo para a gente conseguir fazer toda a tradução é complicado. Ele vai colocar que a atenção primária deveria ter e poderia aprender dali em diante atuar nessas dimensões quando tivessem processos de pandemia, porque também já era claro que era uma questão que teríamos que enfrentar uma pandemia, mas quando enfrentávamos uma pandemia, isso já era bastante conhecido pelos pesquisadores. Então ele vai colocando que nos serviços clínicos, ou seja, na atenção individual, então você ter uma demanda, organizar a demanda para os pacientes com sintomas respiratórios, garantir a ida para os demais níveis, uma questão que era muito importante e isso é uma questão muito mais dramática para os países europeus, que é a questão da relação com serviços de atenção, que eles chamam de saúde pública, que seria essa dimensão da vigilância, desse enfoque comunitário. Como você faria a vigilância desse paciente com infecção respiratória e como você faria o controle das medidas? E depois várias questões dentro da própria unidade de saúde, para você diminuir o espalhamento da influenza, como é que você organizaria o ambiente para não ter comunicação das pessoas saudáveis e as pessoas não saudáveis e como você organizaria o sistema como um todo para responder e garantir o funcionamento da atenção primária mesmo no cenário da pandemia.

Se a gente for ver, é quase uma receita de bolo de coisas adaptadas que deveríamos ter feito e continuaremos fazendo para a Covid e a mesma questão aqui já colocada no trabalho mais recente de 2020, pensando naquele mesmo Framework para a Covid. E aí uma das coisas importantes seria a diminuição de risco de contágio, uma série de coisas e a questão do sistema de saúde da integração da atenção primária com os outros sistemas, com os outros pontos do sistema, hospitais etc, e como isso deveria estar extremamente desenvolvido, incluindo esta questão com a questão da vigilância. Então a gente vê assim,

a gente já podia ter aprendido mais pela outra com pandemia e já podíamos estar incluindo vários dessas questões em vários cenários, não mundialmente falando, mas o que aconteceu, a gente pode dizer que poucos países estavam realmente preparados, alguns aprenderam com os cenários anteriores e tiveram melhora de respostas, que era o caso da Cingapura, Coréia, Hong Kong e o que eles aprenderam e incorporaram aquilo no cotidiano dos serviços, então já estavam prontos, e outros que tinham planos para pandemia já estabelecidos que incluíram a atuação da atenção primária também como forte componente de vigilância, que foi o caso da Austrália e da Nova Zelândia. Então não era só uma casa, ele já tinha planos, implementaram rapidamente esses planos, bem definidos, quanto o evento da pandemia, o que explica uma parte dos resultados positivos desses países e agora se a gente for pensar no conjunto praticamente do planeta isso não aconteceu, as respostas foram bastante desiguais em todos os lugares e os indicadores são em vários países bastante preocupantes, muito ruim.

Então vamos pensar um pouquinho qual foi a resposta agora da APS e a Covid. Então o que eu vou trazer aqui um pouco para gente falar, vou falar um pouquinho do Brasil, algumas questões mundiais para a gente fazer esse bate bola. Mundialmente a gente tem uma literatura crescente que trabalha, que tem colocado várias questões sobre a importância da atenção primária. No primeiro momento, ela coloca que na primeira onda da pandemia em vários países, ninguém sabia o que fazer com a atenção primária, é um foco muito grande para as UTIs, para os respiradores, os leitos, para os hospitais, que é claro que tinham que ser mantidos. Mais uma das questões centrais para diminuir o espriamento da pandemia seria a atuação de vigilância, e os serviços de atenção primária seriam fundamentais nesse processo, devidamente articulados.

No Brasil, temos um cenário que foi feito em maio do ano passado, uma pesquisa coordenada por mim, Lígia, e outros professores da Federal de Pelotas e da Federal da Bahia, pela rede APS, uma pesquisa da abraço. Foi o "Desafios da Atenção Básica no Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no SUS", um diagnóstico realizado em junho do ano passado. Vou dialogar um pouco com esses dois resultados para falar da nossa pesquisa.

Para quem não conhece, tivemos quase 2.600 participantes de todos os estados, mais de mil municípios, abrangendo 18% dos municípios brasileiros e 58% da população. Mesmo sendo um desafio, conseguimos ter um retrato, um diagnóstico do que acontecia no país naquele momento. Os eixos de atuação que trabalhamos na pesquisa dialogam bastante com as questões que mencionei antes, em relação a como a atenção primária deveria estar atuando no cenário de pandemia em geral e, particularmente, da Covid. Isso inclui a questão da vigilância, dos cuidados com usuários com a Covid-19, a continuidade do cuidado, e a parte de apoio social, que não estava colocada nos outros.

O que podemos dizer que aconteceu com a atenção primária? Este é um estudo mundial que mostra um grande impacto, um complexo impacto na atenção primária com o aumento da demanda, especificamente a demanda dos assintomáticos respiratórios. No

entanto, na maior parte dos lugares, o que aconteceu foi que os formuladores de política não instruíram os trabalhadores da saúde sobre como deveriam tratar essa mudança de cenário. As coisas foram muitas vezes realizadas localmente, não em todos os países, mas em vários.

Uma coisa comum foi o problema de fluxo de informação, como essas informações iam e vinham, até mesmo para contatar contatos de pacientes, de usuários com Covid. Outra questão importantíssima foi a redução na abrangência e longitudinalidade dos serviços. Então, podemos dizer que a atenção primária à saúde continua sendo central na organização da resposta à pandemia, mostrando uma resiliência, uma capacidade de adaptação e mudança de atuação impressionantes. Embora, nessa primeira fase, a falta de coordenação seja crônica, agora quase todos os estudos reconhecem que é necessário mais recursos, mais equipamentos, incluindo equipamentos de proteção, treinamento e financiamento suficiente para enfrentar esse desafio. Outro ponto notado é o aumento do escopo de práticas dentro da atenção primária, o que terá impacto no futuro SUS, mudou, né?

Então, você começou a ter pacientes com grau de complexidade que você tem que dar respostas rápidas, coisas que você não tinha no cenário anterior, não só no Brasil como em qualquer lugar, em vários lugares. No Brasil, a gente identifica todas essas questões também. Só que aí você soma uma falta brutal que a gente teve de EPIs no começo, uma falta importante de definição, a mesma falta de estrutura médica, muita falta de estrutura de internet, de celulares. A gente não tinha estrutura nas unidades para estar trabalhando, mas é um cenário parecido.

Outra coisa que é uma tônica no mundo e no Brasil foi a criatividade dos nossos Profissionais de Saúde. Eles começaram rapidamente e se adaptaram em tempo recorde e levaram em iniciativas com o uso de telefone e internet. E no Brasil, isso aqui é um dado da nossa pesquisa que eu acho impressionante e se mantém, e embora o celular ele passou a ser usado para comunicação com os pacientes em toda atenção primária, mas note bem, esse celular muitas vezes não é oferecido pelos serviços. Os profissionais usam sua internet, usam seu pacote de dados para conseguir garantir um atendimento adequado, remoto, acompanhamento remoto para os usuários.

