

SAÚDE DA FAMÍLIA, DIREITOS SOCIAIS E SUBSIDIARIEDADE

Roberto Passos Nogueira*

Introdução

Grande parte das abordagens correntes sobre saúde da família parte do seu aspecto programático ou estratégico, apresentando-a como uma reorganização dos serviços básicos de saúde que exerce um efeito inovador sobre o conjunto do chamado “modelo assistencial” do Sistema Único de Saúde (SUS). A esse respeito, Mendes (1986) realizou uma discussão pormenorizada, em que destaca as bases técnicas para a organização da estratégia de saúde da família e dos seus eventuais efeitos sobre a lógica de atendimento do SUS. A preocupação que esses estudos têm manifestado relaciona-se primariamente ao aumento da eficácia e da eficiência dos serviços prestados pelo SUS, o que ocorreria por meio de uma forma inédita de combinar ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Uma descrição típica, de segura aceitação nos meios oficiais e acadêmicos, foi dada por Nunes e Barbosa (2000):

A Saúde da Família propõe uma prática assistencial com novas bases estruturais, as quais substituem o modelo tradicional de assistência direcionado à cura de doenças. Deste modo, torna-se uma estratégia que prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar de forma integral.

Existe um entendimento amplamente disseminado de que a integração entre as distintas formas de ações de saúde é o que constitui a marca registrada da saúde da família, em contraposição à tônica na recuperação ou na cura, que se encontra substanciada no “modelo tradicional”, com sua manifestação exemplar nas estruturas hospitalares e na cultura médica hegemônica. Tem-se enfatizado que o Programa de Saúde da Família (PSF) constitui uma estratégia que ultrapassa os estreitos limites do assistencialismo dos médicos e do sistema hospitalar.

No entanto, associado com muitos desses preceitos, é possível identificar a presença de outro assistencialismo, que seria peculiar aos sanitaristas. No pensamento dos gerentes, técnicos e propagandistas do PSF, esse viés deita raízes no próprio entendimento do que seja saúde da família. Criticar essa forma de concepção assistencialista e propor uma alternativa de interpretação baseada nos direitos sociais de cidadania e no princípio da subsidiariedade é um dos objetivos principais deste trabalho.

Saúde pela própria família

Quando se entende saúde da família como um modelo, uma prática ou uma estrutura de assistência, em outras palavras, como ação do poder público por meio do SUS, está-se incidindo num assistencialismo que parte de um preconceito: o de que a saúde é garantida por iniciativas dependentes de estruturas de atenção à saúde e não por aquilo que as pessoas, as famílias e as comunidades fazem com relativa autonomia

* Coordenador de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde.

no seu modo de conduzir a vida. Na visão assistencialista, a saúde da família é vista como aquilo que o Estado faz em benefício dessa população. A saúde da família acaba por ser descrita, às vezes, de maneira propagandística, como um socorro do Estado que adentra os lares pela porta – uma porta em que bate a equipe de saúde da família, como se constata a seguir:

Tornou-se uma tarefa essencial para a concretude de nossos sonhos abrir as portas para a saúde entrar em todas as residências das famílias brasileiras. Para tanto, o Ministério da Saúde vem assumindo o compromisso, desde 1994, no processo de implantação do Programa de Saúde da Família (que incorpora o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado em 1991), cuja missão é reorganizar as Unidades Básicas de Saúde, para que estas, além de se tornarem resolutivas, estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, numa prática de saúde integral e participativa (Sousa *et alii*, 2000).

Os autores do artigo citado certamente não são defensores de políticas assistencialistas e provavelmente estão de acordo com o ponto de vista que se expõe a seguir; porém, deixaram-se conduzir por uma linguagem assistencialista que muitas vezes é usada como forma de enfatizar o sucesso do programa.

O preceito constitucional de saúde como direito de todos presume claramente que a saúde não é resultante de serviços específicos, mas *ei*) do conjunto das políticas sociais e econômicas que criam condições para que os cidadãos e suas famílias possam ativamente evitar os riscos de doenças e outros agravos; e *ii*) de um acesso amplo e equitativo às ações de saúde. Uma leitura crítica do artigo 196 da Constituição Federal mostraria que a saúde não pode ser oferecida pelo Estado na forma de um ou mais serviços específicos de saúde, mas que o Estado tem a responsabilidade de promover o bem-estar social e econômico no qual todos possam desfrutar de recursos em seus lares para, com relativa autonomia, evitar e combater as enfermidades, bem como preservar e recuperar a saúde mediante acesso a serviços assistenciais.

