

## SAÚDE DA FAMÍLIA: FLEXIBILIZAR SEM PERDER A COMPOSTURA

*A rigidez estrutural da estratégia de Saúde da Família (PSF) precisa urgentemente superar sua fase heróica de implantação, durante a qual ela talvez tenha sido necessária. A própria criatividade dos gestores da saúde já tem proposto inúmeras alternativas, configurando-se, assim, no País-real, não “o” PSF (único), mas muitos e variados PSF. O grande problema, porém, é que tais variações nem sempre se estabelecem de forma conseqüente ou regulada. Mas é preciso mais ousadia, criando mecanismos flexibilizadores – que frequentemente causam horror aos puristas – mas que na verdade podem representar a salvação da Saúde da Família, mais do que sua extinção, com as devidas precauções e salvaguardas.*

- **Os cenários**

Os cenários para a saúde no século XXI estão postos e demonstram, consensualmente, que, dado o caráter movediço da situação de saúde da população neste momento, muitas são as mudanças a serem pensadas e encetadas no setor, sob pena da perda de credibilidade dos seus organismos de gestão, de prestação de serviços e mesmo de formação de pessoal. Se o tema é *mudança*, cumpre evitar alguns desvios de rota que são freqüentes particularmente em programas que buscam inovações do modelo tradicional, como é o caso do Programa de Saúde da Família (PSF). Alguns desses supostos *desvios*: (a) a *explosão “mudancista”*: parte-se do pressuposto que é preciso mudar tudo, mudar já, substituir um mundo antigo e viciado por um novo mundo, repleto de novidades e soluções para todos os problemas; (b) o *paralelismo escapista*: a falta de condições objetivas e de decisão para as mudanças que se fazem necessárias é transformada em remédios paliativos de diversas naturezas, inclusive com a implementação de ações paralelas, supostamente protegidas das adversidades da realidade concreta; (c) a *ilusão isonomista*: supõe-se que aquilo que deu certo em outros lugares ou em outro momento certamente trará resultados *aqui e agora*; (d) a *compulsão normativista*: se tudo parece difícil e a realidade não aceita o que é proposto para ela, criam-se normas diversas e complexas para melhor enquadrá-la e assim, ilusoriamente, fazer as coisas acontecerem. É preciso, pois, buscar novos caminhos, romper com crenças e dogmas, mesmo com relação àquilo que já está (aparentemente) funcionando bem, o que representa um dilema ou até um verdadeiro drama em determinados ambientes, como no âmbito das religiões e de instituições partidárias, espaços onde muitos daqueles que insistem em propor ou promover mudanças indesejadas pela burocracia condutora costumam ser rotulados, de um lado, como apóstatas ou hereges e, de outro, como revisionistas ou portadores de alguma doença infantil.

- **As mudanças necessárias**

O Programa de Saúde da Família (PSF), objeto do presente ensaio, seria um desses processos que está caminhando de forma relativamente adequada. Para alguns, tem provocado mudanças positivas de alto impacto sobre o sistema de atendimento no país, embora para outros padeça de vícios estruturais de difícil remoção. Mesmo na hipótese mais favorável, dificilmente escaparia da necessidade de mudanças qualitativas. É bom lembrar que o mesmo tem origem em proposta fortemente normativa emanada do Ministério da Saúde, com foco em uma estrutura pré-fixada (composição de uma equipe, território de abrangência, número de famílias assistidas) e não em possíveis variáveis de outra natureza, como processos ou mesmo resultados de trabalho. Apoiado, assim, em uma definição prévia e relativamente rígida de estrutura, o PSF, na prática, mostra-se inflexível diante de uma diversidade e da complexidade do setor saúde. Alguma flexibilização de tal proposta poderia, então, ser desejável, considerando a marcante heterogeneidade da realidade brasileira, traduzida pelas dicotomias da localização rural ou urbana das populações atendidas (com o problema adicional de que são muitos os rurais e muitos os urbanos no Brasil); pela existência de grandes e pequenas cidades (algumas com menos de dois mil habitantes, em meio a São Paulo que contém em si a população de dois ou três países da América Latina); pelos avultados problemas sociais vigentes nas periferias dos grandes centros urbanos.