Outra questão também que foi comum a separação de fluxo. Então, você teve que, no Brasil, isso é complicado porque a gente tem unidades muito pequenas, então nesse sentido fizemos várias. No Brasil também teve impressionante a questão da separação de fluxo, com dois meses de pandemia a gente já tava com 37 por cento dos usuários entrevistados, nossa pesquisa identificando que separar um fluxo, fosse dentro, fosse fora da UBS aqui só para vocês mostrarem, para mostrar um pouco dessa criatividade, telefonemas por região, criamos visita peridomiciliar para o agente comunitário de saúde que não existia, teleconsulta, o WhatsApp tudo foi criado e foi implantado nesse país com uma rapidez absurda.

Essas ações de vigilância que são centrais, isso a gente tem um grande problema, primeiro no primeiro momento com falta de testes, no segundo momento com os resultados com demora que não permite que você aja muito rapidamente, uma comunicação ainda com problemas com várias fragilidades entre os diversos níveis e uma questão importantíssima, a nossa atenção primária a gente tem um componente comunitário fantástico. São muitas coisas interessantes, e a gente não teve política, uma política que pudesse incorporar, por exemplo, o exército, a gente tá em guerra, usando essas palavras dos agentes comunitários de saúde. O que eles poderiam fazer sem se contaminar e como é que eles poderiam estar sendo utilizados. Isso não havia uma política clara implantada no nível Nacional, como não só nisso, mas em vários outros lugares.

E a outra questão como é que eram as políticas para apoiar e garantir o isolamento e quarentena, efetivar isso nos mais diferentes cenários, não só você identificar, como é que você garante que você vai ter isolamento e quarentena, uma questão central para continuidade que a gente tem que é o grande problema no Brasil e no mundo que é a continuidade do cuidado. Como a gente já tá há um ano, coisas que a gente não pensava há um tempo atrás, e o cenário indica que ficaremos infelizmente mais tempo, a continuidade do Cuidado que é você garantir o cuidado das pessoas, ele tá muito abalado. Ele se manteve em alguns lugares no Brasil garantindo o atendimento, o acompanhamento regular e quando é presencialmente necessário, por exemplo, o caso do pré-natal, a gente viu que essas questões elas, tratamento de tuberculose e hanseníase eles não foram parados, foram adaptados e incluídos, mas no geral você pode dizer aqui tivemos e continuamos ter de novo um atraso no acompanhamento dos usuários com doenças crônicas.

Além disso, dentro você criou uma nova demanda e que vai ser uma continuidade do cuidado que ninguém sabe e é muito provisória, da síndrome e do pós-covid. Os pacientes saem do hospital para atenção primária e precisam ser acompanhados, e você nem sabe quanto tempo. No mínimo, alguns cálculos dizem que dez por cento dos pacientes internados vão ter síndromes e problemas crônicos, mas cada hora tem aparecido mais coisas, saúde mental, saúde mental dos trabalhadores que está saindo no jornal diuturnamente, a gente viu isso na pesquisa que foi apresentada ontem na Fiocruz, sobre os profissionais de saúde, e a saúde mental da população, tanto por isolamentos prolongados, situações e dificuldade de vida etc, etc. E agora a gente tem outro momento que é o momento que a gente não sabe como é que vai dar, do cuidado na atenção primária.

Mas também, se a gente pensar num futuro, o que pode ser aprimorado, um fortalecimento do papel da atenção primária como coordenadora do cuidado, mais do que ela já faz, principalmente nas situações crônicas e na atenção aos usuários pós-Covid, então ela poderia ter um papel mais forte na coordenação de cuidados mais complexos, nas situações crônicas, e especialmente nas situações dos usuários pós-Covid.

Outro ponto seria o investimento em infraestrutura, isso é um ponto crítico, porque a gente percebeu que a falta de infraestrutura afetou bastante a resposta à pandemia, tanto em termos de equipamentos quanto de conectividade, então investir em infraestrutura seria um ponto crucial para garantir uma resposta mais eficiente em situações de crise como a que vivemos.

A capacitação e o suporte aos profissionais de saúde também é uma área que pode ser aprimorada, garantindo que eles estejam preparados para lidar com diferentes cenários e desafios, inclusive os relacionados à saúde mental dos trabalhadores.

Além disso, pensar em estratégias eficazes para garantir a continuidade do cuidado em situações de crise, como pandemias, é fundamental. Isso inclui planos claros de contingência, coordenação eficiente entre os diferentes níveis do sistema de saúde e estratégias específicas para lidar com novas demandas, como a síndrome pós-Covid.

Em resumo, o enfrentamento da pandemia trouxe à tona diversos desafios e aprendizados para a atenção primária à saúde. Olhando para o futuro, é importante considerar essas experiências para fortalecer o sistema de saúde como um todo e garantir uma resposta mais eficaz diante de crises e novas demandas que possam surgir que é necessário para você ter as ações de vigilância, então começa a ficar claro que não dá.

Essas ações de vigilância precisam ser realizadas pelos trabalhadores, pelas nossas equipes, pela atenção primária. A outra questão são questões logísticas que são absolutamente imperativas, que é a questão de como os exames circulam, a questão dos prontuários, que você tem um sistema de informação, e uma série de outras questões que agora ficarão claras que elas são absolutamente necessárias para serem desenvolvidas. Eu diria que a gente pode pensar nos limites e possibilidades da atenção primária em três dimensões que eu fico falando, dentro da UBS, na comunidade, fora da UBS.

O que eu quero dizer com isso, o que a gente viu com a criatividade dos nossos trabalhadores completamente comprometidos com o SUS, e que tudo que era possível, a organização interna, até tirar o seu próprio celular, parece que isso foi feito, aquela resposta para essa necessidade. Na comunidade, a gente já tinha mais problema porque você não conseguia garantir o isolamento, o apoio, você tinha dificuldade de ter os testes, e agora fora da UBS é a catástrofe, que é a política nacional e o que a gente viu antes, que os países que tiveram boas respostas são os países que tiveram política nacional e tiveram uma capacidade de estado fundamental, a Ligia vai tocar nisso, eu vou passar, mas isso é central.

Sem política não dá, e aí eu lembrei exatamente de um colega meu do Sedec de anos atrás, o Cláudio Couto, ele tem essa frase, fora da política não há salvação. Isso eu quero dizer, fora da política não há salvação. Nós vamos continuar fazendo a nossa parte para dentro da UBS, mas atenção primária à saúde ela só é realmente uma atenção primária à

saúde capaz de garantir a saúde como direito universal se ela está dentro do sistema de saúde fortemente ancorado dentro dos princípios da Saúde como um direito humano.

Isso só é possível com a política nacional. Por isso que quando digo não tem saída se não tiver política e uma política nacional, e isso é central no nosso país. Se a gente não reverter esse quadro, nossa situação de tristeza vai aumentar, e lembrando que as políticas de atenção primária são mais importantes exatamente no país como o nosso pela sua desigualdade, elas caminham para equidade.

