

contact 27

Dezembro 1982

Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial das Igrejas — Genebra

Combate à desnutrição infantil na comunidade



Também neste número:

Papel do médico em um serviço de atenção primária: Reflexões

- CONTACT 20 Não apenas sobreviver mas TER VIDA PLENA: um enfoque da Comissão Médica Cristã — *Stuart Kingma*
Alimentação infantil: adoção do código internacional para o mercado de substitutos do leite materno
- CONTACT 21 Como levar os medicamentos essenciais à população — *Stuart Kingma*

1982

- CONTACT 22 Envelhecer: uma questão de valores
Primeiro congresso médico para a prevenção de guerra nuclear
- CONTACT 23 Atenção à saúde num povoado egípcio — *Marie Assaad e S. El Katsha*
- CONTACT 24 A igreja e as injustiças com a saúde — *Julio A. Monsalvo*
- CONTACT 25 O precário sistema de saúde nas sociedades desenvolvidas.

As Igrejas procuram uma alternativa — *Janelle Goetcheus*

CONTACT 26 As causas da fome no mundo — *Frances Moore Lappé e J. Collins* * Edição esgotada

Caso queira receber números atrasados, por favor envie o seu pedido para

TAPS Tecnologia Alternativa na Promoção da Saúde

Caixa Postal 20.833

01000 — São Paulo — SP

anexando um cheque nominal cruzado no valor de Cr\$ 100,00 (cem cruzeiros) por caderno CONTACT, para cobrir as despesas com embalagem e correio. Remetendo Vale Postal, mencione o número da Caixa Postal e A.P.T. Shopping Center Iguatemi 40.0084, São Paulo. Não remetemos os números atrasados como IMPRESSO, para evitar sua destruição pelo Correio no caso do destinatário não ser encontrado.

Papel do médico em um serviço de atenção primária: reflexões

Eymard Mourão Vasconcelos *

O que segue são alguns trechos de um relato do Dr. Eymard Mourão Vasconcelos sobre sua experiência como médico do Centro de Saúde de Pilõezinhos no interior paraibano. Nesse município — que conta com 6.000 habitantes, 2/3 dos quais moram na zona rural — o Dr. Eymard trabalhou dois anos e meio na implantação de um programa de Atenção Primária.

Atenção médica primária

Era grande a expectativa sobre a atenção do médico nos Centros de Saúde. Ele teria que ser um clínico que soubesse resolver, com os poucos recursos disponíveis, a maioria dos problemas de saúde existentes e teria que fazê-lo de uma maneira que contribuísse na educação da população e incentivando a incorporação de hábitos e atitudes benéficas à saúde. Seria ainda um administrador do serviço e um educador dos atendentes e visitantes, que tinham recebido um treinamento reduzido, mas que deveriam ir assumindo progressivamente tarefas cada vez mais importantes. O médico deveria coordenar as atividades de educação em saúde na comunidade e atuar junto às outras instituições locais (E-mater, Prefeitura, Mobral, Grupos Escolares, Câmara

dos Vereadores, Sindicato dos trabalhadores Rurais, etc.), de modo a programar ações sanitárias conjuntas. E finalmente deveria colaborar no surgimento de grupos comunitários voltados para a solução dos problemas de saúde do município.

Diante de tão ampla tarefa um grande impecilho logo se coloca: a imensa demanda de casos clínicos, muitos deles graves a tomar todo o tempo e todas as energias do médico. É angustiante ver adultos e crianças com importantes problemas de saúde terem de voltar para casa sem uma solução — após terem caminhado até 7 km — simplesmente porque o seu número está acima de minha capacidade. *Mas querer atender todos era o mesmo que querer esvaziar o mar com um balde: o processo de geração da doença estava intacto.* A única esperança de alterar parcialmente este quadro era desenvolver algumas ações de educação, de saneamento e de imunização, de participação comunitária e de preparo de pessoal auxiliar que demandavam tempo e energia para serem executados.

Como fazer? Resolvi então limitar o tempo dedicado ao atendimento clínico. Mas dentro deste tempo limitado eu deveria atender um grande número de pessoas de um modo superficial ou deveria atender um número menor, mas quem se permitisse uma abordagem clínica mais profunda e com algum tempo para aconselhamento? Escolhi a segunda opção: passei a atender “apenas” 13 pessoas por expediente mais os casos graves e de urgência que apareciam após a distribuição das fichas (este número é considerado baixo para os hábitos médicos na região).

