

Estratégia de Saúde da Família: a melhor aposta para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias

Family Health Strategy: the best alternative for a health system oriented towards the protection of people and civilizatory achievements

Estrategia de Salud de la Familia: la mejor alternativa para un sistema de salud orientado para la protección de personas y conquistas civilizadoras

Stephan Sperling | academico.stephan@gmail.com

Universidade de São Paulo, Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e Faculdade de Medicina. São Paulo, Brasil.

Resumo

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) permanece a melhor aposta para oferecer acesso e coordenação ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Contudo, desde a década de 1990, sua estruturação tem sido marcada por contradições relevantes, tanto pela fragilidade de sua política de gestão, avançando pouco na consolidação de seus atributos, como pelos limites de sua política de cuidado, muitas vezes gerando iniquidades na assistência. Analisando o fenômeno da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que se presume ser uma agenda desregulamentadora para a porta de entrada do sistema, busca-se indicar possibilidades de enfrentamento para consolidação do modelo da ESF no país e fortalecimento de todo o sistema de saúde.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família; atenção básica; atenção primária à saúde; Política Nacional de Atenção Básica; cuidado centrado em pessoas.

Abstract

The ESF – Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy) remains the best alternative to offer coordination of care and access to the Brazilian SUS – Sistema Único de Saúde (known as Unified Health System). However, since the 1990s, its structuring has been marked by significant contradictions, due to the fragility of its administrative policy, with little progress in the consolidation of its attributes, as well as the limits of its clinical governance policy, often generating iniquities in care. Analyzing the phenomenon of the revision of the PNAB – Política Nacional de Atenção Básica (National Policy on Primary Health Care), which is assumed to be a deregulatory agenda on the gateway to system, we seek to indicate possibilities of confrontation to consolidate the model of the Family Health Strategy in Brazil and to strengthen the entire health system.

Keywords: Family Health Strategy; primary care; primary health care; National Policy on Primary Health Care; person-centred care.

Resumen

A ESF – Estratégia de Saúde da Família (La Estrategia de Salud de la Familia) permanece la mejor alternativa para ofrecer acceso y coordinación al SUS – Sistema Único de Saúde (Sistema Único de Salud) brasileño. Sin embargo, desde los años 1990, su estructuración ha sido señalada por contradicciones relevantes, tanto por la fragilidad de su política de gestión, avanzando poco en la consolidación de sus atributos, como también por los límites de su política de cuidado, muchas veces generando iniquidades en la asistencia. Analizando el fenómeno de la revisión de la PNAB – Política Nacional de Atención Básica (Política Nacional de Atención Primaria de Salud), la cual se presume ser una agenda de desreglamentación de la puerta de entrada del sistema, se busca indicar los posibles enfrentamientos para la consolidación del modelo de la ESF en Brasil y el fortalecimiento de todo el sistema de salud.

Palabras clave: Estrategia de Salud de la Familia; atención básica; atención primaria de salud; Política Nacional de Atención Básica; cuidado centrado en personas.

INFORMAÇÕES DO ARTIGO

Contribuição dos autores: autor único.

Declaração de conflito de interesses: declaro não haver conflitos.

Fontes de financiamento: não houve financiamento para a produção.

Considerações éticas: não há.

Agradecimento/Contribuições adicionais: Agradecimento ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, que mantém sempre aquecida a atual a defesa do direito fundamental à saúde.

Histórico do artigo: **Submetido:** 19.set.2017 | **Aceito:** 20.set.2017 | **Publicado:** 29.dez.2017

Apresentação anterior: não houve.

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

As comunidades humanas, ao longo do processo histórico, foram extremamente prolíferas em estruturar a oferta de cuidados em saúde. Não obstante tal multiplicidade de formas e sistemas, dois grandes marcos no pensamento mundial para a saúde humana assinalaram convergências técnicas, administrativas e políticas entre os diversos sistemas, consolidando-se, sobretudo no pós-guerra, como orientadores para a produção de cuidado equitativo, integral e econômico: a universalidade do direito à saúde e a necessidade de uma atenção primária sólida, como porta de entrada, *gate*, para o sistema.