E aí eu queria fechar um pouquinho contando assim, tem um ditado que é "o futuro a Deus pertence", eu discordo desse ditado popular, o futuro não está dado e depende da nossa capacidade de disputa. E a gente tem a obrigação de continuar a disputar o nosso futuro tanto pelas 300 mil pessoas que morreram pelo sacrifício dos nossos profissionais e pelo futuro das nossas gerações, é a única forma de acreditar em uma utopia de uma sociedade justa e igualitária que é tão bem expressa nos princípios do SUS.

E aí, para terminar, eu volto ao Sigerist, que ele diz que daremos os passos que levam da sociedade competidora à cooperante... uma sociedade onde todos terão deveres e direitos iguais. Acho que esse é o compromisso histórico da saúde coletiva, esse é o compromisso histórico do nosso SUS, e a gente não pode abrir mão dessa luta, em meio à luta. O Sigerist falava em 43, e a gente continuou com essas sementes, e vamos lançar as sementes para gerações futuras. Elas já estão sendo lançadas sobre a terra de uma nova e melhor civilização. A gente tem que acreditar que é possível e na política melhorar a situação do nosso país e garantir um outro quadro. Então era isso, muito obrigado pela atenção!

[00:34:46]

[Mulher 1: Ana Luiza]

Obrigada, Aylene. Sua exposição foi excelente, e para mim, trouxe ânimo para esta tarde. O que você apresentou sobre a reflexão para o futuro da UBS integrada a um sistema mais justo e equânime, com uma grande política de saúde desenhada por todos, é exatamente a esperança que estamos buscando no momento atual. Lígia, por favor, agora vamos ouvi-la com muito prazer.

[00:35:18]

[Mulher 3: Ligia]

Boa tarde a todos e a todas. Em primeiro lugar, claro que eu quero agradecer esse convite da Ana Luiza para estarmos aqui de novo nessa iniciativa da região e redes, redes e regiões em uma pesquisa maravilhosa que nós trabalhamos juntos nesse grande esforço multi eficiente que foi essa pesquisa e na qual também aprendi e iniciei parcerias muito importantes com a Aylene, que nós temos que agradecer também pela mensagem de esperança que ela nos traz com essa sua apresentação. Sempre temos que olhar a história

de longo prazo para podermos prosseguir em nossas lutas por redução das desigualdades sociais. Como vocês vão ver, também vou compartilhar a minha apresentação, a Aylene e eu participamos da rede de pesquisa em atenção primária à saúde da ABRASCO e durante o ano de 2020 fizemos muitas atividades, discussões, debates, estudos que sintetizamos. Santa galeria e eu também sintetizo nesse debate, então vocês vão ver que tem muita convergência e talvez alguma repetição da minha parte, mas porque nós trabalhamos juntos nessas temáticas e eu acho que só reforça, as nossas apresentações só reforçam umas às outras.

Como a Aylene já falou, as epidemias exigem aliar o cuidado individual a uma abordagem comunitária e o modelo assistencial de orientação comunitária da atenção primária à saúde brasileira do SUS, a estratégia saúde da família, com suas equipes multiprofissionais em forte atuação comunitária e territorial, tem apresentado ao longo do tempo impactos muito positivos comprovados na saúde da população. A gente precisa recordar que há muitos estudos que mostram evidências de redução da mortalidade infantil, de redução na mortalidade de menores de cinco anos, de redução das internações por condições sensíveis à atenção primária. Então, uma abordagem de fato efetiva da estratégia de saúde da família, ela pode e deve atuar na abordagem comunitária necessária para o enfrentamento de qualquer epidemia. Ela tem um papel decisivo na rede assistencial de cuidados e controle da epidemia, como a Aylene também mostrou, na vigilância em saúde, nos cuidados visuais com o COVID-19, na continuidade dos cuidados ofertados pela atenção primária, na ação comunitária e no apoio social para os grupos vulneráveis e de maior risco, em articulação com os movimentos sociais na comunidade. Agora, na vacinação contra a COVID e nos cuidados do pós-COVID ou mesmo durante o período de COVID, a questão do luto que atinge tantas famílias, as sequelas físicas, não só físicas como as de saúde mental, as demandas reprimidas, os problemas de violência doméstica.

Mas antes de falar sobre atenção primária no SUS, não é possível deixar de falar do contexto trágico na sociedade brasileira. Nós vivemos uma crise sanitária e humanitária sem precedentes, o recrudescimento do número de casos e mortes em todo o país. Agora, simultaneamente, estamos de luto. São quase 300 mil mortes, mais de duas mil mortes de COVID por dia. O Brasil, no momento, é o país com mais mortes e maior número de casos diários em todo o mundo. É o segundo país em número de mortes após os Estados Unidos. Então, a ausência da autoridade sanitária nacional e de coordenação e cooperação intergovernamental para enfrentar a pandemia mostra os seus efeitos agora ainda mais perversos, e ainda temos insuficientes iniciativas dos governos locais para mitigar a pandemia. É um momento grave que exigiria coordenação nacional com diretrizes para lockdown nacional, dada a gravidade da situação atual. Há alguma esperança, em 10 de março, 22 governadores fizeram apelo por vacinação e por medidas preventivas mais efetivas, mas para possibilitar que as pessoas fiquem em casa seria necessário o auxílio emergencial já, mas o governo federal protelou, colocou questões como acabar com a vinculação para saúde e educação dentro da mesma emenda constitucional, reduzir os salários dos funcionários públicos, etc. e tal, e reduziu drasticamente o valor do auxílio emergencial. Em 18 de março, à frente pela vida e os

conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais das capitais, somando-se a esse esforço, o fórum dos governadores lançou uma carta exigindo a adoção coordenada imediata de medidas restritivas rígidas à circulação de pessoas, com Lock Down por 21 dias no âmbito nacional para reduzir a transmissão. Mas para viabilizar o cumprimento, certamente, exige também é fundamental assegurar o efetivo auxílio financeiro emergencial no valor de R\$ 600 até o final da pandemia. Assim como apoio às empresas, e claro, associado à aceleração da vacinação e à garantia da disponibilidade no Brasil de todas as vacinas seguras e eficazes pelo Programa Nacional de Imunização. É obrigatório reconhecer que o negacionismo, a inação do governo federal decorre de uma política deliberada de deixar a população morrer, atenuadamente expressa pelo presidente da república: "gripezinha", "mimimi", covardia, "se tomar vacina vira jacaré".

O estudo coordenado pela desventura que certamente da USP, que vocês conhecem, mapeou e analisou uma série de medidas e atos do governo federal desde o início da pandemia e evidenciou uma clara estratégia institucional de propagação do vírus.