* Professor assistente do Departamento de Promoção da Saúde da UFPb. Médico com residência em Clínica Médica e especialização em Saúde Pública, Dr. Eymard M. Vasconcelos foi contratado em 1978 pela UFPb para trabalhar em um projeto de Integração Docente Assistencial na Região do Brejo Paraibano.

Para dar continuidade ao seguimento dos indivíduos e dos problemas da coletividade foram usadas duas estratégias: a *delegação de funções* às atendentes e às visitadoras e a organização de um *sistema de aprazamento de consultas*.

É fácil para uma auxiliar de saúde, que vive na comunidade, acompanhar o serviço de coleta de lixo recém implantado. Ela pode também assumir com grande eficiência o controle da medicação dos pacientes com tuberculose, o controle dos hipertensos já equilibrados, o acompanhamento da hidratação domiciliar das crianças com diarreia, o seguimento dos pacientes com patologias crônicas, a busca dos faltosos à vacinação e o acompanhamento da medicação e dos cuidados dos doentes que demandam maior atenção. Para isto, ajuda bastante arquivar separadamente as fichas clínicas destes pacientes carentes de maior acompanhamento. Periodicamente as auxiliares de saúde passam os olhos nestes arquivos de casos especiais e revêem cada caso.

Para criar um sistema de aprazamento dos retornos às consultas médicas eficaz basta um recurso simples, mas que eu custei a descobrir: um caderno onde são anotadas as consultas de retorno. Antes de distribuir as fichas para a consulta médica a atendente consulta o caderno e vê quantas fichas precisa deixar reservadas.

Para o serviço de Atenção Primária seria importante que houvesse uma rede hierarquizada de serviços (Atenção Secundária e Terciária) para onde se possa encaminhar os pacientes que necessitam de cuidados mais complexos. Neste sentido não existia nada formalizado na região. Alguns doentes graves eram encaminhados para um dos dois hospitais de Guarabira, através da amizade que eu tinha com alguns dos médicos que lá trabalhavam.

Os casos que necessitavam de alguma investigação diagnóstica eram encaminhados para o ambulatório do Hospital Universitário em João Pessoa (um Serviço Terciário). A maioria dos doentes não tinha condições para isto, pois as filas eram grandes, o transporte caro e a hospedagem em João Pessoa impossível. A maioria destes casos não precisava de ambulatório muito sofisticado ou com subspecialistas como os que existem em João Pessoa. Um bom internista e um pediatra com recursos propedêuticos básicos (radiografias simples, exames laboratoriais elementares e E.C.G.) resolveriam a maioria destes casos sem sobrecarregar um serviço de alto nível e caro.

Outro aspecto, é que eu nunca recebi nenhum relatório clínico com impressão diagnóstica e orientação terapêutica de pacientes que havia encaminhado para serviços complexos, apesar de muitas vezes ter solicitado. Muitos pacientes gastavam o que não tinham para conseguir uma consulta nestes serviços e só voltavam com uma receita na mão. Acontece que o acompanhamento destes pacientes seria feito até o resto de suas vidas pelo médico local que, bem orientado, tem melhores condições de acompanhamento. Os médicos dos serviços de saúde mais complexos ainda não perceberam a importância de trabalhar integrados com os serviços locais.

Novos papéis para o médico

O médico tem uma formação e uma origem muito diferente do homem simples do campo. A sua lógica de pensamento e a sua linguagem são difíceis de serem entendidas pelas pessoas mais simples. Se o médico quer ter uma atuação educativa ou pelo menos fazer entender as suas orientações, ele terá que ter a iniciativa de adaptação. E isto ele só conseguirá através de uma convivência com a população, criando amizades e buscando uma interação profissional mais estreita. Um exemplo é a visita domiciliar. Aprendi muito com visitas a casas de pacientes. Através delas pude entender um pouco a sua maneira de viver. Como é difícil preparar uma solução para hidratação oral em uma casa onde só existe um fogareiro de carvão, uma panela que, em geral, está ocupada preparando algum alimento, em que não existem recipientes limpos para guardar a solução e que todas as colheres estão contaminadas pelas moscas e pela falta de água acessível e de sabão! Depois que descobri isto, fiquei imaginando o esforço que muitos pacientes tiveram que fazer para entender e colocar em prática as minhas orientações. A ausência de um pequeno recurso torna às vezes impossível a execução de uma orientação sanitária.