Atenção primária à saúde: um projeto à margem do sistema

A Estratégia de Saúde da Família consolidou-se como política sanitária prioritária para o acesso aos equipamentos e cuidados em saúde ao longo da primeira metade da década de 1990, impulsionada tanto pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), instituído e regulamentado em 1997 e compreendido como estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF), quanto pela Norma Operacional Básica 96, a qual, segundo letra da Portaria, “redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)”¹. Deve-se observar que o Pacs e a NOB 96, pouco registram, ou reconhecem, o modelo Saúde da Família com estratégia para conformação de uma atenção primária à saúde nacional, que atenda às necessidades de saúde da população.

De fato, a legislação pertinente, assim como os produtos técnicos do Ministério da Saúde, à época, parecem indicar o consenso, desmistificado pelas melhores evidências que se seguiram, de que as descentralizações financeira e de gestão; o investimento em vigilância à saúde territorializada, reconhecida apenas como “[...] concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida”²; e a oferta de cuidados em saúde básicos, significando frequentemente atenção a condições de saúde de baixa complexidade, ou, sobretudo, a condições crônicas, degenerativas e não transmissíveis potencializariam o Sistema Único de Saúde, apesar das reticências em relação à organização do provimento de atenção primária em todo o território nacional.

As contradições que se seguiram, por exemplo, no acesso ao *gate* do sistema, ou na baixa resolutividade da atenção primária, não podem ser consideradas apenas fruto dessa imprevidência no que se refere à elaboração e à normatização do provimento de cuidado, como se as disputas sanitárias e seus atores tivessem optado por eleger uma atenção ineficaz: é preciso recordar o desafio de se avançar com um sistema universal, pautado pelo direito humano à saúde, no seio de um dos maiores sistemas de proteção social do globo, durante os anos duros da restauração do neoliberalismo brasileiro.

A lógica que penetrava as políticas públicas, naquele período, em certa medida resgatada na atual revisão da Política Nacional de Atenção Básica, revisão marcada por baixa concentração democrática e participativa, foi inquestionável protagonista na conformação do modelo de produção de cuidado. O Estado, grosseiramente analisando, na perspectiva financista proposta pelo neoliberalismo, deveria ocupar-se de prover mínima cobertura de acesso, segmentada sobretudo para o recorte populacional mais vulnerável, a serviços ou intervenções em saúde que se traduzissem num menor comprometimento do orçamento atrelado a uma maior resolutividade sanitária. Assim, o Sistema Único de Saúde, em seu nascedouro, fora marcado por dois deletérios signos regentes: o do subfinanciamento crônico com injusta alocação de recursos, privilegiando os segmentos hospitalares e terciários; e o da *Falácia de Beveridge*, pervertendo a prevenção e a promoção em saúde, como recursos contributivos para o cuidado, com a justificativa exclusiva de diminuição do custo do sistema, deixando marginalizado o cuidado clínico.

A Estratégia de Saúde da Família: possibilidade de rompimento histórico sob condução temerária

A Estratégia de Saúde da Família, tornando-se modelo prioritário de provimento de acesso e cuidado em atenção primária à saúde, permitiu importante questionamento da lógica de funcionamento deste nível de atenção e se, de fato, avançou defasadamente na assegurar e consolidação dos atributos da atenção primária (acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidado) por todo o território nacional, não é menos verdade lançou luz sobre a herança de precarização que herdara: é necessário mais investimento para cobrir toda a população, tanto quanto acolher todas as demandas de saúde, independentemente de sua natureza e, muito menos, de sua classificação arbitrária imposta pelos serviços de saúde e rotinas de cuidado, isto é, se de menor ou maior complexidade, se aguda ou crônica, se preventiva ou reabilitativa.

