

A incorporação dos conhecimentos em saúde coletiva nas políticas e práticas municipais do SUS – a perspectiva do CONASS

The Incorporation of Knowledge in Public Health in the Local Policies and Practices of the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) – a Perspective from the National Council of State Health Secretaries (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS)

Fernando P. Cupertino de Barros¹

Resumo

O presente artigo discorre sobre o processo de apropriação e incorporação dos conhecimentos de saúde coletiva nas políticas e práticas municipais do SUS, estabelecendo suas relações com a estratégia de fortalecimento da atenção primária em saúde (APS) e com o novo modelo de atenção à saúde fundamentado pelas inovações trazidas pela Constituição Federal de 1988 e pelas ideias e discussões gestadas ao longo das décadas de 1970 e 1980. Além disso, situa a estratégia da Saúde da Família como elemento resultante da adesão e da aplicação desses conhecimentos em nível municipal e aponta os resultados e os desafios de sua implementação, especialmente numa situação de saúde e de transição epidemiológica que não encontram respostas pelo modelo de atenção vigente.

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Municipalização, Modelo Assistencial

Abstract

This article approaches the process of appropriation and incorporation of the collective health knowledge in local policies and practices of the Brazilian Public Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), linking its relations to the strategy of strengthening the primary health care (APS) and with a new health care model based on innovations brought by the Federal Constitution of 1988 and the ideas and discussions born during the 1970 e 1980 decades. Moreover, it situates the strategy of the Family Health Program as an element that results from the adherence and application of this knowledge in the local level and points out the challenges to its implementation, especially in a situation of health and of epidemiologic transition that do not find answers based on the current assistance model.

Keywords: Collective Health, Municipalization, Assistance Model

¹Fernando P. Cupertino de Barros (fernando.cupertino@conass.org.br e fernandocupertino@gmail.com) é médico com especialização em Ginecologia e Obstetrícia; mestre em Saúde Coletiva (ISC-UFBA); Secretário Municipal de Saúde de Goiás-GO (1986-1988 e 1996-1997); Secretário de Saúde do Estado de Goiás (1999-2006); presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS (2000-2003), onde atualmente exerce as funções de assessor técnico; professor da cadeira de Medicina Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás



O cenário

A Constituição Federal de 1988 consagrou mudanças na saúde que já vinham sendo gestadas há mais de uma década. O modelo médico-assistencial privatista predominante no Brasil na segunda metade do século XX mostrava sinais inequívocos de esgotamento, distorções graves e discriminação social, privilegiando uma ação médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas. Já em 1963, a 3.^a Conferência Nacional de Saúde abordava a estratégia de municipalização da saúde, de modo a fazer face às más condições de saúde, especialmente da população mais pobre³.

Além disso, as mudanças políticas e econômicas nos anos 1970 e 1980, associadas ao processo de redemocratização do país, contavam com a discussão de outros rumos para as políticas públicas, onde novos atores sociais propunham um novo modelo de atenção à saúde. Surgem, assim, várias iniciativas e sucedem-se eventos. Na década de 1970, assistimos ao surgimento de projetos pioneiros de medicina comunitária e de municipalização da saúde; nascem, ainda, na mesma década, o Movimento da Reforma Sanitária, o CEBES-Centro Brasileiro de Estudos de Estudos de Saúde e a ABRASCO-Associação Brasilei-

ra de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Do cenário mundial, o Brasil recebe as influências da Conferência de Alma Ata (1978) e da Carta de Ottawa, apresentanda por ocasião da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986).

Gradualmente, surgem também mudanças no panorama sociopolítico, tais como a criação do FUNRURAL, em 1971; a instituição do PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, em 1979; a crise na Previdência Social nos anos 1980; a criação das AIS - Ações Integradas de Saúde, em 1983, uma espécie de cogestão entre o INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e as secretarias estaduais de saúde para atendimento à saúde na zona urbana; a criação do CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em 1982; a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, seguramente o marco decisivo para a cristalização das mudanças que seriam consagradas no texto constitucional de 1988. Como consequência das teses sustentadas naquela conferência, surge o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em 1987, que instituía a universalização do atendimento até então restrito aos previdenciários, a descentralização para os estados e a democratização

das instâncias gestoras, ao mesmo tempo em que acontecia o processo constituinte.