Só através da convivência passamos a ter a abertura dos pacientes. E este ponto é em muitos casos mais importante do que a existência de maiores recursos. Infelizmente a Secretaria de Saúde contratou os médicos dos Centros de Saúde por apenas 4 horas diárias, não dando, pois, condições aos mesmos de se fixarem na cidade. A maior parte dos médicos só vai ao município para cumprir algumas horas de expediente, passando o restante do tempo deslocando-se para outros municípios, a fim de complementar o salário. Acho que todos os funcionários do Centro de Saúde deveriam ser contratados em regime de tempo integral.

Em um ambulatório comum as atividades se resumem em responder a demanda da população. O serviço faz aquilo que é cobrado pelo doente que o procura. O ambulatório atende as necessidades sentidas, isto é, aquelas em que o indivíduo se percebe como necessitando de uma atenção. Mas existem também as necessidades não sentidas de saúde, ou seja, aquelas que os indivíduos em geral não procuram (exemplo: vacinações, educação em saúde, saneamento, identificação precoce de patologias, profilaxia medicamentosa de doenças infecciosas, etc). As ações voltadas para as necessidades não sentidas exigem metas programadas numericamente para cada ação. O médico precisa saber quantas gestantes tem em sua comunidade e quantos pré-natais necessita fazer por mês. Precisa saber quantas crianças em idade de vacinação existem e quantas doses de cada vacina tem que fazer mensalmente. Deve saber o número esperado de pacientes que tosse a mais de 20 dias e que, portanto, necessitam fazer pesquisa de Baar no escarro para avaliar o controle de tuberculose feito pelas atendentes. Precisa ter informantes na comunidade que lhe indiquem os casos de sarampo, coqueluche ocorridos e os partos domiciliares para programar ações sanitárias específicas. Para fazer isto, o médico precisa ter conhecimento de demografia e epidemiologia que, em geral, são pouco importantes na prática médica. Se não

os tiver, passará a ser um mero cumpridor, sem criatividade, de metas e atividades traçadas por técnicos distantes e pouco conhecedores da realidade local.

O médico de um Centro de Atenção Primária é, portanto, fundamentalmente um *planejador*. E isto é algo bastante motivador e desafiante se for encarado com seriedade.

O planejamento requer estatísticas confiáveis de todas as atividades executadas. Para isto, o médico precisa saber entender e orientar a rotina de coletas destes dados para reorientar periodicamente as prioridades nas atividades do Centro de Saúde. Esta atividade será, antes de tudo, um processo de educação continuada.

O médico como chefe habitual dos Centros de Saúde tem ainda a importante tarefa de *administrar* todo o serviço. Afinal suas consultas, fechadas dentro do gabinete, têm ação muito limitada se não forem potencializadas e complementadas por uma série de outras ações do restante da equipe. Administrar esta equipe foi uma das tarefas mais difíceis que eu encontrei. É impressionante o número de conflitos e diversidade de interesses pessoais dentro de tão pequena equipe. Além disto, o treinamento do pessoal auxiliar foi muito escasso para a multiplicidade e importância das tarefas que lhe foram atribuídas. Uma solução muito importante foi a criação da rotina de reuniões periódicas (semanais ou quinzenais) com toda a equipe. Estas reuniões serviam ao mesmo tempo de psicoterapia em grupo para os conflitos pessoais existentes, educação continuada através de discussões dos problemas técnicos existentes e de temas previamente marcados, como também de cobrança dos compromissos anteriores assumidos.

A autonomia do chefe imediato, no funcionalismo público estadual, é muito limitada. Suas ações não podem se chocar com os interesses do poder político local. Isto interfere muito na administração interna do serviço. A maioria dos funcionários tem o seu apadrinhamento político. Por isto o chefe de um Centro de Saúde precisa conseguir os objetivos através da *motivação* pessoal de cada funcionário. Para conseguir isto, precisa ter amizade, dar exemplo, discutir abertamente as dúvidas e divergências e saber cobrar compromissos assumidos anteriormente. Deve evitar, o máximo, o conflito com os funcionários, pois a partir daí perde toda a sua ação sobre os mesmos. Afinal o seu poder disciplinar é mínimo. O chefe de um serviço pode ficar desmoralizado se adotar uma sanção disciplinar tornada sem efeito, posteriormente, por interferência de uma autoridade política externa ao serviço.

