

Incorporação dos resultados de pesquisa pelos gestores do Sistema (Único) de Saúde num contexto atual

Incorporation of the Research Findings by the Managers of the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS)

José da Rocha Carneiro¹

Resumo

Uma sociedade “baseada no conhecimento” considera essencial o esforço dos cientistas. Mas há queixas pela falta de uso das contribuições científicas pelos policy makers. Contradição em parte devida à diferença entre o ritmo da pesquisa e a urgência da decisão. Não se aceita, em geral, ser possível formular políticas públicas baseadas em evidências científicas. No campo da Saúde Pública, a determinação social e o contexto fazem variar as conclusões científicas. No debate a respeito do Sistema Único de Saúde no Brasil, citamos uma importante contribuição: as “5 estrelas da Agenda Estratégica da Saúde” (Cebes, Abrasco). O Decit, desde sua criação, formulou um Programa de Pesquisas para o SUS, sua criatura emblemática com missão de “fortalecer o SUS”. Num esforço que envolveu a comunidade científica e o Conselho Nacional de Saúde produziu-se uma “Política de CT&I em saúde” e uma “Agenda de Prioridades”. O processo participativo deu ao resultado final um caráter mais democrático do que o usual. Há hoje temáticas cada vez mais frequentes na literatura internacional que não podem ser ignoradas pelo PPSUS: KT (Knowledge Translation) e KTA (Knowledge to Action); mHealth, telefones celulares na saúde; Health in All Policies (Saúde em Todas Políticas).

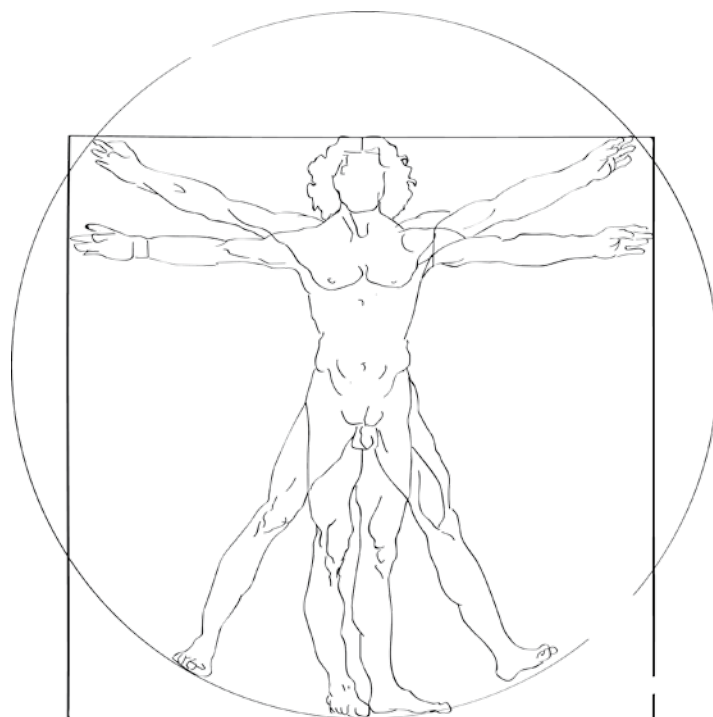
Palavras-chave: Decit, PPSUS, Política Pública em Saúde, SUS, Sistema Único de Saúde

Abstract

A “knowledge-based” society considers essential the effort of scientists. However, there complaints of the lack of the use of scientific contributions by the policy makers. Partially, this contradiction is due to the difference between the pace of the survey and the urgency for decision making. It is not accepted, in general, the possibility of the formulation of public policies based on scientific evidences. In the field of Public Health, the social determination and the context make scientific conclusions vary. In the debate regarding the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), we mention an important contribution: the five stars of the strategic health agenda (Cebes, Abrasco). The Science and Technology Department (Departamento de Ciência e Tecnologia - DECIT), since its establishment, formulated a research program to the SUS, which is an emblematic creature with the mission of “strengthening the SUS”. In an effort which involved the scientific community and the National Health Council (Conselho Nacional de Saúde), a Policy on Science, Technology and Innovation in Health (Política de CT&I em Saúde) and a Priorities Agenda (Agenda de Prioridades) have been produced. The participative process gave as a final result a more democratic profile than the usual. Currently there are themes that are more and more frequent in the international literature which cannot be ignored by the Incentive Prize in Science and Technology for the SUS (Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS - PPSUS): KT (Knowledge Translation) and KTA (Knowledge to Action); mHealth, cellular phones on health; Health in All Policies (Saúde em Todas Políticas).