A promulgação da Constituição Federal, em 1988, consagra a saúde como um direito universal do cidadão, atribuindo ao Estado o dever de assegurá-la². A Lei 8080/1990 e a Lei 8142/1990, consideradas as “Leis Orgânicas da Saúde” promovem o detalhamento e assentam as bases do Sistema Único de Saúde, cujo aperfeiçoamento continua a ensejar o aparecimento de outros atos normativos posteriores.

Na vivência cotidiana do município, na década de 1980, no bojo de todas essas transformações, assistimos ao surgimento de organismos da administração municipal voltados para a área da saúde. Até então, a grande maioria dos municípios não possuía estruturas administrativas que se ocupassem da saúde, uma vez que sobre ela não tinham responsabilidade direta. Mesmo os centros e postos de saúde eram de responsabilidade estadual. Assim, surgem rapidamente departamentos, superintendências e secretarias municipais de saúde. Esta última conformação orgânica acaba por tornar-se a regra em todos os municípios brasileiros nos anos que se seguem. Se, por um lado, tais transformações traziam entusiasmo, por ser o resultado de um processo de luta em favor de um novo modelo de atenção à saúde, com descentralização e distribuição do poder de decisão, alguns problemas começavam a se apresentar.

Os novos desafios

Dentre os diferentes e múltiplos problemas com que as jovens estruturas municipais de gestão da saúde passaram a se defrontar, talvez um dos mais graves tenha sido o da falta de recursos humanos qualificados para responder adequadamente aos novos desafios que agora estavam entregues à responsabilidade do município e de suas comunidades. A dificuldade era de duplo sentido, pois, se de um lado, os municípios não possuíam servidores da área da saúde, por outro, a cessão de quadros das secretarias estaduais ou até mesmo de servidores federais, vinculados ao antigo INAMPS, traziam consigo a mesma mentalidade médico-assistencial individualista e focada na doença. Contribuía para isso, a cultura do povo, acostumado desde sempre à assistência médica voltada ao processo de diagnóstico e tratamento da doença, sobretudo tendo como sustentáculo maior a figura do hospital.

Abundavam assim, em proporções inacreditáveis, as internações hospitalares que representavam muito mais um fator de lucro para as instituições privadas já vinculadas anteriormente ao INAMPS e que insistiam em perpetuar sua prática tradicional.

O foco bem definido da nova orientação da política de saúde no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) foi sem dúvida o grande marco referencial para a mudança do modelo. Para tanto, era preciso incutir nos profissionais e nas pessoas (líderes comunitários, conselheiros de saúde, representantes de categorias profissionais) as noções de saúde coletiva, sem negligenciar, contudo, os aspectos assistenciais, que passavam a integrar uma cadeia lógica relacionada ao cumprimento do preceito da integralidade. A atuação de algumas secretarias estaduais de saúde foi fundamental para apoiar e amplificar esse processo, montando cursos de capacitação de conselheiros municipais de saúde; cursos de capacitação para gestores e cursos de capacitação e aperfeiçoamento para profissionais de saúde que tivessem atuação nas unidades de APS. Houve, também, é bem verdade, em algumas regiões do país, uma migração de servidores das secretarias estaduais para os municípios, fortalecendo os quadros municipais da saúde em estruturação, mas impondo um severo prejuízo no nível estadual, que levaria anos para recuperar-se desse desfalque.

A preocupação com o incremento da APS materializou-se no movimento de municipalização da saúde no Brasil na década de 1990, transferindo aos serviços locais, sob coordenação de uma Secretaria Municipal de Saúde, a responsabilidade pelas atividades típicas da APS, especialmente aquelas relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Nascia, assim, uma nova forma de organização dos serviços de saúde onde, pela primeira vez, os cuidados básicos de saúde passavam a ser objeto de atenção e de investimentos, na perspectiva de virem a ser o eixo estruturante da prestação de serviços à saúde e a “porta de entrada” do sistema. O desejo era, evidentemente, o de ampliar o acesso à saúde à totalidade da população brasileira, garantindo-a como um direito inerente à cidadania, com integralidade e equidade.

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS (1990) e depois do Programa de Saúde da Família - PSF (1994) deram grande impulso ao desenvolvimento da APS no Brasil, o que é atesta-

do pela mudança importante de certos indicadores de saúde⁹. O Programa de Saúde da Família, como sabemos, baseia-se em um modelo simples: equipes multidisciplinares compostas por um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde que possuem uma unidade de saúde como base de trabalho e que se distribuem em áreas geográficas determinadas, cada qual tendo sob sua responsabilidade uma população não superior a 5.000 residentes.