Administrar a equipe de saúde é uma arte difícil às vezes. Mas nos momentos em que se consegue criar uma atmosfera aberta e participativa, em que todos se sentem responsáveis pelo serviço e capazes de influenciar mudanças, a administração se torna um processo altamente enriquecedor.

Nos dois anos e meio em que atuei em Pilõezinhos fiquei plenamente convencido da capacidade das atendentes e visitadoras exercerem muitas das atividades antes restritas apenas ao médico. Algumas vezes, pelo seu maior envolvimento com a comunidade e por serem mais acessíveis, desempenharam atividades de maneira muito mais eficiente do que eu o faria. É, entretanto, fundamental um acompanhamento constante, pois tiveram um treinamento muito rápido (e em verdade, o melhor treinamento é o acompanhamento em serviço).

Interagindo com a comunidade

A vida social em uma cidade pequena é muito intensa, ao contrário do que parece à primeira vista; as famílias de modo algum se isolam em suas casas; a vida é muito mais em comum. O relacionamento é fácil. É muito gratificante poder participar desta abertura social, principalmente para o médico que é sempre bem recebido. E seria muito melhor se eu morasse na cidade. A limitação de tempo de convivência com a comunidade me impediu vencer duas barreiras importantes no relacionamento com a população: a mistificação e o servilismo. A nossa mistificação como "o doutor" e como "homem de bem" excita a nossa vaidade e dificulta um relacionamento mais natural e espontâneo, despreocupado com a manutenção desta boa imagem. O servilismo, que é o fruto de uma visão de inferioridade e submissão por parte do povo diante dos "doutores", impede que as pessoas se coloquem com sinceridade e espontaneidade, o que seria muito enriquecedor.

Muitas vezes não conseguimos atingir algumas metas, apesar de grande esforço. Aparentemente era a população que não estava retribuindo o nosso esforço. Por várias vezes a nossa equipe se percebeu desenvolvendo uma revolta e uma antipatia à preguiça, a falta de interesse e aos maus costumes da população. Este é um grande perigo: a população passa a ser o inimigo cheio de vícios. Os pequenos atritos que por vezes acontecem com populares colaboram com esta tendência. Mas sempre que parávamos para refletir, descobríamos alguns aspectos que não estavam sendo considerados no nosso planejamento inicial. É verdade que a população também tem os seus maus costumes, mas é surpreendente a sua abertura, o seu interesse a um trabalho conjunto, desde que saibamos dialogar e propor alternativas adequadas às suas condições. Uma lição ficou clara para mim: *diante de qualquer dificuldade é preciso sempre dar um voto de confiança à população. O mais provável é que haja um erro em nossa ação*. Afinal de contas, a Atenção Primária é um desafio novo sem muitas experiências acumuladas.

O centro de Saúde deve ser o órgão integrador de todas as ações de saúde realizadas no município pelas várias instituições. É preciso um entrosamento com todos estes órgãos. Isto em parte é facilitado pelo fato de que numa cidade pequena as lideranças são facilmente encontradas em um pequeno passeio que se dá pelas ruas principais. A grande dificuldade é o modelo de organização do setor saúde no Brasil: há uma multiplicidade de órgãos com fins semelhantes e descoordenados. É impressionante a quantidade de órgãos duplicando atividades e estruturas de apoio, em uma cidade tão pequena como Pilõezinhos: Emater, Sucam, Secretaria de Saúde, Prefeitura, programa de Educação em Saúde do Mobral, Benfam, Funrural, Projeto Rondon, Fundação Sesp, Sindicatos dos Trabalhadores Rurais, etc. Como os centros de decisão destes órgãos estão muito distantes, impossibilita muitas vezes ações de saúde integradas e eficazes.

De todas as instituições é mais importante a integração com a Prefeitura Municipal. É a Prefeitura que fornece transporte para a zona rural e funcionários extras para serviços especiais. É ela que ajuda em reparos e compras de alguns materiais de consumo e é também ela que conta com uma infra-estrutura básica para a

execução de qualquer atividade. Numa cidade pequena a Prefeitura quase que se concentra na figura do Prefeito. Existem tentativas de nos usar eleitoralmente e de fazer com que o Centro de Saúde atue de acordo com suas prioridades políticas, dando preferência ao atendimento de seus eleitores e amigos. Há um contínuo jogo de esconder recursos para ações de saúde mais globais (exemplos: atividades de saneamento, manutenção) em detrimento de atividades individuais e de maior repercussão política (exemplo: autorizar o fornecimento de medicamentos em farmácias particulares para conhecidos). Um ponto de atrito com as várias lideranças políticas do município era o costume de trazer seus eleitores para serem atendidos fora da distribuição normal de fichas. E isto eu não aceitava.