Keywords: Decit, PPSUS, Public Health Policy, SUS, Brazilian Public Health System

¹José da Rocha Carneiro (jrcarval@fiocruz.br) é médico, professor titular de Medicina Social (FMRP/USP), ex-diretor do Instituto de Saúde, membro do INCT-Inovação em Doenças Negligenciadas/ CDTS/Fiocruz



A. Queixumes e axiomas

Numa sociedade que se diz “baseada no conhecimento”, é quase unânime admitir o esforço dos cientistas como elemento essencial para o desenvolvimento tecnológico. Mas há controvérsias e são frequentes as queixas pela falta de apetite dos *policy makers* pelas contribuições da ciência. Pelo menos na área da saúde, nem sempre se identificam transferências imediatas do saber científico para melhorar a vida e o bem estar das pessoas.

Para citar um exemplo notável, Holland & Wainwright⁸, no número inaugural de *Epidemiologic Reviews*, abordam a relação entre a Epidemiologia e a Política de Saúde. O primeiro autor era então o Presidente da prestigiada Associação Internacional de Epidemiologia (IEA) o que empresta ao artigo um sabor de consenso entre os epidemiologistas. Nesse artigo, os autores reconhecem avanços no, já então, consagrado esforço para controle do tabagismo em decorrência da demonstrada associação com o câncer de pulmão. Porém, se queixam que o mesmo não tem acontecido em outros campos. Citam, por exemplo, os resultados dos estudos de coorte que associam hábitos alimentares e sedentarismo com as doenças cardiovasculares. Mencionam a inércia na adoção de políticas baseadas em resultados de pesquisa como um obstáculo a ser superado.

Num contexto bem mais modesto, fomos também vítimas dessa pretensão em ditar os rumos da política. Nos anos 70, defendemos uma tese de Livre Docência na FMRP/USP, relatando os resultados de quase 50 mil entrevistas domiciliárias na população residente em Ribeirão Preto, com referências a doenças ocorridas e ao uso de serviços de saúde⁴. Fazíamos um libelo à lamentável falta de interesse das autoridades locais em aplicar os resultados no planejamento das ações de saúde, apesar de terem oficialmente apoiado a realização dessa pesquisa de caráter contínuo durante anos. É bem verdade que foi possível colaborar com o Ministério da Saúde, aproveitando o caráter permanente do levantamento, para estimar a cobertura vacinal contra o meningococo C em amostra populacional. Este apoio foi um dos elementos usados na apresentação do Ministro da Saúde na Assembleia Mundial da Saúde (OMS), em Genebra, uma vez que a cobertura medida pelo número de doses aplicadas era superestimada em virtude da “invasão” de vacinados não moradores.

Lord Keynes, um dos mais importantes economistas do século XX, sempre foi um frasista notável por suas ideias transformadas em verdadeiros axiomas (*quotations*). Um deles vem bem a calhar: O que os

dirigentes mais odeiam são as coisas muito bem explicadas, pois lhes tiram a margem de manobras. No original inglês: *There is nothing a government hates more than to be well-informed; for it makes the process of arriving at decisions much more complicated and difficult*. Esta fala de Lord Keynes traduz uma realidade de então (1937)¹⁰, mas ainda é vigente. Quase um universal da cultura política.

