

Debate sobre o artigo de Conill

Debate on the paper by Conill

Gastão Wagner de
Sousa Campos

Faculdade de Ciências
Médicas, Universidade
Estadual de Campinas,
Campinas, Brasil.
gastao@fcm.unicamp.br

Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate

O artigo de Eleonor Minho Conill tem o mérito de analisar a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) considerando seus aspectos positivos e suas limitações. Escapa, assim, ao simplismo ufanista do discurso oficial que tende a considerar o assunto esgotado, tendo em vista a suposta integralidade da doutrina e das normas operacionais exaradas de Brasília para o Brasil. Tampouco se posiciona no outro extremo, como parte dos críticos do PSF que não identifica seus aspectos positivos: “*Nem Cavalo de Tróia, Nem Travessia Messiânica...*”, escreve com correção. Ela nos convida a aprofundar o tema porque há ainda “*desafios*” teóricos e operacionais – problemas de extensão, de intensidade e de sustentabilidade – à implementação de uma rede de atenção básica no Brasil.

Constato haver um amplo desacordo cultural, epistemológico e político sobre a atenção básica no país. Essa ausência de consenso tem dificultado a construção de diretrizes nacionais que permitam uma rápida expansão da atenção primária. Os gestores do Ministério da Saúde, desde 1994, sucessivamente, têm subestimado esse obstáculo, na medida em que tentam ultrapassá-lo não pelo debate, mas por meio de indução financeira e de emissão de portarias doutrinárias. Mudam-se os governantes, e o que não se altera é a postura olímpica e arrogante das autoridades federais brasileiras. Segundo meu entendimento, construiu-se um fundamentalismo em torno aos dogmas organizacionais e sanitários contidos no PSF. E, como em todo fundamentalismo, infelizmente, restaria aos demais aderirem integralmente aos mandamentos ou serem considerados inimigos e não receberem atenção, dinheiro e apoio. Não haveria meio termo possível. Não percebo, no discurso oficial, disposição para composição ou abertura crítica a experiências internacionais ou desenvolvidas no próprio país. O pessoal da atenção básica de Niterói (Rio de Janeiro), Campinas (São Paulo) ou de inúmeras cidades que ousaram fazer diferente são testemunhas dessa insensibilidade.

O mais grave dessas divergências, contudo, é que sequer ficou ainda bem estabelecida a importância da atenção básica para a viabilidade do SUS, bem como para a reorientação do modelo brasileiro, ainda longe de constituir-se em um sistema regionalizado, que assegure atenção eficaz e simultânea à co-construção de autonomia entre os usuários.

Há relativo consenso internacional sobre a vantagem dos sistemas públicos baseados em atenção primária à saúde¹. Seria esse o caso entre os gestores do SUS? Há evidências em contrário, vejamos algumas. Na prática, nos grandes centros urbanos, mas não somente neles, o acesso da população à atenção primária ainda ocorre, em grande medida, por meio de prontossocorros/hospitais e dos prontos atendimentos. Uma perversa invenção nacional utilizada para ampliar o acesso da população pobre ao cuidado médico. Um modelo organizacional que assegura assistência médica, ainda que de baixa qualidade, já que, em geral, não há prontuários, o trabalho ocorre em regime de plantão, impossibilitando a construção de vínculo terapêutico e a horizontalização do atendimento pelos mesmos profissionais de referência. Tende a ocorrer medicalização com pouca promoção e educação à saúde. Na cidade de São Paulo, a Prefeitura inaugurou 40 ambulatorios de assistência médica com esse modelo organizacional. No Rio de Janeiro, em quase toda a Baixada Fluminense, na grande São Paulo, em Salvador, em vários rincões do país, milhões, em uma estimativa moderada, 50% da população brasileira trata-se de hipertensão, diabetes, tuberculose, entre outros problemas, em serviços que funcionam segundo essa lógica: diferentes profissionais lhes prescrevendo distintas orientações.

Resumindo, o PSF não é a única, e talvez nem seja a principal, forma pela qual está se organizando a atenção primária no Brasil. Algum purista me retrucará que Pronto Atendimento não é atenção básica. Em sério, pela teoria, com certeza, não. Infelizmente, a atenção básica realmente existente é outra distinta daquela idealizada em elucubrações platônicas.