Assim, três elementos constitutivos do provimento da atenção primária por meio da Estratégia de Saúde da Família destacam-se como promotores dessa busca de reorganização do que se oferece como política de gestão e como política de cuidado: 1) o incremento na formação de profissionais especialistas em cuidados primários à saúde, especialmente médicos e enfermeiros de família e comunidade, em conjunto com a consolidação dos agentes comunitários; 2) a territorialização e adscrição das equipes de Estratégia de Saúde da Família às comunidades regionalizadas; e 3) a manutenção do nível de atenção como porta de entrada para um sistema nacional de saúde universal, público e gratuito, orientado pela lógica de proteção social.

Especialidades na atenção primária à saúde: esgotamento do modelo clássico de especialidade corporativista e desafios para o processo de trabalho

A formação de profissionais especializados em ofertar cuidados primários de saúde demonstrou-se, nos sistemas nacionais de saúde que os empregam, principal recurso para acolher as demandas da população, aumentando a resolutividade do nível de atenção, tornando mais efetivos os investimentos desses sistemas. Neste aspecto, o cenário brasileiro é marcado por importantes disputas conceituais e políticas, sobretudo após a promulgação em 22 de outubro de 2013, da Lei nº 12.871, instituidora do Programa Mais Médicos para o Brasil.

Indubitavelmente, o fato de a atenção primária brasileira poder contar com profissionais especializados em relações interpessoais, particularmente na relação profissional-pessoa, como indicara Sir Ian McWhinney³, traduz-se em transformação na continuidade das condições de saúde da população, não voltadas apenas para satisfação de rotinas preventivas, ou para execução de políticas verticais, muitas vezes ineficazes ou em conflito com as melhores evidências (como rastreamentos anuais para câncer cervical e mamário, acúmulo de agenda com doenças crônicas não transmissíveis controladas ou ausência de compartilhamento entre profissionais das rotinas de cuidado de condições de baixo risco, como puericultura e pré-natal normais); mas, sobretudo, para dar conta das necessidades de saúde que, diariamente, surgem às portas dos serviços.

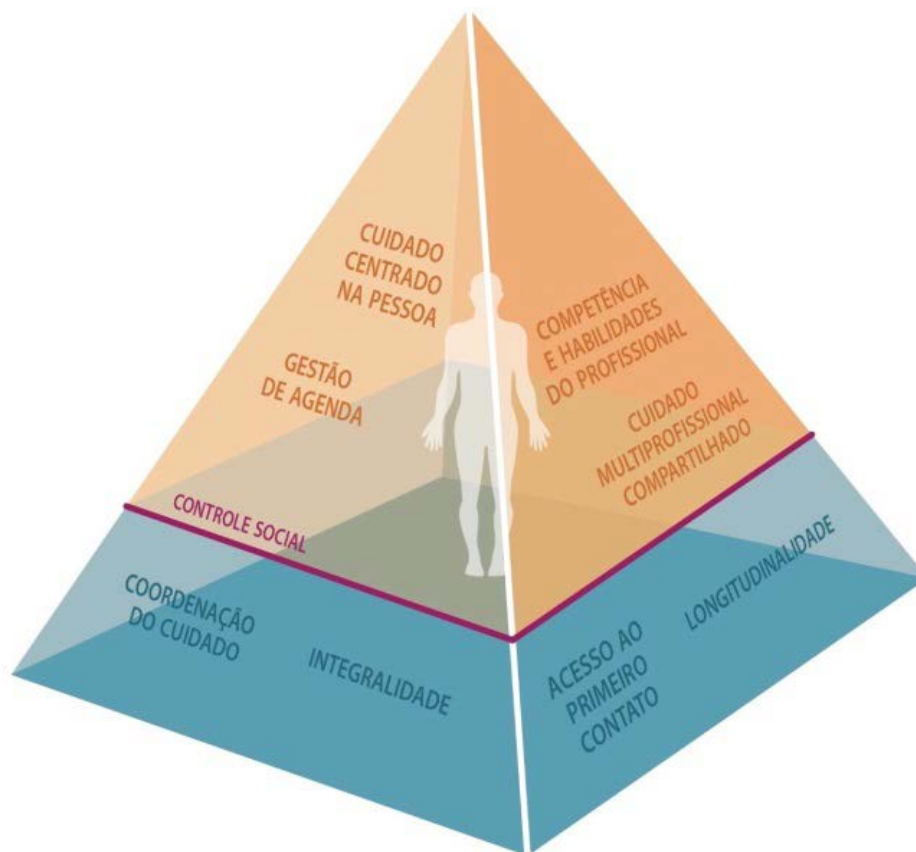


Figura 1. A política de gestão, a política de cuidado e o cuidado centrado na pessoa
 Fonte: elaboração do autor