B. Tempestivo e oportuno

A contradição abordada no item anterior deve-se, em grande parte, à diferença entre o ritmo da pesquisa e a urgência da decisão. Essa questão não é nova nem original, já havíamos lembrado em artigo anterior⁵ o alerta de Omram¹³ de que “os bons exemplos de Investigação em Serviços de Saúde (ISS), evitados os escolhos, são geralmente demorados; as ações, ao contrário, são geralmente imediatas e assumidas pelos dirigentes dos serviços aproveitando o conhecimento acumulado”. E acrescentávamos que esse conhecimento poderia ter sido gerado por ISS anteriores, realizadas ali mesmo ou em outro lugar. Passados quase vinte anos essas ideias mantêm-se vigentes, porém num contexto ainda mais complexo.

O fantástico acúmulo do conhecimento na atualidade e a novidade da aceleração de sua difusão pelos meios eletrônicos nos colocam em face de problemas inéditos. É do senso comum afirmar que a geração a que pertencem os atuais dirigentes está se mostrando incapaz de dar conta desse contraste. São “imigrantes analógicos” que gerenciam um mundo cada vez mais povoado de “nativos digitais”. Ou, dito de outra maneira, temos uma gestão conduzida por homens e mulheres do século XX, com ideias do século XIX, e aplicada em populações do século XXI.

É nesse sentido que se insere o caráter distinto do conhecimento em Saúde Coletiva, que preside uma maneira própria de pensar e agir e que lhe confere a qualidade de campo científico. Consideramos que a Saúde Coletiva tem como objeto todas as questões relacionadas com a saúde e o bem-estar das pessoas, em distintos níveis e abordados por diversas disciplinas científicas, cada uma com seus próprios referenciais e métodos.

C. Níveis de ancoragem

Em artigo anterior⁵ analisamos o “estado da arte”

da investigação em serviços de saúde. Embora um trabalho datado, ainda vige em alguns pontos, especialmente nas considerações a respeito dos níveis de ancoragem de qualquer trabalho científico¹⁴. Esse número temático de Saúde e Sociedade faz uma “incursão no campo da metodologia de investigação científica em saúde” e a aparente contradição nas datas das referências deve-se a questões relacionadas com o atraso da edição do periódico.

Essa questão dos níveis de ancoragem é importante para nos entendermos a respeito do que estamos falando. Podemos estar interessados em indivíduos ou em coletivos, agregados em famílias ou em outros grupos: sexo ou gênero, raça ou grupo étnico, estratos ou classes sociais. Geralmente esses grupos têm uma definição geográfica: unidade administrativa, país, mundo. Não será o mesmo discutir o tema proposto para este trabalho em diferentes níveis. Nem mesmo as disciplinas científicas subjacentes ao discurso serão as mesmas. Embora consideremos que o nível das pessoas individualmente é o que mais vezes é motivo de análise e divulgação, preferimos tratar de questões políticas (de saúde). No domínio coletivo, portanto.

As disciplinas científicas que dão sustentação teórica a nossa análise estendem-se por um leque invejável: Medicina Social, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e outras Medicinas. Cabem todas na ideia generosa de Saúde Coletiva, considerada um “olhar multidisciplinar das questões relacionadas com a saúde e o bem-estar das pessoas”. A discussão recente a respeito da ditadura epistemológica da Medicina Baseada em Evidências e seu contraponto da Medicina Baseada em Narrativas limita-se, a nosso ver, ao terreno da saúde dos indivíduos e não será objeto de nossas indagações. Nem mesmo a Medicina Translacional (ou “de tradução”, ou melhor “transcrição”). Nosso trabalho critica explicitamente a ideia de aceitar, de maneira simplista, que é possível na saúde (e em outras áreas) formular políticas públicas baseadas em evidências (EBP). Como se estivéssemos tratando nesse terreno de “universais”, à semelhança do que ocorre nas ciências biomédicas.

