

Para quem não sabe para onde vai, qualquer caminho serve

Hugo Crasso Oliveira do Nascimento¹

Recentemente foi iniciada uma discussão por diversos atores da medicina de família e comunidade (MFC) sobre o modelo de adscrição de “clientela” ou populacional que deve ser adotado na Atenção Primária à Saúde (APS) pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O debate surge, nesse momento, a partir da proposta da cidade de Florianópolis em modificar a organização de suas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). As quais, a partir da mudança, passariam a ter responsabilidade sanitária não mais pelos moradores de um determinado território, mas sim de pessoas cadastradas em listas de atendimento, moradoras de qualquer localização do município, conforme critérios ainda não plenamente divulgados pela secretaria de saúde.

Essa é uma questão complexa, e para respondê-la acredito que é necessária uma análise mais profunda sobre alguns elementos definidores nas políticas públicas, que vão muito além da análise da proposta em si, mas dão conta dos efeitos dessa proposição, tais como: o contexto (conjuntural e estrutural; socioeconômico; político) que envolve; os atores envolvidos (favoráveis e contrários, e suas frações); as agendas desses atores; e sua atuação para implementar sua agenda.

Assim, considero que o possível impacto dessa mudança tem relação direta com o desenvolvimento histórico do sistema de saúde do Brasil, a envergadura do setor de saúde suplementar e também, com a conformação do campo da medicina de família e comunidade, que há algum tempo vem se afastando gradualmente da Reforma Sanitária e dos princípios e diretrizes do SUS, e se aproximando do mercado em saúde.

¹ Médico de família e comunidade, mestrando em saúde pública na Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz.

As consequências de uma medida como essa, nesse contexto podem ser graves, por alguns motivos: Rompimento com os conceitos de integralidade e equidade; Desmonte do controle social; Inviabilização da orientação dos serviços a partir do território e da determinação social da saúde; Separação entre assistência e vigilância em saúde; Liberalização da prática médica; Elevada potencialidade para privatização dos serviços públicos; e Ruptura com o acesso universal. Vamos ponto a ponto.

Essa proposta estabelece uma estratificação das equipes, e conseqüentemente estratifica também do acesso à política de saúde. Incorre em ranqueamento das equipes de saúde, onde aquelas com melhores indicadores (que podem ser secundários a um território mais estruturado, e não à qualidade do serviço), localização privilegiada, segurança, e estrutura, serão mais procuradas, enquanto aquelas já com mais dificuldades estruturais e de equipe são preteridas.

Dessa maneira, deixar a cargo do indivíduo a responsabilidade da sua adscrição, significa, em alguma medida, a desresponsabilização do Estado na promoção da equidade e da integralidade. A política pública perde parte do seu caráter redistributivo, e passa a fortalecer as desigualdades já existentes e importantes². É ainda, a implementação de um modelo gerencial que promove a disputa entre as equipes de saúde, e rompe com a lógica da solidariedade na rede.

Nesse ponto, o exemplo inglês não nos ajuda, sem deixar de lembrar que mesmo o caso do NHS inglês, a escolha do usuário em inscrever-se em uma lista de GP é delimitada a um determinado território. No Brasil há uma heterogeneidade enorme entre as equipes, seja no que se refere a estrutura, capacitação profissional, dispositivos da rede, perfis populacionais, e características culturais.

A forma com que a assistência de saúde se dá na Rocinha é totalmente diferente do formato de trabalho de outra numa comunidade ribeirinha, quilombola, garimpeira ou mesmo de uma cidade pequena ou uma área com maior IDH, como a Gávea, vizinha à Rocinha, por exemplo.

² Segundo relatório da Oxfam de 2018, a redução da desigualdade foi interrompida no Brasil depois de 15 anos de queda.

Tamanhas desigualdades e diferenças tendem a gerar mudanças no acesso. Afinal, quem vai se beneficiar não serão as populações mais pobres, que se concentram nas periferias dos grandes centros, e áreas rurais empobrecidas, por exemplo.

Em áreas remotas, a população será refém da distância. Nas cidades pequenas e médias o limite será a pouca quantidade de equipes dos municípios em locais urbanizados, enquanto nos grandes centros os moradores das favelas darão preferência àquelas que são próximas dos seus trabalhos e residências.

A “liberdade” de opção se restringirá então à faixa populacional mediana, dos grandes centros urbanos, que transitam com mais facilidade pela cidade, uma população já privilegiada. Enquanto aqueles que necessitam de maior intervenção do Estado em sentido redistributivo para redução da desigualdade seguem a margem.

Acresce que a disputa entre as clínicas atua também sobre a rede. Num cenário de difícil comunicação entre diferentes dispositivos (hospitais, ambulatórios e APS), a tendência é gerar mais um entrave, dessa vez, entre os dispositivos da APS. Uma disputa por incentivos e benefícios àquelas clínicas ditas de maior qualidade, que possivelmente serão referência das populações menos necessitadas (classe média das grandes cidades), dificultando o estabelecimento de cooperação e diálogo entre as equipes.