Isso tem a ver com vários fatores, entre eles, em minha opinião, estaria nosso dissenso teórico conceitual. O Brasil primeiro importou uma concepção restrita sobre atenção primária à saúde originária dos Estados Unidos. Desde os trinta do século XX, viemos pensando os centros de saúde como instrumento da saúde pública e não como serviços integrados a um sistema nacional. Essa concepção foi sistematizada pela Universidade John Hopkins, que, praticamente, amputou do centro de saúde a responsabilidade pelo atendimento clínico. Eram destinados a trabalhar apenas com problemas de relevância coletiva, no caso, epidemias e endemias, por meio de vacinação, educação e programas para controle de grupos com risco epidemiológico alto. O modelo de intervenção se baseava em programas verticais, com normalização estrita, como foram os programas de puericultura, pré-natal, tuberculose, hanseníase, entre outros.

Esse modelo ainda tem grande influência nas populosas Regiões Sul e Sudeste, e grande parte da rede básica realmente existente no Brasil organiza-se segundo essa concepção preventivista e programática ou, mais grave, segundo a lógica do pronto atendimento – estilo queixa-conduta. Encontramos, ainda, redes planejadas para funcionar segundo as diretrizes do novo modelo. O PSF, na prática, termina resvalando para uma dessas duas alternativas ou para um misto distante do ideário preconizado. Isso vem ocorrendo não somente por influência difusa dessa tradição, mas também porque, mesmo na construção da doutrina do PSF, observamos elementos que confirmam a presença dessa tradição dentro do novo projeto.

Houve uma desvalorização da dimensão clínica na atenção básica brasileira, em contraste com o modelo europeu, canadense e cubano. Além da influência norte-americana, paradoxalmente, parece-me, os movimentos críticos denominados de Saúde Coletiva e de Promoção à Saúde foram também responsáveis pela ênfase preventivista na atenção básica brasileira. Vários elementos da dimensão clínica foram desvalorizados, inclusive a ampliação de poder do pessoal da atenção primária para regular a relação com especialistas e com hospitais. Haveria que se investigar com maior cuidado, mas já se acumulam evidências sobre a distância entre discurso e prática; isto é, a ênfase sobre o social ocorreria principalmente em teoria, porque, na prática, predomina o modelo queixa-conduta tão bem descrito por Mendes-Gonçalves². Fala-se pouco sobre a dimensão clínica na atenção básica, ainda quando a clínica real que se pratica seja degradada.

A reforma sanitária brasileira, em seus primórdios, anos setenta e oitenta do século XX,

apoiou-se bastante na reconstrução paradigmática sugerida pelo novo campo denominado de Saúde Coletiva. Durante os anos noventa, sua influência foi, em grande medida, substituída pela corrente canadense de Promoção à Saúde. Apesar das diferenças entre os dois movimentos, eles têm, em comum, o fato de criticar a medicina, valorizar a determinação social no processo saúde e doença e, em conseqüência, as intervenções comunitárias, intersetoriais ou políticas. Com isso, no Brasil, ganhamos um esforço sistemático para superação do modelo biomédico, quer ampliando a equipe do PSF com agentes comunitários de saúde, quer com a preocupação com o território, mas perdemos ao simplificar a tarefa de reconstruir uma outra clínica. Bastaria nos esquecermos da doença, tomar o coletivo com objeto e assegurar controle social e estaria completa a receita para um novo paradigma sanitário. Infelizmente, a tarefa epistemológica, organizacional e prática era mais complexa.

Sob esse conjunto de fluxos culturais foi que nasceu a proposta do PSF, um modelo que mescla a valorização de intervenções sobre o território ou sobre coletivos (comunidade e família) com atenção individual organizada segundo programas. Clínica restrita, portanto.

Enfim, acredito importante refletirmos sobre essa nossa tradição sanitária, procurando reconstruí-la sem perder seus pontos fortes, herdados, parece-me, exatamente do campo da Saúde Coletiva e Mental e do pouco de Medicina Comunitária e de Família que praticamos em alguns centros.

A essa indefinição doutrinária somam-se outros graves problemas também apontados pela autora. Vale ressaltar o fato de o PSF não ter sido encarado como uma política estratégica; isto é, construída de modo pactuado e em co-gestão entre a União, Estados e Municípios. Aparentemente, haveria contradição entre essa afirmação e o reconhecimento de que há um discurso forte do Ministério da Saúde a favor do PSF. Sim, somente que com uma grande distância entre a fala e o gesto, evidenciado pela inadequação do financiamento – o repasse federal cobre apenas 30% dos custos do município que ouse seguir o recomendado –, pela política de pessoal insuficiente e pela ausência de um programa com metas para implantação progressiva de um sistema de atenção primária em todo o país.