E ainda pulsam fortemente outros dilemas complexos relativos ao atendimento das populações ribeirinhas amazônicas, dos indígenas, dos favelados, dos assentados, dos acampados, dos quilombolas, do *street people*, da população carcerária, além de tantas outras. Em um aspecto peculiar, recursos humanos, o panorama dos PSF em todo o país é muito irregular, especialmente quando se trata do contrato médico. Neste campo, pode-se dizer que “falamos mais alto” certos limites impostos pelo mercado de trabalho, por exemplo, no que se refere ao estoque de profissionais disponíveis. Flexibilizar os conceitos em tal área poderia ser um bom começo, sem impedimento de se pensar também a mudança em termos mais amplos.

Para começar a discussão, algumas constatações. Todos os que trabalham na área da saúde ou que fazem, de alguma forma, proselitismo em torno das questões centrais colocadas pela implantação do SUS no Brasil se acostumaram a desfiar o longo rosário dos confrontos entre o velho sistema e o novo, denunciando as perversas limitações que se estabeleceram em relação ao acesso, à equidade, à integralidade, à participação, ao trabalho em equipe, à incorporação de práticas alternativas etc. Não deixam de ser conseqüentes a maioria das invectivas que se levantam contra o caráter médico, curativo, centrado na doença e no hospital com que se apresenta o sistema antigo, tomado como verdadeiro modelo de ineficiência e de desigualdade.

Mas o que tem força de argumentação e retórica não deve resistir a ponderações mais pragmáticas. Com efeito, bem ou mal, é pelo caráter centrado na doença e no processo curativo que o velho sistema ainda demonstra alguma credibilidade. Afinal, o tradicionalíssimo hospital e o velho centro de saúde, com todos os seus defeitos, representam, em muitas localidades do País, a única possibilidade de atendimento contínuo e resolutivo de que dispõe a população – mesmo em lugares onde as inovações do PSF já foram implantadas, diga-se de passagem.

Em tal sistema, que ainda dá mostras de vitalidade em toda parte, a tão defendida equipe de saúde pouco ou nada pode fazer e pouco agrega, em termos de prestígio social e capacidade de resolver problemas, se nela não estiver presente seu membro mais celebrado – o médico.

Vê-se, assim, que nem tudo na saúde é mera luta do bem contra o mal e, por isso, torna-se necessária uma visão mais arejada e menos maniqueísta da organização da atenção à saúde. O que se esquece ou se abstrai no ato de argumentar (legitimamente) na defesa da saúde e que faz naufragar as melhores intenções nas ondas de pura e vazia retórica, é que as características velhas do modelo de atenção não podem ser apenas substituídas pelos seus opostos. Substituição e troca não são coisas simples, realizáveis por decreto ou pela vontade iluminada. Melhor seria adotar uma visão processual, de superação em seu sentido dialético. Forjar um novo modelo deve significar, sobretudo, a possibilidade de ir além e construir a partir do já estabelecido, separando o que deve permanecer do que deve realmente ser deixado de lado.

Entretanto, como fazer mudanças em um terreno onde o status-quo é tão sedimentado, como é o caso da saúde? Mais uma vez, é melhor manter distância da compulsão normativa e das explosões mudancistas. A tradição popular já adverte sobre os riscos de jogar fora a criança junto à água do banho...

O que parecerá resistência à mudança, muitas vezes ocorre pelo estado de temor das equipes de saúde frente aos novos desafios, pelo acirramento dos interesses corporativos, bem como pelo fato de que a população pode não estar disposta a pagar para ver o que se lhe promete, muitas vezes traduzido por relativa desorganização, mesmo transitória, de um sistema ao qual até então tinha acesso, mesmo que precário. A voz do bom-senso, se for ouvida, aconselhará menos as transformações intempestivas do que uma transição gradual, talvez até lenta em certos momentos, mas realizada sem sobressaltos e sem recuos, a não ser aqueles ditados pelas circunstâncias táticas.

Entretanto, não se pode perder de vista que mudar na saúde, talvez em qualquer outro domínio humano, significa não ter medo de experimentar e até mesmo de errar. Os erros somente serão realmente graves se não reconhecidos ou se persistentes. Os acertos serão de pouca valia se servirem apenas para marcar limites e construir uma estabilidade fictícia. Não há porque temer, portanto, o caráter de laboratório que o processo de mudança deve carregar consigo. O que não se pode é estacionar na placidez dos projetos de efeito demonstrativo, tão freqüentes como fracassados historicamente na saúde.