Nas palavras da Deisy, os resultados afastam persistente interpretação de que haveria incompetência e negligência da parte do governo federal na gestão da pandemia, muito pelo contrário, revela o empenho e a eficiência da atuação da união em prol da ampla disseminação do vírus no território nacional, declaradamente com o objetivo de retomar a atividade econômica o mais rápido possível e a qualquer custo. Então é um governo genocida, e não é só o presidente, nem só o ministro da saúde, é também todo o conjunto do ministério, incluído o Ministro da Economia, o Guedes há uma cumplicidade, uma responsabilidade que é coletiva de todos os participantes desse governo. A economia só é um grave erro porque economia e saúde são inseparáveis, os países que responderam de forma mais rápida e coordenada tiveram resultados menos piores na economia, já tem estudos inclusive do fundo monetário internacional que mostram isso.

Claro que os fatores que influenciaram os melhores resultados, a Aylene já mencionou alguns em termos, a reorganização do sistema de saúde no controle da pandemia e com menores taxas de mortalidade são muito complexos e ainda são provisórios, mas o que teve rápida resposta do governo central com ações planejadas e coordenadas, a comunicação clara e frequente do chefe do Estado sobre os graves riscos da pandemia, as medidas de prevenção com informação e comunicação clara.

O aspecto fundamental em que a atenção primária é crucial é a vigilância epidemiológica, o rastreamento e testagem, isolamento e caso, e contatos e associada evidentemente ao distanciamento social. Em alguns casos, distanciamento rígido e fechamento de fronteiras como é em alguns países de características mais ensolaradas, mas no Brasil, quase nenhuma dessas medidas foi implementada de forma substantiva, pelo contrário, apenas iniciativas de governadores e prefeitos levaram a cabo algumas dessas iniciativas. A vigilância em saúde na tensão primária, à vigilância em saúde ela é crucial, ela pode ser realizada pelas equipes da estratégia de saúde da família e estreita integração com os setores de vigilância em saúde dos municípios, para bloquear e reduzir a expansão da

epidemia. O que a gente fala que deveria ser realizada é uma vigilância comunitária ativa, com a identificação precoce dos casos, o rastreamento, a busca dos contatos próximos e a testagem com os testes RT-PCR, que são fundamentais os testes moleculares para identificação da doença, enquanto ela está transmitindo, um aspecto importante que é proporcionar apoio ao isolamento domiciliar de casa e quarentena dos contatos, evidentemente a notificação.

Muitas unidades básicas desenvolveram painéis e monitoramento da situação em seu território. Essas são iniciativas muito importantes localmente, que precisamos. É claro que o recrudescimento da pandemia é observado em primeiro lugar nas unidades básicas de saúde e nas UPAs, pelo aumento da demanda de sintomas respiratórios e sintomáticos respiratórios. Portanto, deveria haver um indicador incluído para tomar iniciativas mais restritivas de isolamento social. Não digo que, neste momento, é certo implementar um lockdown, mas é necessário para o acompanhamento dessa epidemia, que ainda vai se alongar por muitos meses.

Enfrentamos um problema com o critério centrado na porcentagem de ocupação de leitos da UTI, pois isso se torna uma aposta na morte. Oitenta por cento das pessoas que são intubadas acabam falecendo, e dois terços das pessoas internadas em UTIs no Brasil não sobrevivem. Além disso, abrir leitos não mitiga a pandemia, pois não é mais possível abrir leitos devido à falta de insumos e à escassez de profissionais de saúde. Portanto, precisamos considerar critérios de incidência e mortalidade, como existem em alguns países europeus, para a implementação de medidas de distanciamento social ou seu relaxamento.

Os agentes comunitários de saúde e os agentes de endemias desempenham um papel crucial na vigilância em saúde, com ações de educação e saúde no território, combatendo as fake news para prevenir contágios. Eles explicam sobre os modos de transmissão respiratória por gotículas e aerossóis, destacando que não ocorre apenas ao falar, tossir ou espirrar, mas também pela respiração, liberando aerossóis que permanecem no ar como uma pequena nuvem de fumaça. Destaca-se a necessidade do efetivo uso de máscaras bem ajustadas por todos. O distanciamento físico, a ventilação dos ambientes e a evitar aglomerações são medidas essenciais.

A busca ativa de casos suspeitos, com visitas tele domiciliares e encaminhamento ágil para unidades de cuidado, o rastreamento de contatos e a identificação das pessoas com quem os casos confirmados na UBS tiveram contatos próximos são ações fundamentais. No entanto, é necessário reconhecer que esse trabalho delicado exige informação e comunicação clara, afetuosa e sem autoritarismo para garantir a adesão das pessoas às medidas de controle. As quarentenas exigem mudanças comportamentais, fundamentadas em boa informação, solidariedade e generosidade para com o outro.

Não podemos culpabilizar as pessoas individualmente; há uma responsabilidade governamental crucial. A organização do cuidado na UBS, conforme mencionado por

Aylene, é essencial. O telemonitoramento e o uso de oxímetros para identificar precocemente a hipóxia silenciosa são cruciais, integrados ao SAMU e ao transporte sanitário para alcançar as redes SUS de forma eficiente. A disponibilidade de celulares e internet não deve se restringir apenas à UBS, mas também à comunidade. É importante deixar claro que não existe tratamento precoce para a COVID-19, conforme evidências de estudos bem conduzidos e que evidenciam que não tem nenhum medicamento que tem efeito específico sobre o vírus.

Então, tem o estudo Solidariedade, organizado e coordenado pela Organização Mundial de Saúde, que mostra que nem aquele remédio caríssimo, a cloroquina, o interferon, não reduzem a mortalidade do COVID-19. Existe agora também estudos sobre a ivermectina que não funciona no tratamento precoce. Portanto, não há tratamento precoce específico. Contudo, tem muitos cuidados que podem ser feitos. Então, é necessário também distinguir diretrizes clínicas específicas para o cuidado na atenção primária.

Aqui, a gente viu conflitos corporativos importantes entre as corporações, as entidades corporativas dos médicos, como o Conselho Federal de Medicina, dizendo sobre Autonomia para gerenciar digital, e as sociedades científicas médicas, como a Sociedade Brasileira de Infectologia, que tem diretrizes e recomendações muito adequadas e de qualidade para o cuidado da COVID-19, mostrando que não há tratamento precoce. A continuidade dos cuidados, como Aylene falou, se observou em outras pandemias que alguns agravos, às vezes, você tinha mais um excesso de morte por outras causas que deixaram de ser atendidas. Há uma reinvenção nesse cuidado.

Então, aqui o acompanhamento de listas dos grupos prioritários é uma questão fundamental para buscar as pessoas que estão em atraso nas suas consultas, na sua medicação. A possibilidade da teleconsulta e a manutenção dos atendimentos presenciais para pré-Natal e vacinação, que são obrigatórios, além das questões de saúde mental e das sequelas físicas da COVID. Um aspecto crucial que Aylene também salientou de nosso modelo de atenção primária integral SUS, que é o campo da ação comunitária e do apoio social, para os grupos vulneráveis, as pessoas de maior risco, as pessoas em extrema pobreza ou com insegurança alimentar. Uma ação que precisa ser coordenada no território com as lideranças e organizações locais, uma articulação das iniciativas da comunidade e das equipes, buscando recursos para estabelecer as condições de permanência no domicílio que possibilita o isolamento de caso e quarentena de contatos, que é única forma de controlar a transmissão.

