

A BIOÉTICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Bioethics and the Family Health Strategy

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Profa. Assistente da Fac. de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC)
Mestre em Saúde Pública

Geison Vasconcelos Lira

Médico, auditor da Coordenação de Controle e Avaliação do município de Sobral
Especialista em Saúde do Trabalhador

sinopse

O Sistema Único de Saúde, conquista do povo brasileiro garantida pela Constituinte de 1988, após anos de luta de inúmeros cidadãos, tem como princípios norteadores a Universalidade, a Equidade, a Acessibilidade e a Participação Social. Podemos afirmar que todos estes princípios estão de acordo com os da Bioética, ou melhor, se cumpridos, estarão possibilitando a efetivação dos mais importantes preceitos da Bioética. Também discutiremos no trabalho como a Estratégia de Saúde da Família pode vir e/ou vem efetivando, na prática, princípios da bioética.

palavras-chave

Bioética; sistema único de saúde; estratégia de saúde da família; constituição.

abstract

The Unified Health System, a conquest of the Brazilian people guaranteed by the 1988 Constituent Assembly, after years of struggle by innumerable citizens, has as guiding principles Universality, Equity, Accessibility and Social Participation. We can affirm that all these principles are in accord with those of Bioethics, or better, if fulfilled, will be enabling the bringing about of the most important precepts of Bioethics. We will also discuss in the task how the Family Health Strategy can turn out to and/or is turning out to carry out, in practice, principles of bioethics.

key words

Bioethics; unified health system; family health strategy; constitution.

OS PRINCÍPIOS

A Universalidade é o princípio segundo o qual a "Saúde é direito de todos e dever do Estado". Aqui se pode inferir que se a Universalidade for efetivada, estar-se-á efetivando a "beneficência".

A Equidade, princípio segundo o qual deve-se tratar "desigualmente os desiguais", privilegiando com mais investimentos em saúde as populações menos favorecidas, chega a ser referida por alguns autores como um dos princípios da bioética (Berlinguer, 1996). Segundo Berlinguer, pondo em prática a equidade, através de políticas públicas socialmente justas, o estado estaria contribuindo para que no futuro se alcance senão a igualdade entre pobres e ricos, a redução das desigualdades.

A acessibilidade, segundo a qual o Estado deve prover fácil acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros, cumpre também os preceitos bioéticos da beneficência e da equidade.

A participação social, preceito constitucional que garante aos cidadãos brasileiros, através dos Conselhos de Saúde de âmbito nacional, estadual e municipal, o poder de controlar socialmente os serviços de saúde, garante o cumprimento do princípio bioético da "Autonomia", se analisado do ponto de vista da coletividade.

Enfim, poderíamos afirmar: "a Constituição Brasileira, no que se refere ao capítulo da Saúde, é Bioética".

Como a Estratégia de Saúde da Família pode vir e/ou vem efetuando na prática alguns princípios da bioética?

Tentaremos, nos parágrafos seguintes, discutir como a Estratégia Saúde da Família vem promovendo os princípios da bioética no Brasil:

Promovendo equidade:

Informações divulgadas por agências internacionais como a OMS e o UNICEF, dão conta da crescente desigualdade social entre países industrializados e países em desenvolvimento e

O Brasil é conhecido internacionalmente pela grande desigualdade social, sendo que estas diferenças podem ser observadas entre distintas regiões do país, como o Sudeste e o Sul com relação ao Nordeste e o Norte, bem como, entre cidades de um mesmo estado e bairros de uma mesma cidade.

subdesenvolvidos. Hoje chama atenção o abismo entre os países europeus e da América do Norte, com relação aos países populosos e pobres da África, Ásia e América Latina. As diferenças na esperança de vida ao nascer entre um homem pobre da Europa e um igualmente pobre em um desses países, chega a vinte anos. O Brasil é conhecido internacionalmente pela grande desigualdade social, sendo que estas diferenças podem ser observadas entre distintas regiões do país, como o Sudeste e o Sul com relação ao Nordeste e o Norte, bem como, entre cidades de um mesmo estado e bairros de uma mesma cidade. As desigualdades existentes na nossa sociedade já foram bem evidenciadas por diversos estudos epidemiológicos de base populacional, do IBGE (2000) e de outros grupos de pesquisa brasileiros (Victora & Barros) que evidenciaram diferenças na esperança de vida ao nascer, nas curvas de mortalidade proporcional, na mortalidade infantil, na mortalidade específica por causas, na proporção de baixo peso ao nascer e diversos outros indicadores que demonstram como os menos favorecidos socialmente têm também menos "saúde".

Mais recentemente, os especialistas em saúde pública tem denunciado uma nova epidemia no Brasil, "a Epidemia de Violência", relacionada ao tráfico de armas e drogas. O homicídio passa ser a principal causa de morte entre os adultos jovens, principalmente do sexo masculino (IDB, Brasil, 2001). Também com relação a este indicador os menos favorecidos socialmente são mais atingidos. A falta de perspectiva no futuro, faz com que centenas de jovens das favelas e bairros periféricos das grandes cidades brasileiras ingressem na atividade do tráfico, reduzindo substancialmente seu tempo de vida.