Assim, a ampliação do acesso a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e a própria igualdade e universalidade desse acesso não contêm, de modo algum, a noção de que a saúde possa ser levada às pessoas e aos seus lares. O acesso representa uma das pré-condições de justiça para que essas pessoas e suas famílias possam alcançar e preservar a saúde como um bem socialmente valorizado.

Desse ponto de vista, saúde da família é tudo aquilo que as pessoas declaram ser problemas de saúde para suas famílias e tudo aquilo que fazem para lidar com esses problemas, o que inclui a utilização dos serviços do PSF e do SUS. O papel assistencial do PSF, por mais importante que seja, tem de ser colocado como subsidiário a esse nível de autonomia familiar e comunitária.

Então, deveria ficar claro que a ação do programa oficial, o PSF, pauta-se pelo princípio da subsidiariedade. Esse princípio, formulado por Pio XI na encíclica *Quadragesimo Anno*, tem recebido muita ênfase nas correntes católicas de pensamento social e foi assim resumido por Mary Ann Glendon, da Universidade de Direito de Harvard: “significa que o governo não deve substituir a família, mas sim ajudar as famílias a fazerem o que fazem melhor”.¹ Nessa ótica, a família é considerada um agente capaz de identificar seus problemas prioritários de saúde, mas estes sempre

1. Ver o artigo A família e a sociedade: as organizações internacionais e a defesa da família. Disponível em < <http://www.aciprensa.com/glendon.htm>>.

aparecem emaranhados com os problemas de outra natureza e jamais são decompostos de acordo com os critérios dos técnicos e planejadores da área de saúde.

Primariamente, a família vê-se obrigada a lidar com seus problemas de saúde em conjunto com uma multiplicidade de outros problemas atinentes à sua qualidade de vida, entre os quais, podem constar, por exemplo, as dificuldades para a obtenção de água e de alimentos. Por outro lado, a família, por sua autonomia social, é capaz de desenvolver iniciativas diversificadas para lidar com esses problemas, não se limitando a demandar recursos proporcionados pelo Estado, tais como os serviços do PSF e do SUS como um todo.

A aplicação do princípio da subsidiaridade, nesse contexto, requer o estabelecimento de um equilíbrio entre ações de saúde autônomas e ações de saúde heterônomas, entendendo que as famílias têm essa capacidade de buscar o que é melhor para elas em matéria de saúde. Uma noção similar foi assim descrita por Ivan Illich (1985, p. 274) a respeito da noção de saúde pública, numa belíssima passagem da sua renomada obra *Nêmesis da Medicina*:

O nível de saúde pública corresponde ao grau em que os meios e a responsabilidade para lidar com a enfermidade encontram-se disseminados entre a população. Esta habilidade de lidar pode ser aumentada, mas jamais substituída pela intervenção médica ou pelas características higiênicas do meio ambiente. A sociedade que possa reduzir a intervenção profissional ao mínimo proverá as melhores condições para a saúde. Quanto maior o potencial para adaptação a si próprio, a outros e ao ambiente, tanto menos gerência dessa adaptação será requerida ou tolerada.

Pode-se dizer, seguindo essa visão illichiana da subsidiariedade em saúde pública, que as famílias possuem sua própria “estratégia” de lidar com os problemas de saúde e não podem ser simplesmente ajustadas a uma estratégia de serviços públicos como a do PSF. Uma questão decisiva, a esse respeito, é saber o quanto cada uma dessas estratégias (a das famílias e a do PSF) faz sentido uma para a outra. Mas essa pergunta não pode ser adequadamente examinada se não se tem em conta a dimensão ética e existencial maior que as famílias instauram por seu modo de viver e de lidar com os problemas de saúde.

As estratégias e o acesso

A idéia de que as famílias e as comunidades estão acostumadas a lidar, por sua própria conta e risco, com um conjunto de problemas de saúde, não é nada estranha ao PSF em suas origens e definições oficiais. Na formulação dos modos de intervenção do programa, tem-se tido consciência daquilo que as mães e as famílias fazem, no recinto doméstico, para cuidar de seus filhos, de seus enfermos e de seus idosos, usando recursos naturais ou adquiridos. Tem-se consciência também da auto-ajuda espontaneamente desenvolvida por certas lideranças comunitárias que, muitas vezes, prestam orientação e cuidados de saúde a seus vizinhos, como uma espécie de vocação, que pode ou não adquirir uma conotação religiosa. Uma série de ações, que vão desde a amamentação até a internação domiciliar, passando por todo o trabalho realizado pelo agente comunitário, leva em consideração esse fato na forma de um pressuposto doutrinário (Nogueira, Barbosa da Silva e Ramos, 2000). O auto-cuidado no lar, ou seja, a solidariedade primária de sangue mediante trabalho gratuito do pai, da mãe, das avós, etc. estende-se como solidariedade social na comunidade.