Então, é acionando as redes sociais, potencializando os recursos comunitários de comunicação, como as rádios comunitárias, grupos, mensagens, experiências maravilhosas por todo esse país nesse sentido, e esse certamente é um componente fundamental da atenção primária à saúde integral do nosso recorte latino-americano que é abordagem familiar e comunitária. Muitas iniciativas que tivemos nas favelas de movimentos insurgentes existem, desenvolvem estratégias de solidariedade, e as equipes

locais, estratégia de saúde da família que tem apoiado, são muitas iniciativas realizadas em curso.

Agora a gente tem outro campo da atuação da UBS, que é a vacinação. Aqueles estudos mostraram que pelo menos 37 mil unidades básicas de saúde fazem a vacinação rotineiramente e têm uma geladeira exclusiva para vacina. Então, temos uma rede de vacinação na atenção primária muito importante, mas aqui de novo, a negação do governo federal dificultou ainda mais o acesso dos brasileiros às vacinas, porque a gente tem uma escassez no mercado mundial muito importante e disparidades entre o Norte e Sul global.

A que faz falta sobre a união das Nações sul-americanas e dos Isags, que estabeleceram no período anterior e até 2014/15/16, atividades conjuntas de integração entre os países da América do Sul e nas questões mais gerais e também nas questões de saúde. Então teria que ter uma iniciativa latino-americana, ou sul-americana, para potencializar o acesso às vacinas na nossa região, no Brasil e se negou então a contratar inicialmente a vacina do Butantã, da Pfizer, da Aliansce, e inicialmente negou-se a participar do Kovacs Facilite, essa aliança Mundial coordenada pela OMS para facilitar o acesso e depois somente aceitou uma parte das vacinas, votou contra a proposta da Índia, permanece nessa posição da Índia e da África do Sul na Organização Mundial do Comércio para suspender as patentes das vacinas que possibilitaria que mais farmacêuticos passassem a produzir vacinas.

E isso tudo num contexto de um programa Nacional de imunizações desfalcado, desorganizado, nós já tínhamos problemas de desabastecimento anterior que levaram a surtos, como surto de sarampo e em um momento não sei se vocês sabem, mas durante o governo Temer a logística de distribuição das vacinas do programa nacional de imunização foi privatizado e agora a gente já viu demoras e erros graves na distribuição entre os Estados, mas certamente a vacinação ela não anda mais rápido porque de fato faltam vacinas, mas tem todo um processo de organização da vacinação na unidade básica de saúde que é diferenciado, porque agora nós temos diferentes tipos de vacina para uma mesma coisa, com diferentes intervalos entre as doses, é necessário o registro adequado na caderneta, explicação para as pessoas, o registro no Sistema Nacional do PNI que também teve muitos problemas, a questão do acompanhamento de possíveis efeitos adversos, a identificação dos grupos prioritários.

Mas uma coisa acho que a gente tem que ter muito claro aqui nesse momento que essa é uma situação de extrema escassez e nessa situação de escassez de vacinas não é possível uma total racionalidade para definição de prioridades, porque a prioridade é prioridade, da prioridade por que os grupos prioritários são muitos grupos, professores também são grupos prioritários, agente de segurança também são grupos.

Nós temos muito poucas vacinas, então temos que centrar a nossa energia na defesa de maior número de vacinas para todos, e eu queria falar agora um pouco sobre as questões

relativas ao nosso modelo assistencial na PS e no SUS. Então, a gente observa um desmonte do modelo assistencial de orientação comunitária na atenção primária no SUS que vem sofrendo ameaças e retrocessos com a implantação da política nacional de atenção em 2017, onde se reduziu o número de agentes comunitários de saúde.

A Pesquisa Nacional de Saúde, aquela do IBGE 2019, ela já mostrou diminuição do número de visitas domiciliares mensais realizadas pelos agentes, diminuiu também a carga horária dos profissionais. A finalização do programa mais médico deixou centenas de municípios sem médicos, a criação da agência para o desenvolvimento da atenção primária à saúde, a dados como serviço social autônomo na forma e pessoa jurídica de direito privado que deslocou a gestão pública da PS para o âmbito privado no nível Federal permitindo a contratação de empresas privadas para prestação e a formação em APS no SUS e promovendo a mercantilização da atenção básica. O setor da atenção como eu aprendi, como Ana Luiza sempre falou, até o momento o setor da atenção do SUS menos mercantilizado, mais público e mais eficiente.

Então tem essa tendência da privatização da atenção primária no SUS, outra medida foi a discussão e definição de uma carteira de serviços restrita e centrada no cuidado individual. Então tem uma tendência de seletividade de restrição na cesta de serviços da APS do SUS e mudanças no financiamento que atentam contra a universalidade. Então uma tendência de focalização, uma proposta de focalização do Sistema Único de Saúde, restrito aos cadastrados, essa política de financiamento da atenção básica de 2019 que tem a denominação 'Previne Brasil', teve a sua plena implantação prorrogada para Maio agora de 2021. Ela extinguiu claramente a prioridade para a estratégia da saúde da família, aboliu o incentivo para as equipes da estratégia de saúde da família, equipes com profissionais contratados por 20 ou 30 horas sem agentes comunitários, as chamadas equipes de atenção primária, recebem incentivos financeiros idênticos às equipes da estratégia de saúde da família, aboliu os núcleos e a porção da família, não há mais incentivo financeiro, o pagamento agora é por pessoa cadastrada, antes era uma transferência financeira que era conforme o número de habitantes de um determinado município.

Então ele atenta contra a universalidade, ao extinguir esse piso de atenção básica fixo que era uma transferência por número de pessoas moradoras, os municípios deixaram de receber a única transferência governamental em saúde de base populacional disponível para aplicação. Então esse conjunto de políticas ele ameaça a multiprofissionalidade das equipes, confere prioridade ao pronto atendimento da demanda espontânea e suprime o impacto territorial e comunitário.

Além disso, grave também é a redução de transferências federais para atenção primária à saúde, especialmente para os municípios urbanos. Estudos do Coseno do Rio de Janeiro e de São Paulo mostraram reduções importantes em muitos municípios desses dois estados. Este é um slide de uma apresentação da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro que mostra a atualidade dessa política e aqui os seus componentes.

Então, nós temos um componente da chamada captação ponderada que é uma transferência federal, um pagamento por pessoa cadastrada que deverá entrar em implementação plena a partir de Maio. Outro componente de pagamento do desempenho que é um conjunto de indicadores que deve entrar em implantação em agosto, e um conjunto de incentivos para ações estratégicas, aí permanece um incentivo aos agentes comunitários de saúde e a saúde bucal, um novo incentivo para a informatização das unidades, e alguns incentivos transitórios.