Mudar, como disse Jean Paul Sartre não é apenas negar o passado, mas sim transformá-lo pela ação. A ação política e estratégica de conquistar aliados para a transformação, além de neutralizar eventuais adversários, é tão ou mais importante do que possuir um completo e miraculoso pacote de soluções tecnicamente adequadas.

O ponto de partida para as mudanças não deve ser uma tabula rasa, mas sim o já construído, o terreno nem sempre desprezível das tradições e das práticas assentadas, vistas com certo senso crítico. Não pode faltar, todavia, abertura e disposição para se mudar o percurso, para procurar novas sendas e até para retroceder se as circunstâncias recomendarem.

- **Superando um paradoxo**

Colocando em termos claros e objetivos, defende-se aqui a idéia que urge superar um paradoxo: faltam novos médicos para o PSF em toda parte; entretanto sobram alguns dos antigos. Esses que sobram, têm seu destino traçado depois da implementação do novo modelo muitas vezes pela simples transferência para serviços de especialidades ou de pronto atendimento. É de se questionar se essa gente não seria recuperável e até recomendável para a prática qualificada da vigilância e da promoção da saúde no âmbito do PSF?

Além disso, a composição das equipes baseada nos rígidos critérios do Ministério da Saúde, por si só, não representa garantia de adesão e competência para a prática da atenção primária à saúde. Por outro lado, não parecem ocorrer evidências de uma relação direta e recíproca entre carga horária e vínculo (no sentido mais amplo e generoso) dos profissionais de saúde.

A primeira proposta que aqui se enuncia é a de incorporar, de forma efetiva, outros profissionais médicos no PSF, nominalmente aqueles membros das equipes de unidades tradicionais, cuja substituição compulsória, gerada por explosões mudancistas e compulsões normativistas e isonomistas resulta em fortes conflitos, seja com os próprios profissionais ou com a clientela que se vê privada dos serviços.

O que se propõe aqui não seria um novo PSF e nem mesmo um retrocesso naquilo que foi construído até hoje, principalmente quanto à responsabilização pela saúde de uma dada população de uma equipe e, dentro dela, de um médico de feição generalista. O que foi estabelecido ao longo da década de implementação do PSF no Brasil constitui uma conquista irreversível. A proposição de outras alternativas – a serem encaradas sem preconceitos – para organizar equipes de Saúde da Família é feita em nome do ato profundamente racional de não se alijar do sistema de saúde alguns profissionais que têm contribuições importantes a dar.

Tal incorporação já vem sendo experimentada aqui e ali, tendo como foco ora os pediatras, ora os ginecologistas e também os clínicos e cirurgiões e as experiências que já se vislumbram podem ajudar a definir de forma mais acurada as estratégias para fazê-lo acontecer. Duas opções surgem no horizonte: a primeira delas, mais usual, é a criação de unidades de referência semi-especializadas para o PSF<sup>1</sup>; a segunda é ainda pouco testada, mas que poderia também ser viável: a criação de Equipes de Saúde da Família especiais, com mais de um médico, ou seja, pediatra, ginecologista e eventualmente, clínico geral. No mais, seriam tais equipes especiais semelhantes às demais quanto ao restante de sua estrutura e, principalmente, pela manutenção dos processos de trabalho essenciais do PSF (atuação em base territorial, enfoque epidemiológico e de riscos, visitas domiciliares etc).

Em um e outro caso, algumas cláusulas de segurança devem ser estabelecidas. Com efeito, especialistas, mesmo pediatras e ginecologistas, acabam por fazer uma competição desigual com os generalistas do PSF perante os olhos da clientela, mesmo quando estes últimos são bem capacitados. Nas unidades de referência, portanto, é importante não haver portas abertas para todo demandante, mas apenas para aqueles que venham encaminhados pelos PSF de determinada área. Este tipo de unidade deve também exercer um papel pedagógico e de capacitação técnica para a equipe que encaminhou o paciente. Seria aconselhável, aliás, que nas consultas referenciadas os próprios médicos e enfermeiros estivessem presentes, para aproveitarem a oportunidade de se reciclarem; ou vice-versa, que os especialistas de referência fossem eles próprios até as equipes de PSF. Isto traria, sem dúvida, a vantagem adicional de instar as equipes de PSF a fazer os encaminhamentos com mais rigor, pois teriam que justificá-los a cada vez que ocorressem, dada a compulsória interlocução com outro médico nos encaminhamentos.