Michel Serres¹⁶ considera de maneira brilhante os problemas de tradução nas ciências (duras) e na literatura. Creio que o que este autor afirma para a literatura também vale para os resultados de pesquisa nas ciências sociais, em função das determinações

do contexto em que são realizadas. Segundo Serres, podemos demonstrar o teorema de Pitágoras em qualquer cultura na sua própria linguagem, não há distorções semânticas. Até porque há uma linguagem simbólica universal na matemática e na geometria. Vale também para outras ciências (duras), como Física e Química. No entanto, nas pesquisas no campo da biologia, fisiologia e patologia humanas, há dúvidas quanto à generalização universal. Um exemplo simples: vacinas (por exemplo de AIDS) produzidas por engenharia genética empregando vetores de vírus (canarypox e outros poxvirus, ou adenovirus) têm eficácia diferente em populações com incidência distinta desses vírus circulantes. E, no campo da Saúde Pública, há uma certeza: a determinação social e o contexto fazem variar as conclusões. É verdade que se podem buscar algumas verdades com caráter universal. É o caso do “postulado de coerência”, formulado por Mário Testa¹⁹ e que comentamos com algum detalhe em texto anterior⁵. Postula que “os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza e a organização que assume devem ser coerentes”.

D. A Política Pública Baseada em Evidências

Já mencionamos Lord Keynes e seu axioma relacionado com a ojeriza às explicações muito detalhadas que os cientistas fazem da realidade social. No mesmo trabalho onde capturamos a *quotation* de Keynes, a autora AbouZahr¹ abre sua exposição com outras duas diametralmente opostas, a segunda delas de origem no Banco Mundial: (1) “*Statistics are the eyes of the policymaker*”; e (2) “*Without good statistics, the development process is blind: Policy makers cannot learn from their mistakes, and the public cannot hold them accountable (WB)*”. Não surpreende, portanto, que também na área da saúde haja seguidores da ideia de que Políticas Públicas devem ser “baseadas em evidências”.

A maneira como a metodologia epidemiológica dos fatores de risco se desenvolveu, nos países que completaram a transição demográfica, se justifica pelo seu corolário, a transição epidemiológica. Passada a primeira revolução epidemiológica, como alguns chamam o controle das doenças transmissíveis, o quadro sanitário viu-se amplamente dominado por doenças crônicas não transmissíveis. A teoria do germe perdeu seu poder explicativo e foi substituída por uma teoria da multi-causalidade que afastou o objeto de indaga-

ção cada vez mais da doença propriamente dita e mergulhou nos fatores de risco. Ainda hoje estamos sob o domínio desta maneira hegemônica de construir o pensamento reinante na área médica, oriunda do desenvolvimento da Epidemiologia desde meados do século XX e que se constituiu como “epidemiologia clínica”. O que é curioso é que, ao pensar a Saúde Pública de onde sorveu sua maneira de pensar, essa *Evidence Based Medicine (EBM)* sustenta um modo de construir o pensamento científico que não pode ser mecanicamente transferido para o campo das políticas (de saúde, em nosso caso).

E. O caráter polêmico do SUS na atualidade

Ao mudar a proposta original do título desta contribuição “Problematizar a incorporação dos resultados de pesquisa pelos gestores do Sistema Único de Saúde”, assumimos que a tarefa é complexa e exige identificar o que entendemos na atualidade por Sistema Único de Saúde no Brasil. Tem-se dito que, pelo vertiginoso crescimento do setor privado, temos hoje um Sistema “dual”, seja lá o que isto for. Parece mais uma questão de desigualdade, ou iniquidade, num meio social e numa economia admitida como uma das *top 10* (quinta ou sexta) mas com um IDH *bottom 100* (84° entre 187 países). A imagem que nos ocorre é a do uso obrigatório do transporte público pela fatia mais pobre da população e, a partir de certo nível de renda, algum tipo de possibilidade de escolha dependente dos custos. Quem nada possui anda a pé ou serve-se de meios gratuitos de transporte, como escadas rolantes e os ônibus circulares de alguns centros universitários. Quem é muito rico também anda a pé, usa escada rolante e transporte público, gratuito ou pago. Mas tem no transporte individual outra escolha possível, compra um carro. Nesse nível e em níveis intermédios, o Sistema de Saúde no Brasil parece que, ao invés de dual, é flex como nossos carros na atualidade. Quem pode compra o modelo e usa o combustível que mais lhe convém.