A gente fez um debate pela Abrasco, pela rede de atenção primária que está disponível sobre essa questão do financiamento, muito importante com esses estudos do governo do Rio de Janeiro. Isso aqui é um quadro que mostra quais seriam esses indicadores de desempenho, a cobertura de ações individuais, preventivos individuais, mas o que mostra que é uma questão de qual é o modelo que se quer avançar com esse tipo de avaliação de desempenho, mas mostra que tá em vermelho já estava colocado pelo pessoal lá da Secretaria Estadual, que é que no Rio a cobertura vacinal de poliomielite inativada e pentavalente somente 17 municípios, dezoito por cento dos noventa e poucos municípios do Rio de Janeiro alcançaram essa cobertura, quando você vê a situação, o que nós teremos nesse pós pandemia, na possibilidade de ressurgimento de outras doenças.

Então, tem uma situação muito grave nesse momento, mas mesmo assim, quais são os desafios da atenção primária, eles são também os desafios do SUS, mesmo reconhecendo todas as fragilidades da estratégia saúde da família intensificada desde esse voto parlamentar de 2016. Não se pode negar a potência das mais de 45 mil equipes de saúde da família, os 260 mil agentes comunitários de saúde atuando, capilarizados em todo o país.

A gente pode dizer que tivemos muitas iniciativas, a nossa pesquisa que a Aylene mostrou tivemos muitas iniciativas dos Profissionais de Saúde e gestores locais que potencializaram a ação da atenção primária. Contudo, essa potência foi desperdiçada pelo Ministério da Saúde, pela essa falta de coordenação Nacional, os desafios da atenção primária no enfrentamento da covid são muitos desde equipes completas, vínculos de trabalho, mas eles são desafios próprios, o SUS, mostrou o seu valor, a sua potência e também as fragilidades nesse momento da pandemia.

A gente tem constrangimentos financeiros enormes para o funcionamento do SUS, com congelamento por 20 anos dos recursos públicos do SUS com a emenda constitucional 95 e um SUS que já é subfinanciado em gastos públicos em saúde no Brasil menores de 4 por cento do PIB, que é muito baixo para alcançar a universalidade e o mais grave é que até o momento já estamos em março de 21, o orçamento do Ministério da Saúde ainda não foi definido pelo congresso, conselho Nacional de saúde exige uma dotação de cento e sessenta e sete bilhões de reais, isso aqui significa incluir os 35, 19 milhões de reais que foram adicionados para enfrentar a pandemia no ano passado e que simplesmente na proposta orçamentária do Ministério da Saúde não foram incluídos no momento que nós estamos, no pior momento dessa pandemia. Então, essa situação é grave, acho que tem dois slides para finalizar, a gente tem aprendizados, como a Aylene já mostrou, eu acho

que tem um aprendizado importante é da importância da Coordenação Estadual no sistema de saúde e como isso foi crucial e a gente vê aqui como próprio apoio pro desenvolvimento da atenção primária crucial nesse sentido, a gente teve iniciativas vamos dizer assim de redesenho das redes, das redes regionalizadas de atenção à saúde que podem ser um aprendizado, a importância da Coordenação Nacional tripartite nessa ausência das coordenações que levou ao caos.

Penso assim se seria necessário uma nova governança, o que a gente viu foram Conflitos de representatividade do Conass, nesse debate sobre o Prevenir, a Coordenação Nacional do Conasems não encaminhou as demandas do SUS e não considerou todas as estimativas e perdas com Prevenir, feito pelos governos estaduais. A Aylene já falou outro grande campo das novas, mas são outras questões para discutir, né, as novas formas de cuidado a distância, as teles, os tiques que colocam a questão da internet para todos, mas também novas questões sobre a privacidade e a segurança, e a qualidade, como falou a Aylene, integrar a vigilância epidemiológica na estratégia.

Então, tem que redesenhar, tem aprendizados agora, temos que pensar nesses novos modelos que vão surgindo. Urge fortalecer a orientação comunitária, essa ação coordenada no território e interação com os movimentos sociais. A Estratégia Saúde da Família é um modelo extensional de atenção primária à saúde integral, orientação comunitária que é crucial para a atenção à saúde de melhor qualidade, uma atenção primária à saúde forte, como Aylene mostrou no nível internacional se mostra menos iatrogênica, menos medicalizante e menos consumista do SUS. Essa é a ideia da atenção primária à saúde integral da América Latina, o movimento da medicina social da América Latina e esse é o modelo que é o mais importante para enfrentar as desigualdades que, infelizmente, se aprofundam no Brasil, ademais do mundo, entre o norte e o sul global.

Uma questão, Ana Luiza, que eu acho crucial, que é a questão de ampliar o olhar sobre o sistema de saúde. A pandemia de COVID-19 é o resultado de um colapso na interação entre a sociedade e a natureza em destruição acelerada, deterioração do meio ambiente e mudanças climáticas, determinado pelos processos produtivos extrativistas comerciais e de trabalho do capitalismo global e acelerado pelas políticas neoliberais de redução dos direitos sociais no trabalho, com aprofundamento das desigualdades sociais que ameaçam a existência e a vida sobre a terra.

Uma outra lição básica é que os sistemas de saúde de mercado voltados para doença, cuidado individual, os lucros e os negócios não são capazes de enfrentar os problemas coletivos que exigem atuar de acordo com interesses comuns. Os Estados Unidos, com o sistema de mercado, mostrou muito claramente que um sistema de mercado não funciona. Ele tem os gastos mais elevados em saúde e teve o maior número de mortes de COVID de todo o mundo. É hora de defender para nós continuarmos defendendo com força a proposta institucional, política e social de sistemas de saúde únicos, públicos e universais, orientados por uma visão da epidemiologia crítica da determinação social da

saúde e da vida, onde prevalece a concepção de direitos sociais, animais e ambientais universais.

Um modelo de desenvolvimento harmônico com a natureza, como nas propostas do Buen Vivir, dos povos originários da América Latina. Nesse sentido, nós temos que repensar nossos sistemas de saúde. Obrigado!

[01:09:52]

[Mulher 1: Ana Luiza]

Muito obrigada, Lígia! Brilhante sua palestra; eu acho que é uma lição para todos nós, um apanhado não só pela pandemia, mas um balanço do que a atenção primária fez e ainda pode fazer em sistemas de saúde tão desiguais como o brasileiro e da América Latina. Nós estamos aqui já com muitas perguntas para vocês duas. Eu vou elencar as perguntas, vou elencar a nossa primeira seleção de perguntas. São seis perguntas que o Davi acaba de me mandar. A primeira pergunta é da Fabiele Nunes. Ela gostaria de saber como nós podemos, neste contexto de pandemia, dar continuidade às demais ações da atenção primária à saúde, tendo em vista que os problemas do território continuarão os mesmos e com probabilidade de agravamento. Como dar continuidade às demais ações da atenção primária, sabendo que muitos problemas são inerentes às desigualdades territoriais brasileiras?

A segunda pergunta é da Fernanda Botelho. A incorporação das Teles pode, por um lado, ampliar o acesso, mas elas também podem ser uma via de precarização do trabalho e prejuízo da qualidade do cuidado. Como as professoras analisam e pensam sobre isso?