Esse é um risco importante na lógica de Rede que vem sendo implementada no país, e fortalece o engessamento dos dispositivos da rede. Um menor sentido da integração entre eles, e conseqüentemente torna-se mais difícil um cuidado integral, mesmo que ainda pautado na coordenação do cuidado pela APS.

Todos esses elementos vão de encontro à equidade, ao acesso universal e integralidade, mas não são as únicas conseqüências. A lógica de lista, fortalece ainda uma lógica liberal de prática em saúde.

Estudos clássicos na Saúde Coletiva apontam o quanto a prática liberal vai entrar em choque com os Sistemas públicos Universais. As categorias de trabalhadores que tinham a prática liberal como central, historicamente se organizaram para manter seu nicho de mercado, disputando com a política

pública os rumos do acesso à saúde. Greves, disputa ideológica com os pacientes, desconstrução no dia-a-dia.

No Brasil, por exemplo, até hoje, a categoria médica reivindica a prática liberal, e as entidades de área, mais ligadas a essa lógica, recorrem a reservas de mercado, seja controlando a abertura de cursos de graduação ou em alguma medida debatendo a abertura ou não de novas residências médicas, à revelia das avaliações da necessidade de ampliação do número de determinadas especialidades, barganhando em melhor posição seus salários e se situando nos grandes centros urbanos, em serviços privados, ocupando inclusive vários postos de trabalho simultaneamente.

Outra reflexão importante é como ficarão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nesse contexto? Sobre esse assunto, vale ressaltar que a última PNAB não exige mais a obrigatoriedade desses profissionais nas equipes de ESF. E qual seria sua função em equipes de até 2.000 pessoas, sem território?

Provavelmente pouca. Se muito, alguns podem cumprir o papel de manter um contato virtual com os usuários, porém sem o território, sem a história das pessoas e dos conflitos, nem contradições e potencialidades, com pouca identificação direta e vínculo limitado. Junto com o território, se vai o ACS, e com esse também aumenta a distância existente entre os profissionais de saúde e a determinação social da saúde.

Como atuar nos determinantes partindo apenas de uma lógica de atendimento individual? Perdem força os grupos terapêuticos e as ações coletivas em geral. Mesmo as percepções sobre os diferentes efeitos e reações que uma mesma situação como a violência e o tráfico podem gerar ficam prejudicados.

Ao passo que se perde a noção coletiva e social, se torna invisível também a parte dos indivíduos que se constitui apenas no grupo social, que não é visualizada de outra maneira, e que pode se diferenciar dentro de uma mesma cidade. Por exemplo, o tráfico não atua da mesma maneira nas diferentes comunidades, há facções diferentes, formas diferentes de lidar com a população, e conseqüentemente, implica na saúde de uma forma própria.

Não quero dizer que temos um modelo ideal. Muitos ACS têm grandes dificuldades em cumprir com sua função. Porém a forma com que as coisas

acontecem, não é obrigatoriamente a melhor maneira de se praticar. É necessário pensar uma política séria de preparação desses profissionais, com cursos sobre cultura, território, conceito de saúde, saúde mental, vínculo, educação popular, controle social, dentre outros temas.

Uma função tão importante, que até hoje, anos após sua criação pouco teve de investimento e avanço. Nesse aspecto, ocorreram inclusive retrocessos como no Rio de Janeiro, onde os ACS passam a dividir suas atenções entre o território e o guichê de atendimento no acolhimento, cumprindo funções administrativas.

Esse afastamento do território, e da determinação social é mais uma ameaça à integralidade. Não se pode pensar em integralidade da assistência somente individual, pois a saúde não se realiza apenas no indivíduo.

O processo de adoecimento tem um caráter coletivo. Afinal, a história da doença não é “natural” como se pensava, depende ainda das desigualdades sociais, da redistribuição de renda, políticas de saúde, forma de organização do Estado, é determinado pelo modo como a vida é produzida.

As epidemias têm diferentes comportamentos em cada país, a depender do modo de produção, do desenvolvimento econômico, do grau de desigualdades sociais, da existência de um sistema de seguridade social organizado, público e universal ou baseado na iniciativa privada. A integralidade se dá também nesse âmbito.

Quanto ao controle social, outro elemento muito caro ao SUS, este também pode sofrer. Tanto pela lógica de individualização da saúde como pela ruptura com o território e o ACS. Vale lembrar que recentemente os conselhos sofreram importante ataque que pôs em risco a sua existência, e que no novo organograma da saúde o controle social perdeu uma secretaria dentro do ministério, e mais grave, as suas funções parecem não ter sido redistribuídas claramente.