A perenização dessa metodologia de trabalho em equipe, com a destacada participação do agente comunitário de saúde, pessoa da própria comunidade, por ela mesma escolhida, é sem dúvida um dos fatores de sucesso experimentado pelo sistema de saúde brasileiro, sobretudo em comunidades menos favorecidas, em locais distantes e em pequenos municípios e traduz-se como a experiência mais emblemática em termos de desempenho no âmbito da saúde do Brasil. Em recente manifestação pública, a Organização Panamericana de Saúde assim se expressou:

[...] Ao longo de duas décadas, a estratégia de Saúde da Família expandiu-se por todo o país, oferecendo atenção primária integral a 95% dos 5564 municípios brasileiros, cobrindo 55% da população - quase 100 milhões de pessoas, aí incluídos os pobres que vivem em áreas rurais isoladas e favelas urbanas. O Programa de Saúde da Família é um exemplo concreto e com resultados de uma política de saúde exitosa.

[...] Esta e outras evidências atestam seus inquestionáveis sucessos, que levaram o prestigioso periódico científico *British Medical Journal* (BMJ) a definir o Programa de Saúde da Família como “um sucesso custo-efetivo com o qual países de renda superior poderiam aprender” (*The Economist. Health Care in Brazil*. 27 de agosto de 2011).¹⁰

Embora considerada exitosa, a estratégia de saúde da família enfrenta desafios que vão desde o recrutamento e retenção de médicos com formação adequada ao provimento de serviços de APS, à heterogeneidade da qualidade local da atenção, bem como a deficiente articulação dos serviços de APS com os níveis secundário e terciário e a maior dificuldade de expansão do PSF em grandes centros urbanos⁶. Junta-se a tais preocupações a recente flexibilização da carga horária dos médicos de família, que passam a ter a possibilidade de prestar 40 horas, 30 horas ou 20 horas de trabalho semanal, em lugar das 40 ho-

ras anteriormente obrigatórias. Isso trabalha contra a própria razão de ser da estratégia que procura, dentre outras coisas, criar um vínculo de confiança por parte da população com relação ao médico e um vínculo de responsabilidade deste profissional com relação às famílias a ele adscritas. As razões que levaram o Ministério da Saúde a sancionar tal medida podem estar ligadas a dificuldades de financiamento, já que a remuneração para uma carga horária de 40 horas semanais certamente estaria a exigir um dispêndio maior que os poucos recursos disponíveis, sobretudo no âmbito municipal já extremamente sobrecarregado com os crescentes gastos em saúde.

Outra preocupação refere-se à insuficiente formação do jovem médico que muitas vezes é levado a trabalhar na Saúde da Família desde o momento em que deixa a universidade, sem ter adquirido as condições necessárias para o bom desempenho de suas funções. Ao contrário do que possa parecer, a Atenção Primária à Saúde é altamente exigente em termos de conhecimentos cognitivos e da capacidade de percepção dos condicionantes e determinantes sociais da saúde, requerendo, ainda, a aplicação vigorosa dos preceitos bioéticos na perspectiva das relações humanas. A despeito da crescente oferta de iniciativas governamentais de qualificação desses jovens profissionais, a experiência, a vivência clínica, a coexistência e o equilíbrio entre as dimensões do conhecimento científico e do comportamento ético e humano não podem ser forjados em pouco espaço de tempo. Além disso, a falta de condições de trabalho, o isolamento e a falta de articulação com serviços e com profissionais especializados dificultam a atuação dos generalistas, especialmente se fragilizados em sua autoconfiança, fazendo com que haja um número de encaminhamentos muito além do necessário a serviços de média ou de alta complexidade.

A meu ver, o primeiro contato do nível municipal com os princípios, preocupações e posições defendidas pela saúde coletiva dá-se sobretudo a partir da definição política de fortalecimento da APS na década de 1990, como consequência e desdobramento das discussões promovidas pelo Movimento da Reforma Sanitária e sua disseminação no meio acadêmico e entre jovens profissionais de saúde interessados num modelo de saúde que permitisse a ampliação de acesso e a melhoria da qualidade de saúde da