O sucesso da revitalização da clínica por meio do cuidado centrado em pessoas, entretanto, não pode ser um fenômeno descolado da denúncia e reforma das especialidades em saúde. Para tanto, os debates acesos pelo Programa Mais Médicos para o Brasil são centrais à ordem do dia do Sistema Único de Saúde. Não é mais possível sustentar um sistema de formação que lança como crédito à conta da saúde um volume, tanto de profissionais recém-graduados quanto de especialistas focais, não regulado pelas necessidades sanitárias do país. Assim como não é mais possível sustentar um regime de especialização que dispute a institucionalização do saber específico de cada campo de atuação em atenção primária, como se a finalidade última de médicos ou enfermeiros de família e comunidade, de fisioterapeutas, de terapeutas ocupacionais, de nutricionistas, de psicólogos, de educadores físicos ou de demais categorias de ensino superior fosse a disputa de preponderância de suas corporações na academia e nas rotinas de gestão, objetivando autopromoção para posto de poder e formulação.

A Estratégia de Saúde da Família deve permitir mudança no significado de 'especialidades em saúde', orientando-o para as especificidades de cada campo teórico de atuação no seio da atenção primária à saúde e determinando-o, por meio das competências e habilidades de que os profissionais podem dispor, para atuar na construção comum do processo de trabalho, sempre visando ao cuidado compartilhado com pessoas. Desta forma, os equipamentos de atenção primária devem tornar-se verdadeira rede de ensino e assistência, sendo privilegiados pelas instituições formadoras em seus projetos político-pedagógicos.

Territorialização e adscrição de equipes às comunidades: universalizar o cuidado e denunciar os fenômenos humanos

Criticada por alguns setores do pensamento sanitário, a territorialização e adscrição de equipes de Estratégia de Saúde da Família a comunidades materializa um enfrentamento duro com a liberalização das profissões de saúde e com as ingerências do capital. Para diversos profissionais, a elaboração de uma carteira de pacientes, como expediente de política de cuidado similar ao de que se valem, sobretudo, os sistemas nacionais de saúde anglo-saxões, mesmo não significando necessariamente viés de seleção de pessoas, deve-se registrar, os desobrigaria a permanecer em contato com a clínica de territórios. Para o capital, seguramente, em sistemas de baixa regulação da penetração do privado e do suplementar em suas formas de provimento, esta seria a melhor aposta para segmentação do acesso ao cuidado.

A possibilidade de haver uma equipe de profissionais em contato com as comunidades em seu território implica não apenas a possibilidade de se coordenar o cuidado de pessoas que constroem relações e dinâmicas que se interferem mutuamente, mas igualmente manter vigilância sobre os fenômenos humanos e as contradições sociais que ali ocorrem. Há, neste sentido, uma ampliação da acepção de *gatekeeper* para além da intervenção clínica: a possibilidade de identificar ocorrências da ordem da própria organização social e, em conjunto com as comunidades, apresentar ações alternativas para controle e resolução de contradições, as quais, se sequestradas para dentro do sistema de saúde, ou se objeto apenas de um *label*, um rótulo clínico, apenas medicalizam a vida humana e seus desafios. Seria o caso, a título de exemplo, do esvaziamento de potência e de projeto não identificar as violências por etnia, por gênero ou por orientação sexual perpetradas no território, analisando unicamente a experiência de adoecimento individualizada e oferecendo recursos terapêuticos eminentemente biopsíquicos, sem devolver ao controle social e às comunidades a responsabilidade de construir outra dinâmica de convivência social.

