

Estratégia Saúde da Família: bode expiatório?

Family Health Program: scapegoat?

Programa de Salud Familiar: chivo expiatorio?

Ricardo Donato Rodrigues¹

De fato, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido avaliada. Mais até do que outras práticas, tanto no plano dos cuidados secundários e terciários de saúde quanto no campo da gestão. Isto não invalida a instituição de novos critérios e métodos bem estruturados que deverão ser coerentes com objetivos definidos com clareza, a exemplo da AMQ, uma boa experiência a ser incentivada.

A política que tem sido anunciada e divulgada pela nova gestão do Ministério da Saúde no âmbito dos cuidados de saúde primários não é animadora. No meu ponto-de-vista não reconhece o êxito alcançado em tantos países que adotaram a medicina de família e comunidade como estratégia para fortalecer a APS. Tampouco reconhece o êxito alcançado pela ESF no Brasil. Em consequência, aponta para uma descontinuidade da política adotada pelas gestões anteriores do MS que, efetivamente, se mostraram comprometidas com a expansão, consolidação e aperfeiçoamento da ESF.

São muitas contradições. Não é fácil confiar em uma política supostamente implementada para qualificar a APS que, ao mesmo tempo, abraça e enfatiza o propósito de estimular o médico recém-formado “servir” na ESF “antes de fazer especialidade”. E mais, este recém-formado deverá servir em “Áreas Remotas e de Maior Vulnerabilidade” (conforme revelou o próprio ministro Alexandre Padilha no Seminário sobre Escassez, Provisão e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas e Maior Vulnerabilidade). Neste cenário o recém-formado irá aprender e, deste modo, completar sua formação acadêmica considerada deficiente, segundo o ministro.

Entre as fragilidades da APS apontadas pelo ministro está a cobertura de apenas 100 milhões de brasileiros. Po-

rém, sem levar em conta a taxa de incremento verificada nos últimos anos. Entre 2001 e 2011 a cobertura assistencial saltou de 31 milhões e meio de pessoas para mais de 100 milhões, de acordo com os dados disponíveis no site do DAB. A população brasileira era de aproximadamente 166 milhões e chegou aos 191 milhões em 2011, enquanto o número de equipes neste período passou de 9.459 para 31.883.

Outra parte das fragilidades foi atribuída à carência de especialistas em APS para suprir as necessidades de expansão da ESF em face da população de quase 200 milhões de brasileiros. É fato. Faltam especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Para enfrentar e superar este problema decorrente de políticas docente-assistenciais desastrosas adotadas até anos mais recentes é necessário aprofundar e dar continuidade às políticas de apoio e incentivo a programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Cursos de Especialização *lato sensu* nesta área, ao invés de recorrer a improvisações formativas mambembes.

Importa ressaltar que, de fato, há outros modelos de APS no Brasil. Já existiam muito antes da ESF. Portanto, não cabe jogar a responsabilidade pelas carências e insuficiências na conta dessa Estratégia que veio, exatamente, para reorientar o modelo assistencial adotado no país. Pelo menos no que concerne à APS. Unidades Básicas tradicionais bem estruturadas deveriam receber apoio e incentivos para suas equipes constituírem Núcleos de Excelência em termos de NASF. Vale acrescentar que consideráveis quantitativos de Clínicos, Pediatras, Ginecologistas e Obstetras já fazem parte das Equipes de Saúde da Família em todo o Brasil. Ou

¹ Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: ricardodonato2@yahoo.com.br

seja, é possível observar uma grande diversidade no âmbito da APS e da própria ESF no território nacional. Mais, exatamente para quê?

Importa reconhecer, uma vez mais, que há, sim, Equipes e Unidades Básicas que deixam a desejar. Especialmente unidades que apresentam planta física e infraestrutura degradadas e não contam com sistemas de apoio ao diagnóstico e tratamento minimamente adequados, nem com centros de referência alcançáveis em tempo útil. A precarização das relações de trabalho também está aí, certamente ao alcance dos gestores. Não se pode esquecer que a eles cabe toda responsabilidade no tocante à seleção e admissão de pessoal para a ESF.

Convém lembrar ainda que centros prestadores de cuidados terciários e secundários de saúde também nem sempre funcionam a contento. Nem por isto devem cair nas mãos de recém-formados. Tampouco devem ser transformados em palco para soluções improvisadas e mirabolantes.

Importa reconhecer por fim, que a qualidade em saúde não depende apenas de uma forma ou modelo, mas do domínio das competências necessárias para o respectivo exercício profissional. Para tanto não se faz necessário reinventar a roda. Basta olhar o mundo sem as artimanhas do avestruz. Assim sendo, será desnecessário transformar a ESF em bode expiatório.