No interior de todo este quadro social e epidemiológico é que vem sendo implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), as primeiras equipes em cidades de pequeno e médio porte, e, mais recentemente, em cidades de grande porte, como Curitiba, Belo Horizonte e São Paulo.

A ESF iniciou sua implantação no Brasil em 1994, precedida pelo PACS, sendo que um de seus objetivos seria reduzir as iniquidades em saúde, descentralizando e tornando mais acessível a atenção à saúde aos grupos sociais menos favorecidos. Neste sentido, as equipes de saúde da família foram inicialmente implantadas justamente na região Nordeste, e dentro desta, nos municípios do interior, onde o acesso a serviços de saúde foi historicamente mais difícil que nas capitais. Dentro dos próprios municípios do interior, organizaram-se equipes nos distritos rurais mais distantes e carentes, bem como nas favelas urbanas. Como justificativa recorreu-se ao princípio da equidade, que, segundo Berlinguer, é um mecanismo através do qual os gestores públicos podem promover igualdade social.

Nos primeiros anos de implantação do PSF e, como forma de viabilizá-lo, foi utilizado o pagamento de maiores valores para as consultas médicas e de enfermagem realizadas pelas equipes de saúde da família, em relação àquelas efetuadas por outros serviços da própria rede pública e da rede credenciada, ou seja, os

profissionais de saúde da família passaram a receber remunerações relativamente maiores pelos mesmos procedimentos realizados em outros serviços. O que os gestores afirmavam naquele momento é que os procedimentos realizados pelas equipes de saúde da família tinham maior transcendência, visto que a permanência dos profissionais por mais tempo no serviço, a territorialização, o planejamento local estratégico e a adscrição de clientela, criavam condições para um vínculo efetivo entre os profissionais de saúde e a população, inexistente nos serviços ambulatoriais tradicionais do país. Muitos profissionais do setor, bem como segmentos da academia, não entenderam estas iniciativas, que estavam baseadas no princípio bioético da equidade. Estes incentivos financeiros vêm sendo mantidos pelo Ministério da Saúde, que hoje assume a ESF como estruturante do SUS.

Aumentando a acessibilidade:

Um outro aspecto fundamental da ESF foi o aumento da acessibilidade. Este fato pode ser facilmente verificado pelas informações (Machado, 2000) que demonstram o aumento acelerado no número de profissionais dedicados a atenção básica à saúde, sejam os agentes comunitários de saúde, sejam médicos e enfermeiros, em todas as regiões do país, e, em especial, nas regiões menos desenvolvidas. Além deste fato, o estudo realizado com profissionais de saúde da família em 1999, com a participação de aproximadamente 50% dos médicos e enfermeiros membros de equipes de saúde da família naquele momento, evidenciou uma maior satisfação destes profissionais com o seu trabalho. A maioria dos participantes do estudo identificaram uma melhoria na relação com os usuários após seu ingresso em equipes de saúde da família. É de esperar-se que esta melhora na relação usuário-profissional, sentida pelos últimos, influencie para uma melhor qualidade da atenção à saúde e a construção de vínculos afetivos e culturais entre as equipes de saúde da família e a população por elas atendida (Machado,2000).

Aumentando a participação social:

A autonomia na perspectiva do coletivo vem sendo promovida pela ESF. Isto ocorre na medida em que as equipes facilitam e provocam a organização da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde. Em inúmeras experiências da estratégia saúde da família

É de esperar-se que esta melhora na relação usuário-profissional, sentida pelos últimos, influencie para uma melhor qualidade da atenção à saúde e a construção de vínculos afetivos e culturais entre as equipes de saúde da família e a população por elas atendida (Machado,2000).

no Brasil, vem-se observando a organização de redes sociais, como os grupos de interesse (grupos de caminhada, grupos de gestantes, grupos de mães, grupos de idosos, grupos de jovens etc.), promovidas pelas equipes. Estas redes sociais aumentam a autonomia de cada um de seus membros, assim como, a autodeterminação coletiva, favorecendo sentimentos e ações solidárias, bem como o resgate da auto-estima das pessoas beneficiadas com estas atividades.

Promoção dos princípios da bioética do ponto de vista do indivíduo pela ESF:

Promovendo o autocuidado / autonomia dos usuários

No âmbito das relações individuais, entre médico/usuário, enfermeiro/usuário, auxiliar de enfermagem/usuário e agente comunitário de saúde/usuário, segundo as diretrizes da estratégia saúde da família, deve-se estabelecer uma relação de respeito mútuo, com uma postura democrática do profissional em relação ao cidadão. O primeiro deve atuar também como educador, estabelecendo um diálogo com os usuários que possibilite ao mesmo tomar suas próprias decisões e ter papel ativo e autônomo em relação a realização de qualquer procedimento e ou tratamento, bem como, compreender melhor a determinação do seu processo de saúde - doença.