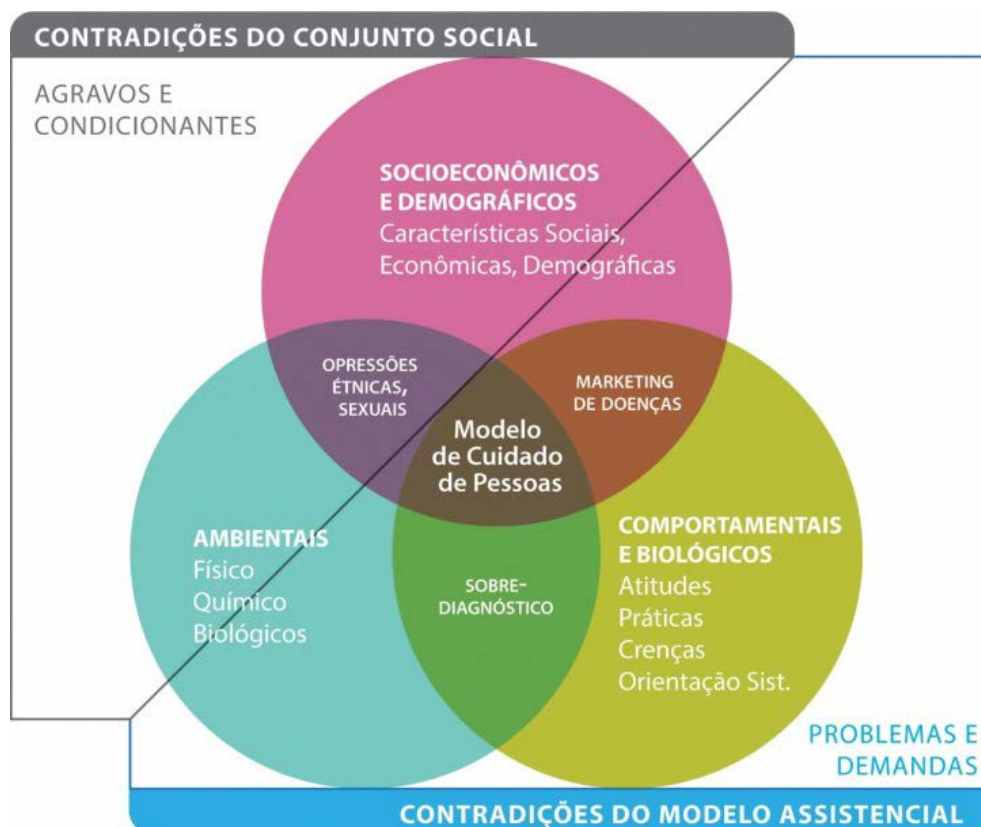


Figura 2. Necessidades de saúde e os desafios do cuidado centrado em pessoas
Fonte: elaboração do autor

Atenção primária à saúde brasileira: o acesso à proteção social sob risco

A Estratégia de Saúde da Família como forma de organização da atenção primária brasileira, portanto, não é apenas uma política para estruturação do provimento de atenção e cuidado, ou de serviços: é o passo decisivo para disputa de um sistema de saúde civilizatório e protetor do ser humano, para além da técnica e da assistência. Sistema civilizatório que apenas obterá êxito se permanecer ao alcance de todos, isto é, se for universal.

Suprimir a universalização do acesso ao sistema por meio da relativização da organização da atenção primária, com aceno favorável a outros modelos, será impor grave retrocesso às brasileiras e aos brasileiros de todo o país, não apenas desconsiderando as melhores evidências, no que diz respeito ao custo econômico do sistema e à resolutividade do cuidado, mas, sobretudo, indicando que o tecido de acolhimento e proteção das contradições colocadas pelos cenários histórico, social e biodemográfico nacionais não terá espaço na programação do cuidado.

Referências

1. Brasil. Norma Operativa 96. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
2. Brasil. Programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
3. McWhinney I. The importance of being different. Br. J. Gen. Pract. 1996 Jul; 46(408):433-36.