A outra pergunta é da Fabiana. Ela diz assim: "Se algum momento a APS respondeu de forma oportuna à pandemia? Quais os principais obstáculos que a atenção primária passou ou ainda passa para ter uma atuação adequada em relação à pandemia?"

A Berenice Diniz pergunta: "Os governantes investem em medidas de maior complexidade, a mídia foca em um respirador e em leitos. Praticamente não se fala na atenção básica, atenção primária. Como fortalecer a atenção primária nesse contexto de ausência das mídias, na defesa do papel do protagonismo da atenção primária?"

A Cecília Nogueira pergunta se, nesse cenário de falta de coordenação nacional, os municípios foram determinantes para a organização local e qual a perspectiva para o pós-COVID em frente ao novo financiamento da APS?

Amanda Pires de Araújo pergunta, são várias hahaha, como fica a atuação da rede privada frente à pandemia?

E o Eliezer Queiroz, se essa realidade tem também causas e consequências que ultrapassam o setor saúde?

E por último, o Wallerson Bezerra. O setor privado vem assumindo função suplementar, como definido nas normas legais. O que são, mesmo, os papéis necessários da atenção primária?

E a última pergunta agora do Eliezer, frente às expectativas de uma enorme quantidade de pessoas com sequelas e longos períodos de internação, o que será a atenção primária do futuro? Eu acho que muitas das questões foram levantadas; eu acho que eles estão querendo que um rol dessas questões seja aprofundado. Nós temos ainda quinze minutos de debate, então vamos dividir; é pouco. Nós temos que terminar em uma hora e meia. Vamos terminar às três e meia. Nós temos, então, sete minutos para Aylene, sete minutos para Lígia, e eu acho que tem algumas perguntas aqui que se repetem. Tem um bloco de questões que é voltado para a atenção primária no pós-COVID, outro bloco de questões é voltado para os determinantes que influenciam uma atenção primária mais resolutiva ou não, e uma pergunta isolada para essa questão das Teles, se elas também não oferecem alguns riscos, principalmente na questão da precarização do trabalho. A Aylene com a palavra, e eu já queria deixar aqui meus agradecimentos profundos a Aylene e a Lígia pelas excelentes, brilhantes apresentações e pela participação de todos vocês.

[01:15:20]

[Mulher 2: Aylene]

Eu olhei um pouquinho lá no YouTube algumas das questões. Bem, as questões colocadas aqui, já selecionadas, a gente precisaria de mais umas 5 horas, no mínimo, de debate para conseguir responder todas. Eu vou pegar algumas questões mais pontuais nesses minutinhos, depois deixar para Lígia pegar outras, que eu acho que seriam pontuais também. As Teles, né? Eu acho que bem, ninguém quer continuar morando dentro do computador, acho que a gente não aguenta mais. A gente quer se ver, quer se abraçar, mas tem que ter condições seguras para tá acontecendo isso.

A questão da precarização do trabalho, ela é uma questão muito colocada e não está longe. Não é o fato da Tele vai aumentar a precarização do trabalho; é a questão da precarização do trabalho e da mudança inserção da atenção primária que passa a ter muitos momentos você deixar de ser um espaço não mercantil de assistência e virar um espaço mercantil da assistência. Entrem lá no site "regioes rede" e vejam o trabalho do professor Alcides, do Rio Grande do Sul, e ele analisa todas as mudanças que ocorreram no tipo de unidade que presta atenção primária no Brasil nos últimos anos, mostrando uma privatização importante. Então, acho que isso não está dado, que não é necessário se você fizer a Tele, você vai ter uma precarização. Os problemas da Tele são inúmeros e inúmeros, como os problemas do mundo real, do mundo presencial em três dimensões também são inúmeros, mas não há dúvida que você pode utilizar esses espaços para, eu diria, em dois grandes momentos, para você ter melhor qualidade da assistência com os pacientes que você tá em tete a tete e principalmente, isso eu acho que é o mais importante na questão do acesso ao setor secundário e os exames.

Só para dar um exemplo, nos nossos campus que a gente fez, a gente encontrou pacientes andando 800, 900 km para fazer uma coloscopia. Esses gastos são absurdos, os prognósticos são horríveis, as pessoas não fazem os exames. Bem, você tem hoje possibilidade de fazer coloscopia a distância, como? Você tem a pessoa que fica lá, um médico ou da atenção básica, a enfermeira, você pode fazer é só o outro médico tá olhando lá 300 km, 800 km, 2000 km, tira ele desafia para tirar fazer a biópsia aqui e manda, você sabe o que isso pode ter de impacto de diminuição de mortalidade?

Você pode ter um neurologista que atenda, que consiga com os outros médicos atender os pacientes com AVC em cada buraco longe que dá dignidade aos lugares longes e mesmo nas grandes metrópoles, então é isso entendeu, os buracos não podem ser buracos, todos os brasileiros têm direito a uma boa assistência, tem direito a isso. Eu acho que as teles é uma possibilidade, é uma possibilidade importante da gente melhorar esse acesso e quando precisar a pessoa vai se deslocar, óbvio, problemas de qualidade eles estão colocados em todos os lugares, estão colocados presencialmente quando você faz uma consulta de três minutos. Quando você não tem um bom prontuário, você não tem um bom registro de informação, isso tem que ser notificado. Eu acho que isso faz parte de um monte de questões que eles colocaram aqui, como garantir a melhoria da assistência.

A gente sempre tem a possibilidade de olhar o copo cheio e o copo vazio. Eu sou das pessoas do copo cheio, e eu gostava do tempo que a gente podia olhar o copo vazio e dizer "vamos fazer isso para melhorar, vamos fazer isso para melhorar do SUS", hoje a gente está numa situação que a única coisa que a gente tem que sair em defesa, em defesa, em defesa, porque os ataques são muito grandes e contra as soluções que vocês colocaram aqui não tem outra solução, tem que ser na política geral. A atenção primária isoladamente não é capaz de fazer milagre. O que a gente tá vendo é um certo protagonismo dos governos estaduais, mas até pela ausência de muito tempo dos governos estaduais do cenário da atenção primária, fica tudo meio esfarelado. E agora vamos lembrar o seguinte, estamos falando de vacina, vacina, vacina. Agora, a gente tem países que acabaram ou diminuíram muito a propagação do vírus sem vacina, sem vacina, e isso significa determinadas situações de compromisso social, de você com o outro, e fortes medidas de vigilância. Não tem saída de outro jeito, e hoje é isso. Se a gente não fizer isso, não adianta. Eu não tenho UTI com qualidade; este é o problema que a gente está vivendo.