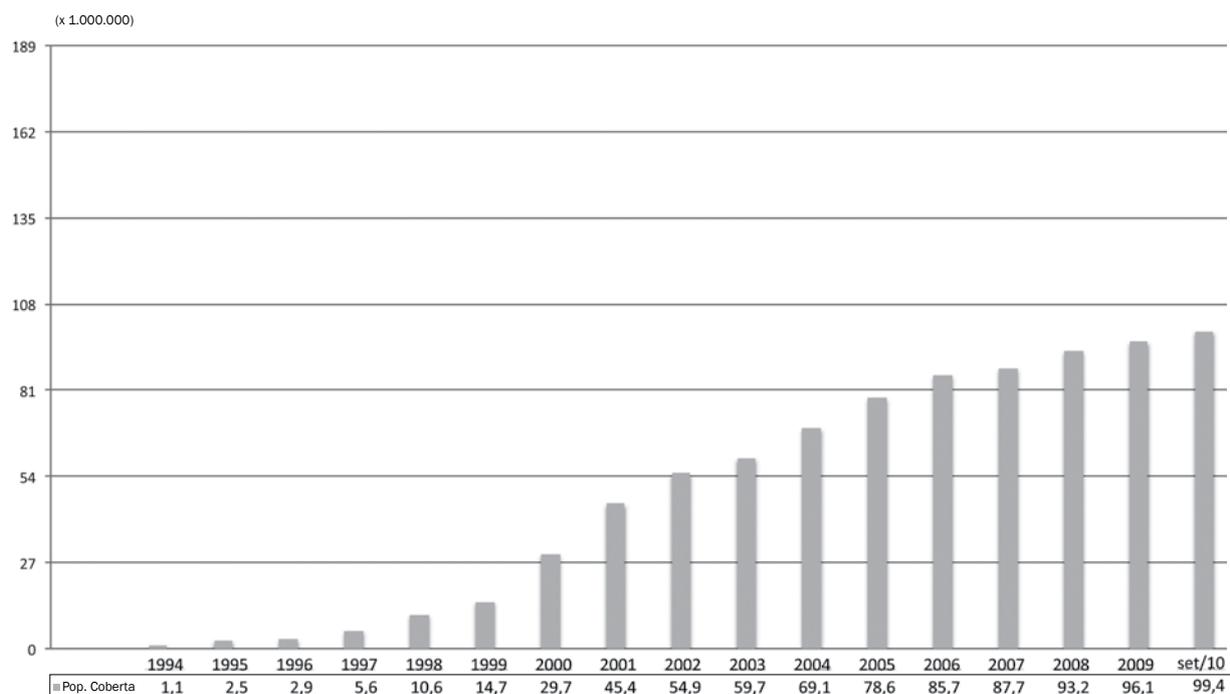
população brasileira. A partir de então, a presença da saúde coletiva é permanente no norteamo do planejamento, da organização dos sistemas locais e dos serviços de saúde, procurando alicerçá-los em evidências científicas sólidas. Para isto têm concorrido, também, as secretarias estaduais de saúde, com um apoio decisivo na capacitação de gestores, técnicos e profissionais do nível municipal, especialmente pela atuação das escolas de saúde de pública, que em sua grande maioria encontram-se abrigadas na estrutura organizacional das secretarias de saúde dos estados. Além disso, tem aumentado sensivelmente o número de servidores municipais e estaduais pós-graduados em saúde coletiva, para o que contribui decisivamente o apoio do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais no financiamento e no oferecimento das condições necessárias à realização de cursos de especialização, de mestrados profissionais e de outras formas de aquisição de conhecimento no campo da saúde coletiva. A firme atuação do CONASS e do CONASEMS, cômicos de seu papel e de suas responsabilidades de co-gestores do SUS, também tem sido de grande importância, uma vez que estimulam permanentemente a aplicação do conhecimento gerado pela saúde coletiva no trabalho cotidiano das secretarias estaduais e municipais de saúde. Para isso utilizam diferentes

recursos, como a realização de câmaras técnicas setoriais, seminários, cursos, jornadas e congressos, além da ação concentrada e permanente com as diferentes áreas do Ministério da Saúde e com organismos nacionais e internacionais, como por exemplo a Fiocruz e a Organização Panamericana de Saúde.