O diálogo com a população atendida também se estabelece na medida em que são conhecidas e respeitadas práticas vigentes na Cultura Popular, como a utilização de medicamentos fitoterápicos e a fé nas lideranças religiosas populares, como as rezadeiras e curandeiros. Evidentemente, cabe aos profissionais das equipes de saúde da família alertar a população quando estas práticas trouxerem riscos para a saúde da população.

Utilizando protocolos

A adoção de protocolos clínicos de atenção básica à saúde, uma das medidas que deve ser implementada na ESF, utilizando-se como medicamentos e procedimentos pelas equipes, unicamente aqueles comprovados por evidências científicas, é uma medida através da qual dois princípios da bioética estão sendo efetivados, "a beneficência e a não maleficência (primo non nocere)". Neste sentido, esta prática deve ser estimulada.

Que outros aspectos devem ser observados para que a ESF efetue os princípios da bioética?

Intensificação das ações de promoção da Saúde e o estímulo ao autocuidado e autoconhecimento (princípio bioético da autonomia).

Apesar dos progressos e ações já empreendidas pelas equipes de saúde da família no sentido de promover saúde, ao invés de apenas tratar as doenças, e estimular o autocuidado, é preciso reconhecer que o paradigma hegemônico de nosso sistema de saúde ainda é o da "Biomedicina", que compreende a saúde como sendo "a ausência de doença". As ações das equipes de saúde da família ainda vêm sendo medidas e acompanhadas com base neste paradigma e nos indicadores gerados por esta racionalidade, como os Indicadores de Mortalidade e Morbidade. É preciso criar e fortalecer dia a dia, a racionalidade da promoção da saúde, que entende saúde como resultante da qualidade de vida. As equipes de saúde da família precisam cada vez mais fortalecer as ações que intervenham na determinação do processo saúde-doença, seja no sentido mais amplo, o que incluiria ações multisetoriais de políticas públicas, seja no sentido mais restrito, que pressupõe mudanças nos hábitos de vida. Estas ações direcionam a população para um cuidado mais autônomo, desestimulando dependências desnecessárias com relação aos profissionais de saúde, medicamentos e exames complementares.

As ações de promoção da saúde, que embutem a capacidade de alterar fatores intervenientes no processo saúde-doença, têm um potencial maior para estimular o autocuidado e a autonomia dos cidadãos, tendo em vista que oportunizam o aprendizado e a capacidade de cada usuário atuar sobre o referido processo.

A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM LARGA ESCALA: EFETUANDO A ACESSIBILIDADE

No atual momento de implantação da ESF, o limitante mais importante tem sido a insuficiência dos profissionais de saúde para efetivação do número de equipes necessárias, tanto do ponto de vista quantitativo quanto do qualitativo. Isto se aplica principalmente no que se refere à categoria médica, que é escassa, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, e tem formação preponderantemente para atuar nos serviços hospitalares. A formação e capacitação de profissionais em quantidade suficiente

É preciso criar e fortalecer dia a dia, a racionalidade da promoção da saúde, que entende saúde como resultante da qualidade de vida.

e de boa qualidade para estratégia saúde da família, tornam-se então fatores essenciais para propiciar o acesso deste serviço a todos os brasileiros que dele necessitam. Alguns autores tem alertado para a necessidade de formação de profissionais de saúde da família em larga escala, dado o grande número de equipes já implantadas e a implantar nos próximos meses, pois só profissionais adequadamente capacitados poderiam realmente pôr em prática todos os objetivos da ESF.

Do ponto de vista da formação profissional na graduação, o Ministério da Saúde deu um grande passo ao propor mecanismos de financiamento para as Faculdades de Medicina que se propusessem a realizar transformações curriculares que tornassem os cursos de graduação em Medicina capazes de formar um profissional que responda as necessidades do Sistema Único de Saúde. Desta forma o Ministério atende ao artigo 200 da Constituição que afirma que cabe ao Sistema regular a formação de recursos humanos para a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS e a ESF, estratégia estruturante do primeiro, estão calcados por princípios jurídicos e normativos bioéticos. Resta aos gestores de saúde das três esferas do governo, federal, estadual e municipal, aos profissionais de saúde e aos cidadãos usuários destes serviços, empreenderem uma luta constante com o objetivo de efetua-los na prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERLINGUER, GIOVANNI. Ética da saúde. Editora Hucitec. São Paulo, 1996. 136p.
- VICTORA, CESAR & BARROS, FERNANDO. Epidemiologia da Desigualdade. São Paulo, HUCITEC, 1988. 187p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde, 2001.
- MACHADO, MARIA HELENA. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 146p.
- FRANKLIN, A & SOUSA, M.F. Construção Cotidiana, Saúde da Família na prática: os princípios na visão de quem faz. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano II, no. 4, janeiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde.
- BARRÊTO, I.C.H.C.; OLIVEIRA, E.; ANDRADE, L.O.M.A. Residência em Saúde da Família de Sobral: um ano formando profissionais em larga escala. SANARE: Revista Sobralense de Políticas Públicas, v. 2, no. 3, out/dez, 2000.