Em um município pequeno é muito mais fácil acompanhar todos os acontecimentos importantes por que passa a comunidade. É, portanto, muito mais nítida a correlação de alguns achados clínicos vistos no consultório com os eventos sociais em andamento. O médico é então continuamente chamado a participar destes eventos. E com isto ele muitas vezes se vê diante de um dilema: ou é omisso frente a uma série de injustiças sociais geradoras de doenças que acompanha, ou se posiciona e corre o risco de ter suas atividades interrompidas pelas pressões dos grupos econômicos. A solução é uma atuação cuidadosa, mas firme e com o conhecimento das forças políticas envolvidas.

Apesar das dificuldades, a nossa equipe conseguiu realizar várias atividades que ajudaram a movimentar um pouco a comunidade. Fizemos freqüentes visitas a áreas rurais para mini-campanhas de vacinação, consultas médicas, principalmente a pacientes que não podiam se deslocar, e discussões de aspectos ligados à saúde local. Estruturamos com a Prefeitura um serviço de coleta de lixo. Fizemos cursos para parteiras e para as professoras primárias da rede municipal (capacitando-as a prestar educação em saúde aos seus alunos). Participamos de reuniões na Câmara de Vereadores, Sindicatos de Trabalhadores Rurais e missas e reuniões dos grupos de evangelização, onde procuramos discutir temas de saúde. Por várias vezes passamos filmes e slides abordando aspectos de saúde em praça pública à noite com presença de mais de duzentas pessoas. Foi estruturada uma rotina mensal de bochechos de soluções fluoradas nos vários grupos escolares. Infelizmente a maioria destas atividades não teve continuidade. A inconstância do fornecimento de alguns materiais básicos de manutenção (agulhas para vacinação, fluor, etc.), a dificuldade de se conseguir transporte, a falta de incentivo do pessoal de apoio da Secretaria de Saúde e a grande pressão da demanda clínica no Centro de Saúde colaboraram para isto.

É sempre útil relembrar que o grande desafio para os serviços de saúde é a questão de manutenção, seja material, seja de apoio aos recursos humanos. É muito fácil e glorioso implantar serviços. O difícil é programar recursos e organizar uma infra-estrutura de apoio humano e material aos mesmos. Sofremos muito em consequência deste vício.

Uma atividade, no entanto, teve grande sucesso. Em conjunto com uma outra professora da UFPb, também participando do projeto de Integração Docente Assistencial na região, iniciamos um programa na rádio recém inaugurada (final de 1979). Semanalmente íamos

ao ar com o programa "A hora da Saúde", onde procurávamos discutir aspectos observados em nossa prática de saúde. Recebíamos um grande número de cartas consultando sobre problemas vários e éramos convidados a visitar comunidades da região para orientar e divulgar problemas locais ligados à saúde. Como o Doutor e a Doutora Saúde (o nosso nome na rádio) nos tornamos muito populares. Em qualquer povoado dos 23 municípios da região que visitávamos, éramos prontamente reconhecidos pela voz. O programa de rádio significou não só um canal de veiculação de informações sanitárias, como também um canal de participação da comunidade. Recebíamos inúmeras cartas colocando dúvidas e problemas e fazendo denúncias variadas. Éramos chamados para participar de reuniões em comunidades que estavam sofrendo problemas de saúde e convidados a divulgar suas reivindicações. O rádio nos fez conhecidos, facilitando a nossa integração junto à população. Mais integrados, pudemos conhecer melhor os seus problemas, suas verdades e os seus costumes e passar a divulgá-los pelo meio de comunicação de massa mais importante da região. Tivemos a oportunidade de conhecer algumas lideranças populares, que passaram então a participar do programa através de entrevistas gravadas. Foi um processo muito rico e que muito nos surpreendeu. Infelizmente pressões de alguns políticos locais fizeram com que o nosso programa de rádio fosse tirado do ar. A reação da população, expressa por múltiplos abaixo assinados em 20 municípios, totalizando 7.400 assinaturas e várias cartas de protestos de Câmaras de Vereadores, Sindicatos de Trabalhadores Rurais, Prefeitos, Associações de Bairro e da Igreja local, foi insuficiente, mas nos deu a segurança do acerto do caminho tomado. Não há maior estímulo do que tão ampla gratidão.