Talvez o controle social persista enquanto obrigatoriedade, no sentido de que as pessoas que moram em áreas próximas podem continuar frequentando, mas a participação de todos, já de início fica prejudicada pelas distâncias e pelas dificuldades no transporte.

E mais grave, mesmo que permaneçam, certamente a lógica da individualidade será fortalecida, afinal um conselheiro não conhecerá o outro, e nem saberá qual o contexto em que ele está inserido, terão características muito diferentes, incorrendo em conselhos bricolados, um mosaico que pode gerar mais disputas que construção coletiva a partir da união de diversas propostas desconexas, e talvez antagônicas inclusive.

O desafio de reaver o caráter mais politizado do controle social, de pensar como que pode auxiliar na organização do povo pelos seus direitos torna-se ainda mais difícil, inclusive a tendência é o empobrecimento dos debates.

Outro ponto de vista é de que vizinhos podem ter equipes diferentes, com acesso a serviços muito díspares, o que incentiva o entendimento individualizado e fere a noção de solidariedade, além de ser um ataque também ao acesso universal.

Esse fato pode incorrer em dificuldades para a vigilância. Está diretamente atrelada a epidemiologia e conseqüentemente também à geografia, ao território, e a forma de adoecimento nas populações.

Como analisar os impactos das equipes de saúde (aquelas melhor conceituadas que tiverem pessoas de toda a cidade) em populações tão diversas? Como viabilizar um bloqueio sanitário para um caso de sarampo descoberto em uma residência se os seus vizinhos podem não ser cadastrados na mesma equipe? E como articular as diferentes equipes em meio à disputa? Como analisar estudos populacionais pelo território, considerando esse viés? Como pensar vigilância ambiental e sanitária nesse contexto, com as possibilidades de busca ativa limitadas ao mundo virtual?

O Brasil já passou por momento anterior de afastamento entre vigilância e assistência³, certamente mais intenso, porém tal medida pode remontar em outros moldes essa questão, dificultando inclusive o planejamento das ações em saúde pelas equipes.

Mesmo as visitas domiciliares ficam prejudicadas. Nos grandes centros, onde a proposta deve ter maior impacto, é inviável o deslocamento das equipes por 20 Km, ou mesmo em menores distâncias com pior acessibilidade. Vale lembrar

³ Antes do SUS a assistência à saúde era prestada pela Previdência Social, enquanto as ações de vigilância eram efetivadas pelo Ministério da Saúde.

que essa é uma população muito vulnerável, que necessita de um cuidado e atenção próprios.

A alternativa encontrada em países como a Inglaterra, e que parece ser o modelo que Florianópolis está construindo é atrelar a lista de usuários ao território de alguma maneira. Um modelo é permitir a escolha da equipe pelo usuário em unidades com mais de uma equipe de saúde, outro exemplo é dar preferência para o usuário do território em detrimento daquele de outra área.

Por último, e mais importante, me preocupa o impacto dessa política em meio a um discurso de superioridade do privado em relação ao público, que vem ganhando força há alguns anos na MFC, inclusive dentro da Sociedade de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Um país com mercado em saúde forte, não tem as mesmas características que outros em que o gasto em saúde é eminentemente público, como em parte dos países europeus. No Brasil o gasto privado em saúde é maior que o gasto público, e as empresas médicas têm grande influência nas políticas públicas, sendo inclusive importantes prestadores de serviços ao SUS.

Ao analisar países com prestação de assistência à saúde eminentemente privadas, percebe-se maior desigualdade em sua distribuição. Os prestadores costumam concentrar-se em áreas que geram maiores lucros, ou seja, não investem em vigilância, prevenção e promoção, não estão preocupadas com a melhora da situação de saúde, mas no melhor custo-benefício, o lucro.

Nesses casos, as empresas ficam com a população menos vulnerável, classe média, se responsabilizam pelos procedimentos de alto custo (tomografias, ressonâncias, por exemplo), a partir do custeio pelo Estado, e se afastam dos serviços mais difíceis (áreas remotas, de difícil acesso e mais pobres) e daqueles mais custosas (transplantes e grandes cirurgias, por exemplo).

O cenário é difícil, e o modelo de lista favorece a lógica liberal privada. Inclusive por permitir uma maior estratificação dos serviços pela população de abrangência. Esse formato favorece unidades de saúde privadas, pois estas podem se candidatar a serem prestadoras de listas selecionadas, mais lucrativas, sem populações vulneráveis, num ciclo que somente lhes favorece.

É necessário que a MFC se reaproxime da Reforma Sanitária, da implementação de um sistema público universal de qualidade, aprofunde os conceitos e desdobramentos. Não basta aplicar teorias vindas de outros países, é necessário retornar às bases da sociedade brasileira, ao entendimento sobre nosso desenvolvimento e soberania, e à história da conformação do setor saúde, para daí construir políticas direcionadas à concretização dos princípios do SUS.

Contato: hugo.crasso@gmail.com

Rio de Janeiro, junho de 2019