Agora, o que que vai acontecer, rapidamente sobre a continuidade do cuidado, eu não sei o que que a gente vai ter em relação a continuidade do cuidado. Eu podia dizer, eu acho que até o momento, se você me perguntasse isso até um mês atrás, eu teria uma resposta. Hoje eu não tenho uma resposta porque as unidades de saúde são básicas de atenção primária, elas estão tão sobrecarregadas, está tudo chegando na porta por conta do colapso do sistema que eu realmente não sei o que responder, não sei o que responder. Acho que ninguém sabe, porque os profissionais de saúde estão tendo que atender. Se você pega os relatos em São Paulo, lá que você tem das Enfermeiras, dos médicos da atenção primária são de chorar. As pessoas estão trabalhando diuturnamente,

seus turnos em vez de 8 horas são 10, 12 horas, tem que levar os pacientes que chegam para as UPAs, para os pronto-socorros, tem que fazer o pré-natal. Assim, eu não sei como é que as pessoas vão aguentar isso muito tempo porque é impossível aguentar. Agora o problema é com essa sociedade que a gente tem que não consegue dizer não para isso, como a sociedade que banaliza a morte e não tem compromisso com o outro, é o que a gente tá vendo.

Não tem solução nesse espaço, a solução é uma discussão geral e eu acho que a nossa esperança são os barões da República, ou seja os governadores, a nossa esperança que os governadores consigam dar alguma mudança. É claro que a gente não pode nem ir pra rua que é pior, se a gente ainda pudesse ir para rua, a gente tem que militar dentro do computador.

Mais complexo ainda, se alguém quiser depois mandar alguma coisa para o meu e-mail, manda, eu tento responder, porque é impossível responder todas, tem questões muito interessantes mas com o nosso tempo não dá. E agradecer a todos por ter participado e também agradecer aos que vão assistir depois, tem muita gente que vai assistir à gravação, não vai interagir com a gente, mas nossos e-mail estão lá, podem falar conosco também e obrigada Ana, obrigada Ligia por ter dividido e não esqueçam que daqui a pouco tem a abertura do nosso congresso de políticas da Abrasco, estejam todos lá também.

[01:22:26]

[Mulher 3: Ligia]

Tem que ligar o microfone, Ana.

[01:22:31]

[Mulher 1: Ana Luiza]

Obrigada Aylene, Ligia, por favor!

[01:22:40]

[Mulher 3: Ligia]

Eu gostei muito quando você estava apresentando Aylene sobre a dimensão política de toda essa crise e de como a política é fundamental para enfrentar essa crise. Quando eu me formei em medicina lá em Florianópolis, eu fui trabalhar em Lages, no interior, que tinha uma prefeitura democrática e participativa nas primeiras prefeituras de oposição, e trabalhar num programa de saúde comunitária. Esses sim que eram os postinhos de saúde, nos bairros, com os agentes comunitários que ainda não se chamavam os agentes assim, que eram inicialmente voluntários, e etc. Eu me lembro de uma frase que a Tetê Moraes foi lá fazer um filme, um documentário chamado "Lages, a força do povo", e eu dizia nessa entrevista assim: "A questão não é o que eu aprendi aqui.

Eu vou fazer saúde pública lá na Fiocruz, porque o que eu aprendi aqui é que não se trata de uma questão técnica, de cuidado, atividade e saúde, mas se trata de uma questão

política." E isso realmente hoje a gente vê como as questões técnicas e políticas se misturam. Inclusive, a política destrói as questões técnicas, né, mas eu queria aqui deixar muito claro o seguinte: nós não temos ministro da saúde, nós não temos possibilidade de coordenação Nacional sem o impeachment do Bolsonaro, essa é a questão. Assim, se não tiver impeachment não vai ter coordenação, não há ministro da saúde que resolva quando é o presidente que manda e o ministério não diz nada, então não tem algum Ministro razoável, alguma pessoa razoável, que possa se submeter a essa situação.

A questão de centrar apenas na vacinação é gravíssima, porque você tem que aliar agilidade da vacinação com a questão da vigilância epidemiológica estrita e dar condições para que as pessoas fiquem em casa. Você só consegue conter a epidemia se a gente tiver um isolamento social muito importante, se a gente tiver teste suficientes, teste suficientes, testar suficientemente e conseguir com que as pessoas de fato façam as quarentenas, faça os isolamentos domiciliares quando estiverem com a doença.

Então acho que são questões assim, a questão da política hoje ela tá muito de forma importante em relação a essas mudanças no financiamento da atenção básica e as suas consequências e essas iniciativas de seletividade contra a universalidade e eu penso também e eu também sou otimista no sentido que nós podemos mudar essa situação, esse programa Preveni Brasil ele não deve ser implementado, deve se rediscutir o financiamento da atenção primária à saúde no SUS, e é possível se discutir, por isso que eu penso que o foco da vigilância epidemiológica hoje ela mostra claramente essa necessidade de como que você tem que ter, e do apoio social, da ação comunitária, como você tem que ter uma atenção primária à saúde de orientação comunitária e territorial é nesse caminho que nós temos que avançar, mas cada um de nós, no nosso dia a dia nós conseguimos também com todas as dificuldades com toda a falta de insumos que nós observamos na nossa pesquisa, nas unidades de saúde, as pessoas estavam se reinventando no seus processos de trabalho, profissionais engajados na sua ação do cotidiano, o que mostra que é um componente importante da qualidade, da atenção e dos serviços de saúde.

Então eu acho que é um momento nosso, acho que são nas grandes crises que a gente mostra melhor os nossos valores, os nossos valores de solidariedade e generosidade, do afeto que nós podemos ter uns com os outros, na nossa humanidade de expressar a nossa humanidade, acho que tem ação política e expressar a humanidade e buscar fazer o nosso trabalho junto com os nossos colegas de trabalho o melhor possível a cada dia, eu acho que é isso que a gente pode dizer. Lock Down já Nacional!

Essa é a única solução no momento, eu queria fazer uma sugestão Ana Luiza para acabar, primeiro falar o que o Davi falou, que as pessoas para ganhar um certificado elas precisam fazer um comentariozinho ali no chat e que também talvez a gente possa pegar, como depois, nunca dá para responder todas as perguntas, mas daria para fazer uma síntese das perguntas e a gente poderia responder essas perguntas lá no site da região e redes, talvez uma coisinha assim como se fosse uma síntese do debate alguma coisa assim, ou talvez

pudesse para as pessoas também não desestimularam, para que as pessoas façam perguntas, porque mesmo que a gente não responda a gente pensa nas perguntas e coloca nas próximas questões. Abre o seu microfone Ana.

[01:28:33]

[Mulher 1: Ana Luiza]

Na próxima semana, nós já teremos algumas dessas perguntas e vamos começar a selecioná-las, editá-las para que as professoras possam responder. Excelente essa sugestão da Lígia. Eu quero encerrar, então, aqui dizendo: olha, o Davi estava preocupado que a gente cumprisse o nosso horário, cumprimos o nosso horário e convidar a todos que hoje tem abertura às 16:30 do 4º congresso de política e planejamento de gestão em saúde na faculdade de saúde pública da USP, onde vocês vão ter a oportunidade de ver mais uma vez a professora Aylene, a professora Lígia coordenando mesas e apresentando as suas ponderações sobre a questão da atenção primária no Brasil. Muito obrigada pela presença das duas, obrigada por todos vocês e eu acho que foi uma excelente tarde, pelo menos. Isso me deu um alento para o meu coração. Muito obrigada!