Não estamos falando de nada que já não tenha sido abordado em nosso meio. Para citarmos apenas uma contribuição, lembramos a análise “da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais” de Malta et al¹². O mesmo grupo de autores tem prosseguido numa linha que aborda a ‘produção social da regulação’, em que é presumível que a regulação legal ou

'formal' do acesso parece que não é válida, pelo menos para os segmentos médios e superiores de renda na sociedade. Já existe mesmo um plano privado de saúde que jura fornecer um 'passaporte para medicina de 1.º mundo, voltado para o público A e B'. Além disso, ganha vulto no mundo e também se instala no Brasil um movimento de "turismo médico" que movimenta recursos da ordem de bilhões de dólares⁷. Nem estamos sendo muito originais na crítica, a literatura científica e os meios sociais de comunicação tratam dessa questão com frequência cada vez maior. Para citar apenas algumas, iniciamos com as "5 estrelas da Agenda Estratégica da Saúde" produzidas por entidades atuantes na área, entre elas Cebes e Abrasco tradicionais condutores do processo da Reforma Sanitária Brasileira². Também os últimos números (volumes 34 e 35) de "Saúde em Debate", periódico editado pelo Cebes têm sido exemplares nesse debate no nível acadêmico (ver, por exemplo, Santos¹⁵). E, para não deixar de lado a imprensa corporativa, em número recente do Jornal do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) o ex-Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, assevera que o "SUS está se americanizando, copiando a lógica de um dos piores sistemas de saúde do mundo"¹⁸.

F. PPSUS: o que se pode esperar

No final da década de 90, a Secretaria de Políticas de Saúde do MS convocou um GT com a tarefa de propor instrumentos organizacionais para C&T em saúde. Foi composto por pesquisadores de diversas áreas, com predomínio da Saúde Coletiva o que fez com que se atribuísse à proposta de criar uma nova estrutura a missão de "Impregnar o SUS de ideias"⁶. Sem desprezar a relevância da pesquisa científica em outras áreas disciplinares, este viés deu um recado claro. Numa estrutura ministerial ligada à saúde, e não à educação ou à C&T, devem ser enfatizadas questões relacionadas ao Sistema Único de Saúde. Essa proposta redundou na criação de um Departamento na Secretaria de Políticas de Saúde, o DECIT que se esmerou em propor imediatamente um "Programa de Pesquisas para o SUS (PPSUS)", sua criatura emblemática. Este tem o "intuito de financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população e contribuir para o fortalecimento do SUS no País"³.

Um esforço que envolveu a comunidade científica e o Conselho Nacional de Saúde, permitiu formular uma

"Política de CT&I em saúde" e definir uma "Agenda de Prioridades". Esta última é, mais que uma agenda de prioridades, um verdadeiro "Diretório" de problemas na área da saúde que não difere muito do que é feito em outros países, por exemplo nos EUA com seu *Healthy People 2020*. Ao incluir o Conselho Nacional de Saúde no processo de discussão, o Ministério da Saúde inova em relação ao que ocorre em outros lugares onde esta tarefa é quase exclusiva de gestores e acadêmicos. O processo participativo, com suas dificuldades, dá ao resultado final um caráter mais democrático do que o usual nos editais de concorrência das agências de fomento. Também a organização desta área no Ministério da Saúde mudou, sendo criada uma Secretaria de C&T e Saúde, que incorpora o DECIT, mas tem outras atribuições, em particular a de dar sustentação à política voltada para o Complexo Produtivo em Saúde. Mas é sempre bom lembrar que, ao menos no PPSUS pela sua missão de "fortalecer o SUS", os Editais devem ser expressão dos interesses (e necessidades) regionais e locais. Nesse sentido, a ideia de Redes no sentido acadêmico⁵ deve subsumir a análise da concretude das "redes reais".

Para finalizar, uma breve passagem a voos de helicóptero por alguns temas que têm aparecido cada vez com maior frequência na literatura internacional e não podem ser ignorados:

- KT (*Knowledge Translation*) e KTA (*Knowledge to Action*), este último um método rápido para traduzir evidências científicas para os gestores regionais que os autores preferem chamar Sumários de Evidências (*Evidence Summaries*) e não Revisão Rápida (*Rapid Review*) (ver Khangura et al⁹).

