

Franco, Cassiano. Comentários preliminares sobre o Projeto Piloto Lista de Pacientes no Centro de Saúde do Santo Antônio em Florianópolis. 2019

Recentemente, desde fins de abril deste ano, tem havido um caloroso debate em torno do lançamento da proposta do município de Florianópolis para reestruturar a adscrição de clientela da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio de lista de pacientes. Em círculos fechados da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, ao mesmo tempo que muitos médicos exultam a inovação e ousadia da iniciativa, outros enxergam consequências que podem desfavorecer a inserção comunitária das equipes e aprofundar iniquidades no acesso à saúde de populações negligenciadas.

A reestruturação apontada prevê que as equipes trabalhem com listas de até 2500 pessoas do município, independente de morar ou não no território definido para a equipe. A lista incluiria pessoas que são atendidas pelos médicos e enfermeiros da ESF, ou seja, os usuários ditos efetivos do serviço. Há ainda certa cobertura territorial em ações de vigilância em saúde, como a avaliação de contactantes de caso de tuberculose na área adscrita, por exemplo. Contudo, a proposta privilegia a livre escolha dos cidadãos e aposta em maior homogeneidade entre as equipes de Saúde da Família (eSF). Deste modo, facilita a avaliação de desempenho e qualidade da assistência e subsidia o planejamento da expansão da ESF em termos mais objetivos de capacidade de atendimento.

A base territorial da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, em especial na ESF, destaca-se como um aspecto diferenciado e potente do seu modelo. Florianópolis, ao se propor como um projeto piloto para o Brasil de uma organização por lista de pacientes, parece divergir, ao invés de aperfeiçoar nesta que é uma característica tão marcante da APS brasileira. Seria uma ruptura? Alguns questionamentos apontam para esta preocupação. Estamos querendo nos aproximar da excelência dos modelos europeus em detrimento das nossas tradições, peculiaridades e necessidades? Estaremos privilegiando ações clínicas individuais e dando menos espaço para a abordagem sobre os determinantes sociais de saúde nos coletivos e comunidades? Estamos realmente inovando ou retrocedendo em direção a um antigo modelo fragmentado de cuidado, sem atuação no ambiente? Não estaríamos enfraquecendo, com a listas de pacientes, o papel das equipes, particularmente do médico de família e comunidade, na vigilância em saúde no território?

Advoga-se que as listas realçam o vínculo e a afinidade entre profissional e usuário. Ou seja, um maior cuidado centrado na pessoa, já que respeita a vontade dos cidadãos, ao invés de submetê-los ao que sanitaristas e profissionais supõem ser melhor para eles. Tal liberdade é compatível com os padrões mais modernos da população, que se desloca com mais facilidade entres os espaços, desde o nível local até o global, e é mais versátil em suas funções. Isto poderia atrair a classe média ao Sistema Único de Saúde, dando maior legitimidade aos serviços públicos de saúde. A população trabalhadora também seria beneficiada, contando com a possibilidade de acompanhamento onde exerce suas funções cotidianas. As listas podem fazer justiça com usuários “fora de área” da ESF, que residem em territórios descobertos pela ESF ou sofrem com uma atenção mais restrita a suas necessidades. Ou ainda, com aqueles que perdem a referência às equipes que o acompanhavam após redivisões administrativas do território.

Em contrapartida, problematiza-se como se dá a construção do vínculo do ponto de vista da competência do próprio profissional de saúde, em que pese, na APS, os laços culturais consolidados na vivência com o povo e o território. Prevalendo os gostos dos pacientes, seria preciso dar conta de arranjos bastante complexos que poderiam cindir as equipes com médicos e enfermeiros com listas distintas. Além disso, o modelo das listas acentua a desvalorização dos Agentes Comunitários de Saúde dentro das eSFs, alinhando-se a tendências atuais da mais recente Política Nacional de Atenção Básica. Considerando que os profissionais de saúde também mudam de territórios, é preciso valorizar a adesão dos usuários ao projeto da equipe e serviços, ao invés do projeto pessoal de um profissional, trazendo mais significado e robustez ao cuidado.

Questiona-se ainda que as listas podem, na verdade, privilegiar aqueles que possuem meios de se locomover mais facilmente pela cidade. A necessária abordagem familiar e comunitária para a compreensão integral dos indivíduos em seu processo saúde-doença pode ser comprometida principalmente para os mais pobres. Em um país brutalmente desigual, perceber as implicações das disparidades profundas no interior dos territórios se dissiparia nas listas. Ademais, as condições de vulnerabilidade são tão expressivas no Brasil, em que barreiras de acesso aos serviços atravessam diversas ordens, que a determinação da presença ativa das eSF no território é uma fortaleza nas políticas de seguridade social ainda existentes. As listas levantam preocupações também no sentido da privatização dos serviços de saúde. O modelo se adequa ao desenho dos planos de saúde e embute uma certa lógica de consumo na escolha da equipe por critério de afinidade, tal qual na prática dos profissionais liberais de consultórios privados.

Embora muitos médicos de família e comunidade sejam otimistas com as listas de pacientes, há uma parcela significativa de membros da especialidade que pedem maior prudência na aplicação de um modelo que pode ser estendido para o Brasil, trazendo prejuízos ao cuidado mais integral das pessoas no nosso contexto. Equipes cansadas e sobrecarregadas com alto volume de usuários podem enxergar como um alívio a alternativa de uma definição mais fechada de indivíduos a se responsabilizar. Extrapolando para a conjuntura política atual, ultimamente, soluções aparentemente inovadoras se apresentam para a sociedade, mas possuem um viés conservador nem sempre tão claro. Preservar a prática da Medicina de Família e Comunidade brasileira significa insistir em um paradigma biopsicossocial de cuidado, em centrar-se sobre a pessoa, pessoa esta parte de uma família e de uma comunidade. Neste sentido, a ESF se alia como potente política pública que se caracteriza pela compreensão das necessidades de saúde no território. Evitar sua descaracterização e fortalecer as conquistas alcançadas no SUS é uma bandeira para a Medicina de Família e Comunidade.