Há vários sinais negativos em relação à política para a atenção básica. Os sistemas com base em atenção primária buscam alcançar inscrição de, pelo menos, 80% da população; no Brasil, temos menos de 30 mil equipes de saúde da família. Precisariamos dobrar este número para atingir aquela cobertura. O ritmo de crescimento do

programa é paquidérmico, estamos nisso desde 1994. Não há projeto consistente para formação dos 60 mil médicos e enfermeiros de família de que necessitaríamos. Há espasmos pedagógicos com nomes pomposos, no entanto, nenhum governo apresentou estratégia efetiva e parcerias consistentes para enfrentar esse desafio educacional. Isto sem comentar a indigência dos modos de contratação e de gestão de pessoal. Hoje, já há evidências indicando que não há como os municípios isolados resolverem a política de pessoal para o SUS. Necessitam do concurso efetivo, financeiro, legal e organizacional dos Estados e da União. Não há evidências de que o Ministério da Saúde esteja disposto a assumir a articulação dessa multiplicidade de experiências e de entidades federadas para construir um sistema – rede interdependente, apesar da autonomia dos municípios – que combine singularidade local com diretrizes que assegurem unidade ao SUS.

Por tudo isso, é que saúdo o artigo de Conill com alvissaras. Viva! Encontramos alguém disposto a pensar de maneira crítica e construtiva e ampla e cuidando, ao mesmo tempo, em preservar os valores e diretrizes que fazem do SUS uma esperança de que a vida real não seja somente competição e violência e... Salve! Saravá!

1. Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO. Washington DC: Pan American Health Organization/World Health Organization; 2005.
2. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

Luis Fernando Rolim Sampaio

Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.
luis.fernando@saude.gov.br

A Atenção Primária à Saúde vem recebendo, atualmente, especial atenção dos governos e da academia em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) dedica o relatório mundial de 2008 ao tema, e sua Diretora Geral, Magareth Chan, apontou, como um dos três pontos prioritários de sua gestão, a Atenção Primária à Saúde, alegando que, em sua campanha pela direção da instituição, visitou diversos países e ministros da saúde em todos os continentes, e a Atenção Primária à Saúde foi um ponto destacado como agregador na luta pela saúde dos povos. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) contribuiu com a publicação do documento *Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position*

Paper of the Pan American Health Organization/WHO 1. Isso reforça sobremaneira a importância de o Brasil apresentar sua experiência e seu desenvolvimento teórico nesse campo, e a contribuição que nos traz a professora Conill é extremamente relevante.

Minha contribuição ao debate vem do campo da gestão, no qual atuo e pude acompanhar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Saúde da Família, que, esse ano, celebra seus 15 anos. Buscarei, assim, dialogar com a autora na discussão do processo incremental de mudança da Atenção Primária à Saúde em curso no Brasil.

Como bem destaca a autora, estamos em um momento de retorno à ênfase na Atenção Primária à Saúde, mas, no momento precedente, os entendimentos restritivos derivados da polissemia do termo questionam a contribuição da Atenção Primária à Saúde no Brasil. A noção de cuidados primários de saúde, com um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde, afastou o tema das proposições elaboradas na VIII Conferência Nacional de Saúde 2. Testa afirmava aquela época que não é possível considerar a atenção primária de saúde como um conceito totalizante, com a mesma validade em qualquer país e circunstância, alertando para o risco da simplificação e da atenção primitiva de saúde 3. Considerando a Atenção Primária à Saúde um conceito subdesenvolvido e com necessidade de aprimoramento, Schraiber & Mendes-Gonçalves apontam que “a atenção primária tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de um serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos” 4 (p. 34).

Assim, a emergência do Programa Saúde da Família (PSF) se deu sob críticas de setores acadêmicos, à época, reforçadas pelo contexto internacional, devido à publicação do documento *Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial 1993. Investindo em Saúde* pelo Banco Mundial 5. Várias leituras foram feitas naquele momento, entre elas, do renascimento de uma proposta entendida como já superada, baseada em experiências como a da Medicina Geral e Comunitária ou de um programa vertical e focalizado 6,7 ou a idéia de uma medicina de pobre para os miseráveis 8.

Efetivamente, a discussão acadêmica brasileira, na década de 90, trouxe pouca contribuição ao desenvolvimento teórico da Atenção Primária à Saúde. Isso é compatível com o pequeno volume de literatura nacional disponível sobre o tema no período. Esse cenário sofreu uma mudança gradativa, provocada, em especial, pela operacionalização do PSF. Consultando publicações nas bases LILACS, MEDLINE e SciELO dos