Um testemunho eloquente dos reflexos dessa incorporação da saúde coletiva no nível municipal é dado pela adesão dos municípios à política de fortalecimento da APS, através da implantação da estratégia de Saúde da Família. Em 2009, cerca de 95,6 milhões de pessoas (cerca de 53% da população) foram atendidas pelo programa saúde da família (Gráfico 1). Desse total, 73,9 milhões viviam em áreas urbanas e 21,7 milhões viviam em áreas rurais, o que representa uma cobertura de 47% para áreas urbanas e 73% para as zonas rurais. A cobertura é maior na região mais pobre do nordeste brasileiro, onde chega a 72%; e é menor na região Sudeste, mais rica, com apenas 36% de cobertura, sugerindo que o programa tem funcionado melhor onde as necessidades são maiores⁴.

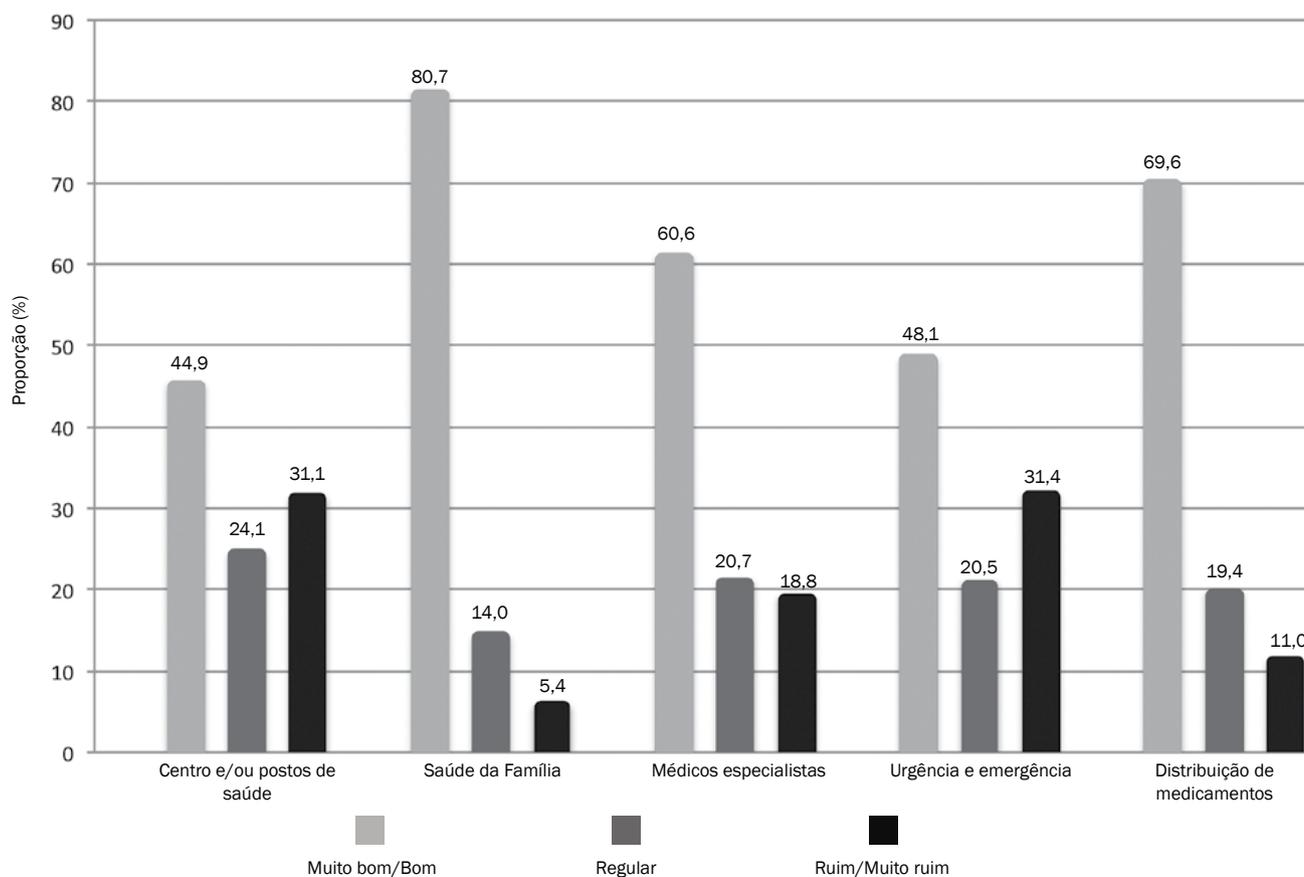
Nos últimos 15 anos, foram recrutados e treinados mais de 250 mil agentes comunitários de saúde e cerca de 30.000 médicos generalistas. No mesmo período, o avanço na saúde pública do Brasil tem sido notável. A mortalidade infantil caiu de 48/1.000 para