---

<sup>1</sup> Na verdade, uma proposta deste teor vem se concretizando através da criação dos NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos a partir de 2008.

Situação sem dúvida mais complexa seria aquela da Equipe de Saúde da Família Especial. Este caso poderia ter duas vertentes: (a) os pediatras, clínicos e ginecologistas dividiriam a área física da UBSF com outro médico, este sim, típico do PSF; (b) os referidos especialistas formariam, apenas eles, a equipe médica de Saúde da Família. A primeira hipótese seria sem dúvida menos razoável, pois forçosamente levaria a uma divisão de trabalho interna que poderia levar ao risco de esvaziamento das práticas típicas do Médico de Família.

A segunda vertente seria mais recomendável, pois permitiria o estabelecimento de um processo de trabalho no qual seriam divididas as tarefas entre os especialistas presentes, sem que houvesse qualquer competição com o Médico de Família normativo típico, já que este não faria parte de tal equipe.

Incorporar, entretanto, médicos não-generalistas, na equipe de saúde da Família depende de alguns pressupostos. O primeiro deles é a vontade do profissional ser incorporado ao programa, com todas as suas pré-condições e exigências funcionais, bem como manejo de tecnologias específicas, não necessariamente dominadas por aqueles médicos pouco familiarizados com o PSF. Um processo de seleção dessas *equipes especiais* deve ser, acima de tudo, rigoroso – fugindo do voluntarismo e do empirismo. Afinal de contas, dadas as especificidades do PSF, além de vontade, é preciso ter qualificação para este tipo de trabalho. Experiência e qualificação para tanto seriam coisas desejáveis, mas é obrigação do gestor também fornecê-las. Adesão ao processo de trabalho típico do PSF deve ser formalmente ajustada com os candidatos em migração para a nova proposta, dadas as profundas diferenças existentes com o atendimento tradicional.

- **Do incrementalismo nas mudanças**

Além das mudanças propostas na composição da equipe de Saúde da Família, outra ordem de transformações na prática dos PSF é aqui apresentada. No caso, voltadas para um ajuste progressivo dos serviços prestados no modelo tradicional, no sentido de encaminhá-los para uma nova feição, mais adequada aos princípios que norteiam a dinâmica operacional do PSF. Serão estratégias de cunho mais incrementalista, fugindo mais uma vez do caráter explosivo, escapista ou mesmo meramente normativo.

O quadro 1, abaixo, apresenta algumas situações típicas da atenção à saúde dentro do modelo tradicional, indicando respectivamente o que se pode fazer para transformar suas práticas ou adequá-las aos princípios e diretrizes de um modelo inovador, no caso, o de Saúde da Família. A longa lista de intervenções apontada deve ser considerada mais um inventário de sugestões do que propriamente de prescrições.

**QUADRO 1: INTERVENÇÕES E INSTRUMENTOS DENTRO DE UM ENFOQUE INOVADOR DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

ENFOQUE TRADICIONAL	ENFOQUE INOVADOR (APS)	INTERVENÇÕES E INSTRUMENTOS POSSÍVEIS
Atenção individual	Atenção à família e ao grupo social	Prontuários de família Diagnósticos comunitários de saúde Capacitação de <i>cuidadores</i> domiciliares, recrutados nas próprias famílias Horários especiais de trabalho (noturno, finais de semana)
Medicalização da atenção	Atenção multidisciplinar	Gerência global da Unidade, não mais por áreas profissionais Estabelecimento de protocolos de atendimento válidos para toda a equipe Valorização da consulta de enfermagem Instalação do acolhimento Destinação de local apropriado para trabalho dos ACS (quando em atividade na Unidade)
Território e responsabilidades indefinidas	Território definido, com adscrição de clientela e responsabilização	Definição clara da área de abrangência (sujeita a mudanças e ampliações e reduções) Cadastramento de toda a população pelo PACS Trabalho intensivo com mapas, incluindo informação concernente do público usuário
Curativismo restrito	Promoção da Saúde	Inclusão de informações ampliadas (sociais, ambientais etc.) nos prontuários de família Capacitação das equipes com vistas à interdisciplinaridade e ao conceito de Promoção da Saúde