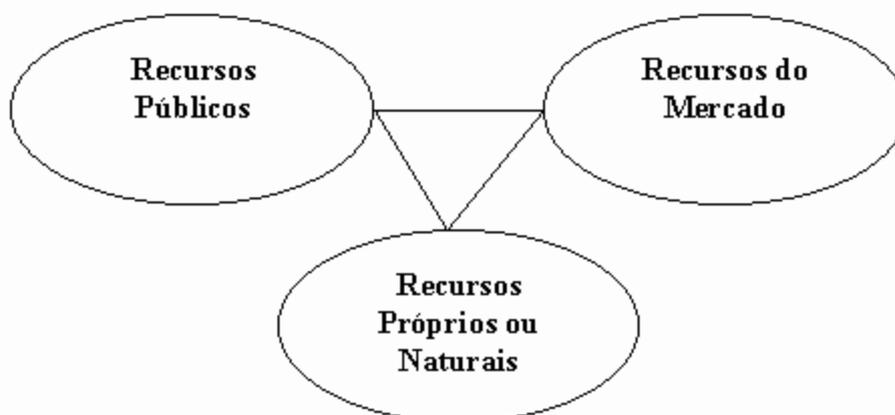
Tal entendimento teve oportunidade de ser bem elaborado e explicitado por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, como observamos, não é alheio ao PSF como um todo, inclusive porque uma parte fundamental de suas ações de promoção e da prevenção continua a depender não só do trabalho dos agentes comunitários como também da adesão e da cooperação de toda a população coberta pelo programa. Contudo, quanto mais o PSF é identificado com um programa assistencial, tido como norteador da atenção básica do SUS, e quanto mais segue de perto os moldes de um planejamento tradicional de saúde pública, mais se distancia dessa visão original de uma saúde construída pelas próprias famílias e comunidades.

Quando se examina uma lista de problemas de saúde referidos pelas famílias, constata-se que esta não obedece a uma ordem de prioridade técnica nem a uma lógica organizacional do sistema de saúde. Uma variedade comum de problemas pode ser ilustrada por estes exemplos:

- o que fazer para ter água em casa?
- o que fazer quando as crianças não podem ser tratadas apenas com ervas caseiras e precisam de atendimento médico?
- o que fazer para não esperar tanto numa fila de hospital?
- o que fazer para obter mais facilmente os medicamentos prescritos pelo médico?

Nessas questões preocupantes, a atenção básica tem a mesma prioridade que o atendimento hospitalar e as questões ambientais podem vir juntas com as do acesso ao médico. Por outro lado, aquilo que depende da ação do governo (os serviços do centro de saúde, por exemplo) é tratado de forma conjunta com aquilo que depende do mercado (compra de medicamentos) e com aquilo que depende de recursos naturais (por exemplo, o uso de ervas medicinais e de outros tipos de remédio caseiro). As famílias lidam com esses problemas recorrendo a três instâncias que são provedoras de recursos de bem-estar: *i)* seu próprio trabalho e os bens naturais de que dispõem ou recebem gratuitamente de outrem; *ii)* os serviços e bens públicos fornecidos pelo Estado; e *iii)* os serviços e produtos comprados no mercado. Essas três instâncias estão representadas na figura seguinte.

FIGURA 1
Instâncias Provedoras



Nesse esquema, as famílias aparecem como provedoras diretas de bem-estar pelo trabalho não-remunerado (auto-serviços) dos seus membros e constituem também uma instância de decisão sobre como se relacionar com o mercado e com os serviços do Estado. As famílias devem ser consideradas como parte de um tripé (Esping-Andersen, 1999) sobre o qual se sustentam as ações de bem-estar social, incluindo os dois outros importantes atores, que são o mercado e o Estado. Pode-se dizer que, quanto mais baixa é a renda, maior é a soma de tempo que os membros da família (sobretudo as mulheres) dedicam a cuidados que se relacionam com a manutenção e recuperação da saúde. Quando a renda da família cresce, aumenta a proporção de bens e serviços relevantes para a saúde comprados no mercado e, ao mesmo tempo, diminui a carga de trabalho gratuito intrafamiliar. O trabalho de bem-estar em saúde passa a ser realizado, em substituição, por profissionais do governo ou das empresas. Esse é o processo de “desfamiliarização” da provisão do bem-estar, descrito com muitos matizes nos estudos recentes de Esping-Andersen, mas que pode ser parcialmente compensado por uma “refamiliarização”, motivada pelo desemprego.