- o mHealth²⁰, tendência cada vez maior de emprego de telefones celulares na área da saúde, especialmente mas não só em ambientes remotos.

- Health in All Policies (HiAP), uma ideia que tem sido amplamente discutida na Europa, no Canadá e na Austrália e que se assemelha, em nosso caso, ao debate sobre a natureza do processo constituinte que conduziu a uma proposta de SUS incluída num sistema de seguridade social (ver, por exemplo, Kickbusch¹¹ e Shankardass et al¹⁷).

Referências

1. AbouZahr, C. Use of statistical data for policy analysis and advocacy: Some lessons learnt and suggestions for action. Background paper. In: Workshop on Effective Use of Statistical Data for Policy Analysis and Advocacy: building on success; 24-26 Oct 2011. Bangkok, Thailand; 2011.
2. ABRASCO. SUS igual para todos: agenda estratégica para a saúde no Brasil [monografia na internet]. São Paulo; 2011 [acesso em 22 fev 2012]. Disponível em: www.abrasco.org.br.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Como elaborar projetos de pesquisa para o PPSUS [monografia na internet]. Brasília (DF): Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; 2010. (Série A: Normas e manuais técnicos) [acesso em 22 de fev 2012]. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/como_elaborar_projetos_ppsus_guia.pdf.
4. Carvalheiro JR. Condições de saúde por entrevistas domiciliárias [tese de Livre Docência]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP; 1975.
5. Carvalheiro JR. Investigação em Serviços de Saúde: qual é o seu problema? Saúde e Sociedade. 1994;3(2):64-111.
6. Carvalheiro JR. Impregnar o SUS de ideias. Boletim do Instituto de Saúde- BIS. 2011;13(1): 92-5.
7. Furtado JJA; Guimarães T. Turismo médico também traz risco a paciente. Folha de São Paulo, 2012 fev 21; Caderno Mercado.
8. Holland WW, Wainwright AH. Epidemiology and Health Policy. Epidemiol Reviews. 1979; 1(1): 211-232.
9. Khangura S, Konnyu K, Cushman R, Grimshaw J, Moher D. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. Systematic Reviews [periódico na internet]. 2012 [acesso em 22 fev 2012];1:10. Disponível em: <http://bit.ly/AgrH4N>
10. Keynes JM. The times. Collected Writings. 1937; 21:409.
11. Kirkbusch I. Policy Innovation for Health. New York: Springer; 2009. 207 p.
12. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;9(2):433-444.
13. Omram AR. Investigación sobre sistemas de salud: métodos y escollos. Foro Mundial de Salud. 1990;11:288-294.
14. Samaja J. Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica. 3.ed. Buenos Aires: Eudeba, 1995.
15. Santos NR. O Estado que temos e os rumos que queremos. Contribuição para posicionamento com os novos governos: federal e estaduais. Saúde em Debate. 2010;34(87):616-646.
16. Serres M. Júlio Verne: a ciência e o homem contemporâneo. Rio de Janeiro: Bertrand; 2007. 92p.
17. Shankardass K, Solar O, Murphy K, Freiler A, Bobbili S, Bayoumi A, Campo P. Health in all policies: a snapshot for Ontario, results of a realist-informed scoping review of the literature. In : Getting started with health in all policies: a resource pack [monografia na internet]. Ontario, Canada: Centre for Research on Inner City Health; 2011. [acesso em 22 de fev. 2012]. Disponível em : <http://bit.ly/wnt2hN>
18. Temporão JG. O SUS está num processo lento de degradação : entrevista. Jornal do CREMESP, 2012 jan/fev (288).
19. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/ Abrasco; 1992.
20. World Health Organization. mHealth: new horizons for health through mobile technologies. Based on the findings of the second global survey on eHealth [monografia na internet]. Geneva; 2011. (WHO. Global Observatory for eHealth Series, 3) [acesso em 22 fev 2012]. Disponível em: <http://bit.ly/jNztw7>