Gráfico 1 - Cobertura populacional de atendimento pela estratégia de Saúde da Família



Fonte: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Gráfico 2 - Proporção (%) das opiniões dos entrevistados a respeito da qualidade dos serviços públicos de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo utilização* e tipo de serviço pesquisado. Brasil, 2010



17/1.000. Somente nos últimos 5 anos, as internações hospitalares devidas a diabetes e acidentes vasculares encefálicos (AVE) diminuíram em 25%; a proporção de crianças abaixo de 5 anos com baixo peso caiu em 67%; mais de 75% das gestantes fazem atualmente sete ou mais consultas com a equipe de saúde durante o pré-natal e a cobertura vacinal de tríplice bacteriana (difteria, tétano e coqueluche) em crianças menores de um ano é superior a 95% na maioria dos municípios⁵.

Recente pesquisa realizada pelo IPEA, em que 2.773 residentes de diferentes regiões do país foram entrevistados entre 3 e 19 de novembro de 2010, mostrou um elevado grau de satisfação com relação à Saúde da Família (Gráfico 2)⁷.

Embora os resultados de saúde tenham melhorado, muitas disparidades persistem de forma considerável. Além disso, a transição demográfica e a atual situação epidemiológica vividas pelo Brasil, a chamada “tripla carga de doenças” - que mescla um panorama

de doenças infecciosas ainda não totalmente debeladas, o crescimento exponencial de doenças crônicas com aumento de seus fatores de risco e, ainda, um crescimento importante das causas externas (acidentes, violências), estão a exigir uma mudança radical na organização de um modelo de atenção coerente com a situação de saúde vivida pela população⁸. Com isso, delinea-se claramente a premente necessidade de que a incorporação dos conhecimentos da saúde coletiva, no âmbito das políticas e práticas municipais, sejam capazes de promover as mudanças necessárias no modelo de atenção. O impacto que isso trará ao sistema e à melhoria das condições de vida e de atenção à saúde das pessoas será determinante para, inclusive, o bom uso dos recursos financeiros de que o sistema de saúde carece. De nada adiantará obtermos mais financiamento para continuar trabalhando num modelo de atenção desconectado da realidade da situação de saúde e que, muitas vezes, é gerador de iniquidades.

Ao fim e ao cabo, talvez seja pertinente perguntar se o SUS, assim como outros sistemas de saúde, têm sido capazes de responder às necessidades de saúde da população com eficácia e com efetividade. Afinal, o envelhecimento populacional, em diferentes graus de intensidade e de velocidade, a prevalência crescente das condições crônicas e de seus fatores de risco aliadas a um modelo de atenção geralmente focado no atendimento das condições agudas não são problemas locais, mas globais.

No caso brasileiro, a utilização sistemática dos conhecimentos da saúde coletiva nas três esferas de governo do SUS, assim como sua apropriação pelos integrantes do controle social, são decisivas para que se alcancem plenamente os objetivos constitucionais propostos e acalentados por toda a sociedade.

Um evento auspicioso para a incorporação dos fundamentos propostos pela saúde coletiva às atividades de planejamento e gestão nas três esferas de governo foi a publicação, em junho deste ano, do Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei 8080/1990. Ao estabelecer conceitos e delinear estratégias de organização que levam em conta os princípios e conceitos defendidos pela saúde coletiva e ao torná-los doravante de aplicação obrigatória, este marco legal certamente contribuirá para a melhor organização e para um melhor desempenho do Sistema Único de Saúde, especialmente nos níveis local e regional¹.

Referências

1. Brasil. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. [acesso em 12 set 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigo 196. [acesso em 2 set 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm
3. Campos GW. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:17-9
4. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha, JCN, Carvalho AI. Política e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
5. Guanais F C. Health equity in Brazil. *Brit Med J*. 2010; 341:c6542.
6. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *Brit Med J*. 2010; 341:c4945
7. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sistema de Indicadores de Percepção Social: saúde [monografia na internet]. Brasília (DF); 2011. [acesso em 4 set 2011]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7165&Itemid.
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Panamericana da Saúde, 2011.
9. Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento. Avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o Biênio 2010-2011. Brasília(DF); 2010.
10. OPAS. Health Care in Brazil. *The Economist*. 2011 ago 27. [acesso em 12 set 2011]. Disponível em: <http://www.economist.com/node/21526773>