Estágio rural integrado

Recebemos, com certa irregularidade em Pilõezinhos, estagiários do último ano dos cursos de medicina, enfermagem, nutrição, bioquímica e odontologia. Tínhamos, pois, oportunidade de observar as reações que experimentavam aqueles alunos, frutos finais dos currículos dos cursos de saúde da UFPb, diante da realidade rural. Quase sempre ficávamos chocados com a falta de preparo destes alunos para a atuação neste meio. Era comum ouvir afirmações:

"Aqui eu não tenho nada para fazer, pois não existem os recursos necessários."

No entanto a carência da população era gritante: as possibilidades de atuação eram múltiplas.

O aluno é preparado para um modelo de atuação profissional muito diferente e não enxerga formas de adequação de seus conhecimentos a essa realidade. O curto período de estágio (um mês) não permite uma reestruturação desta prática. Mesmo assim, a presença de estagiários foi muito importante no aperfeiçoamento e na organização de atividades inovadoras junto à comunidade. Foi importante na complementação do treinamento das atendentes e visitadoras. O estudante pergunta, critica, cobra, motiva, anima e não permite acomodamentos. Acho que eles também aprenderam bastante com esta nova prática e com a convivência com a população rural.

Conclusão

No Centro de Saúde de Pilõezinhos tínhamos um serviço simples, eficiente (eficiência que me surpreendeu, formado que fora em Hospital Universitário), de baixo custo e com um relativo grau de continuidade no acompanhamento aos problemas de saúde. Mas a população só tinha fácil acesso às atividades exercidas pelas atendentes e visitadoras. As consultas médicas eram de difícil acesso. E a integração com os níveis mais complexos da Atenção de Saúde era quase inexistente, fazendo com que na prática a maioria da população não pudesse resolver os seus problemas mais complicados. Serviços Primários da Saúde, por mais organizados que sejam, não estando integrados a uma rede hierarquizadora de serviços mais complexos, são uma maneira eficiente e racional de preservar a injustiça na distribuição dos recursos.

Apesar de todos os problemas, o Centro de Saúde representou um passo imenso na melhoria dos serviços de saúde em Pilõezinhos. O pequeno aumento de custos necessário para essa melhoria mostra como é racional expandir a rede de Serviços Primários no Brasil. O reconhecimento e o respeito da população pela equipe de saúde foi um sinal importante da sua viabilidade. De modo algum houve reações negativas ao fato das atendentes e visitadoras executarem ações sanitárias progressivamente mais complexas.

Pessoalmente, a minha experiência como médico do Centro de Saúde de Pilõezinhos foi riquíssima. Tenho plena consciência que como médico de um Serviço de

Atenção Primária fui muitas vezes mais útil e eficiente do que seria se estivesse em um serviço de alta sofisticação técnica e especialização. Ser médico de um Centro de Saúde é gratificante e desafiante. Há um grande campo para a expansão de criatividade e da arte médica. Sentimos o orgulho de ser médicos. Infelizmente, o isolamento, fruto da falta de uma infra-estrutura de apoio, é um fato que machuca. Consegui vencê-lo em parte pela minha ligação profissional com a Universidade e com a vinda de estagiários. Mas isto não acontece com todos os médicos.

A proposta de expansão dos serviços básicos de saúde é válida e urgente. Mas é preciso criar condições para que possa acontecer com eficiência. É preciso que a pesquisa científica se volte para este novo desafio: a criação de uma tecnologia da saúde apropriada às nossas condições. A nova fronteira da ciência tem que se voltar para o simples, para a padronização das técnicas e para a seleção do que é realmente eficiente. É preciso inverter a prioridade que atualmente se dá à investigação de procedimentos caros, que demandam aparelhagem de alta sofisticação e grande custo e que não são reproduzíveis em larga escala.

O ensino médico tem que ser reformulado para permitir a formação de alunos mais adequados aos Serviços de Atenção Primária que assumirão grande importância em futuro próximo.

É também fundamental a reformulação da política de saúde, tornando a criação de um Sistema Nacional de Saúde realmente hierarquizado a principal prioridade.