Portanto, as famílias fixam suas prioridades em matéria de saúde e fazem escolhas de acordo com uma lógica composta por atos de tentativa, de erro e de ajuste ou correção. Também definem estratégias próprias, por assim dizer, em uma busca permanente para assegurar saúde a seus membros. Essa intencionalidade e esse manejo contínuo de recursos próprios, públicos e do mercado constituem, a nosso ver, a saúde da família propriamente dita. Saúde da família não corresponde, por isso, a uma condição de saúde do grupo familiar nem a uma modalidade assistencial, mas a um processo em que as crenças ou valores da família levam-na a lidar, de uma ou outra maneira, com os problemas que identificam, recorrendo a recursos de natureza socialmente diversificada, que são bens e serviços de três tipos: próprios, privados e públicos. O que é denominado habitualmente de Programa de Saúde da Família cobre apenas uma certa porção dos recursos públicos que entram no “cálculo” dessa estratégia familiar espontânea.

O aspecto mais dramático no planejamento da resposta oficial a essa situação encontra-se na necessidade de manter um equilíbrio entre aquilo que corresponde a expectativas embutidas na estratégia espontânea das famílias e aquilo que corresponde a objetivos e meios técnicos na promoção, prevenção e recuperação da saúde. É algo que tem a ver com uma problemática que muito preocupou Illich (1982): encontrar um equilíbrio entre autonomia e heteronomia na produção de serviços de saúde. De certo modo, essa situação não é muito distinta daquela com a qual qualquer planejador de serviços de saúde é conduzido a confrontar. Em uma lógica de interesse público no campo da saúde, em que é muito alto o grau de assimetria de informação entre cliente e provedor, não se pode seguir cegamente a regra de ouro do mercado que manda “atender sempre o que o cliente deseja”, mas tampouco se pode ignorar suas expectativas, sob pena de diminuir a eficiência e a eficácia do programa, o que vale especialmente para o caso do PSF, em que as ações dependem de um envolvimento ativo dos beneficiados.

No relacionamento entre essas duas estratégias, apresenta-se o viés assistencialista dos sanitaristas, que consiste em acreditar que saúde da família é nada mais que a somatória dos serviços específicos prestados pela equipe de saúde na proximidade e na intimidade dos lares, de acordo com os critérios técnicos de um programa. Esse viés culmina no pre-

conceito propagandístico de que é o Estado quem “leva a saúde aos lares” e que, ao proceder assim, está cumprindo o seu dever de assegurar um direito social.

Será possível romper com esses vieses no planejamento de saúde da família? Sim, acreditamos que o planejamento do PSF poderia ser feito com mais criatividade se: *i)* pudesse levantar e analisar, em primeiro lugar, quais são os problemas de saúde identificados pelas famílias e como estas lidam com eles, não se limitando ao mapeamento de condições de saúde usualmente elaborado pelos membros da equipe; *ii)* se a equipe básica do PSF fosse expandida de acordo com essas expectativas e problemas, devendo ficar claro para todos, profissionais e população atendida, os motivos dessa expansão; e *iii)* se todos os membros da equipe fossem qualificados levando em conta esses problemas e expectativas e a maneira como as pessoas lidam com eles, ou seja, tendo em conta uma noção de saúde da família a partir das necessidades sentidas e das iniciativas desenvolvidas pelas próprias famílias. Portanto, o processo de capacitação das equipes teria por base uma pequena investigação de campos que pudesse revelar aos profissionais as características do uso contínuo que as comunidades fazem de uma diversidade de recursos de saúde – que classificamos simplificarmente em três grupos: próprios, privados e públicos.

Referências bibliográficas

ESPING-ANDERSEN. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. New York: Oxford University Press, 1999.

ILLICH, I. *Medical Nemesis – The expropriation of health*. New York: Pantheon Books, 1985. (original: 1976).

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo. Hucitec, 1986.

NOGUEIRA, R. P., BARBOSA DA SILVA, F. e RAMOS, Z. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ipea, 2000. (Texto para Discussão, n. 735).

NUNES, C. B. e BARBOSA, M. A. M. Nossa História Rumo à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 53, n. especial, p. 103-106, dez. 2000.

Sousa, M. F. *et alii*. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-14, dez. 2000.