Predomínio da atenção à demanda e verticalização de programas	Equilíbrio entre demanda e programas, com horizontalização da operação dos programas	Estabelecimento do acolhimento Gestão e planejamento local dos programas Clareza na demarcação entre <i>atividades programadas</i> e mediante <i>demanda espontânea</i>
Comunidade = clientela	Comunidade = cidadãos portadores de direitos e deveres	Programas de informação, educação e comunicação Diversificação dos instrumentos de controle social (ex. conselhos locais, disque-saúde, boletins, caixa de sugestões, etc.)
Cenário da atenção restrito às unidades do sistema: ambulatório x hospital (hierarquia)	Cenários múltiplos: lar, escolas, creches, serviços e outros; trabalho em rede, com complementaridade x hierarquia	Implementação do PACS, com visitas domiciliares como atividade rotineira Ampliação dos espaços de atendimento e acompanhamento de pacientes: domicílios, creches, escolas, Unidades de SF, unidades de referência e até mesmo hospital Atendimento e internação domiciliar
<i>Todos são iguais na saúde</i>	Prática da equidade, porém reconhecendo necessidades diferentes e desiguais	Identificação de áreas e grupos de risco Programação por grupos de risco (ex. idosos, gestantes, desnutridos, hipertensos, diabéticos) Territorialização e adscrição de clientela Práticas de visita domiciliar e acolhimento (voltadas para o reconhecimento e a valorização das <i>diferenças</i> )
Práticas restritas ao setor saúde	Intersetorialidade	Planejamento participativo comunitário, com prioridades baseadas na realidade local Autonomia e incentivo local para contatos institucionais para trabalhos conjuntos
Equipes tradicionais	Equipes renovadas	Incorporam-se profissionais que não fazem parte do <i>pacote normativo</i> do PSF: pediatras, ginecologistas, assistentes sociais e outros Todos os membros recebem treinamento técnico e com outros conteúdos Possibilidade de cumprimento da carga horária dos médicos também em outras unidades do sistema de atenção primária (unidades de referência e eventualmente hospitalares) Novos praticantes: terapeutas de família, assistentes sociais, psicólogos – voltados para o objeto família

- **Concluindo**

A natureza dita processual das mudanças aqui discutidas poderia dar a impressão de que não há pontos definitivos de chegada e que as mesmas se inserem em um extenso processo, sem começo ou fim previsível. Isto não é verdade, contudo. O que acontece, é que as mudanças poderão ser estabelecidas em ritmos diferenciados, em função da realidade local. O caráter de laboratório de tal processo, que ultrapassa o conceito de mero efeito demonstrativo ao estilo antigo, servirá sempre como referência técnica e cultural para as mudanças. Cabe, aliás, questionar se toda a rede de serviços deve caminhar exatamente na mesma direção, já que as necessidades a serem atendidas são, certamente, muito diferenciadas. Não seria nenhum absurdo imaginar, dentro de uma mesma área, unidades onde as equipes tradicionais se mantenham, porém atuando de forma inovada, ao lado de outras instituídas estritamente de acordo com o modelo normativo de PSF. Em conclusão, o novo modo de fazer saúde, típico do PSF, caracterizado por uma seqüência de atos: humanizar – acolher – criar vínculo – responsabilizar, deixaria de ser apenas vizinho, ou mesmo inquilino transitório, uma prática paralela das unidades de saúde para se constituir em seu efetivo morador, ou seja, a tradução de sua ideologia e de sua prática essencial. Nestes termos, o modo incrementalista tem pontos de partida e também pontos de chegada definidos, o que não impede que o ato de chegar possa se constituir em novo ponto de partida.

A complexidade e o dinamismo do campo da saúde assim o exigem. Traduzindo em um lema, com todo o risco de simplificação que isso acarreta, o que se pretende, em suma, é encontrar novos instrumentos e mecanismos de qualificar a atenção primária à saúde. O sacrifício (apenas aparente) de alguns quesitos muito caros aos defensores do PSF, mesmo que representasse algum retrocesso – o que parece não ser o caso – seria por si só preço adequado a pagar em prol do aperfeiçoamento e da ampliação de uma estratégia que, sem dúvida, veio para ficar no panorama da saúde no Brasil.

**Flavio A. de Andrade Goulart** (Médico; Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ - Rio de Janeiro; Professor Titular aposentado da Universidade de Brasília; membro fundador do CONASEMS; ex Secretário Municipal de saúde em Uberlândia-MG: 1983-88 e 2003-2004)