



MUDANÇA DE MODELO ASSISTENCIAL NA SAÚDE:
desafios para o Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande-PB

Claudia Santos Martiniano¹
Márcia Santos Martiniano²
Maria Francisca Máximo Dantas³

RESUMO

Os Conselhos de Saúde devem atuar na formulação da política de saúde, acompanhando o orçamento, a execução e avaliação das ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde. Assim, os princípios do SUS devem ser perseguidos pelos Conselhos, na luta pela mudança do modelo assistencial de saúde. O objetivo deste artigo é analisar os desafios postos ao Conselho Municipal de Saúde de Campina Grande-PB na reversão de modelo assistencial. Foi adotada metodologia qualitativa, com a utilização da entrevista semi-estruturada. Como resultado se observa que, embora esta questão seja objeto de discussão no Conselho, predomina a concepção da manutenção do modelo privatista.

Palavras-chave: modelo assistencial de saúde, controle social e participação.

ABSTRACT

The Health Councils must act in the formularization of the health politics, following the budget, the execution and evaluation of the actions developed by the Unique System of Health. Thus, the principles of the SUS must be pursued by the Councils, trying to change the model of health assistance. The objective of this article is to analyze the challenges put to the City council of Health of Campina Grande-PB in the reversion of model of assistance. Qualitative methodology was adopted, with the use of the half-structuralized interview. As result it is observed that, even this question is object of discussion in the Council, the conception of the maintenance of the private model predominates.

Keywords: model of health assistance, social control and participation

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, além de reafirmar a legalidade das formas clássicas de democracia representativa (parlamento), avança no sentido de possibilitar o exercício da democracia participativa por meio da cidadania ativa, ao instituir pela primeira vez na história das constituições, a participação da comunidade na formulação das políticas sociais (RAICHELIS, 1998). No setor Saúde, apresenta-se como diretriz do novo Sistema de Saúde brasileiro, através das Conferências e Conselhos de Saúde.

¹Professora do Departamento de Enfermagem-Universidade Estadual da Paraíba – UEPB-Mestre em Saúde Coletiva – UEPB.

²Assistente Social.

³Aluna do Curso de Serviço Social da UEPB. Bolsista de Iniciação Científica - PIBIC).

O funcionamento dos Conselhos de Saúde garante espaço aos representantes da Sociedade Civil na organização e gestão do Sistema Único de Saúde, inaugurando formalmente, no campo da Saúde, a possibilidade de acesso dos diversos interesses nos espaços de poder que norteiam as políticas do setor.

Os Conselhos se firmam, portanto, como espaços de veiculação de demandas sociais não colhidas pelos canais tradicionais da vida política (CARVALHO, 1997) e sua disseminação é necessária à ampliação das conquistas em torno das políticas sociais universalistas, tal como descrito na Constituição Federal. Desta forma, os Conselhos podem ser compreendidos como instrumentos de viabilização do poder da Sociedade Civil, dos trabalhadores e usuários desta política, no sentido de garantir avanços para esta política a ser implementada, e quiçá uma estratégia de combate à exclusão social.

Se os Conselhos de Saúde, tal como idealizados pelo Movimento da Reforma Sanitária, pretendem ser instrumentos expressivos da imagem-objetivo de democracia em Saúde, tendem a situar-se na contramão da tradicional forma clientelista e autoritária que tem caracterizado a prestação de serviços de saúde no país.

O objetivo deste artigo é analisar os desafios para o Conselho Municipal de Campina Grande-PB (CMS-CG), diante da perspectiva de mudança de modelo assistencial anunciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta análise é parte de uma investigação sobre o processo de participação no referido conselho, a partir da concepção dos conselheiros, realizada com a utilização da metodologia qualitativa e realização de entrevistas semi-estruturada.

2. A CONSTRUÇÃO E A MUDANÇA DE MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

No início do século XX, o rumo da atenção médica foi fortemente influenciado pela proposta do professor Abraham Flexner (Fundação Carnegie de Educação) que cunhou uma série de modificações nos currículos médicos, baseando-se em determinados pressupostos ideológicos para a medicina, como o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, o especialismo e a tecnificação do ato médico (MENDES, 1996).

O Relatório Flexner ou Modelo Flexneriano, como ficou mundialmente conhecido, marcou decisivamente a sistematização da assistência à saúde até os dias atuais. Entretanto, as intensas transformações ocorridas na relação Estado e Sociedade Civil, vêm forjando novas formas de socialização, repercutindo nas políticas sociais, entre elas, a política de saúde.

No Brasil, estas modificações se conformaram a partir da década de 1980, através do Movimento de Reforma Sanitária. Nesse sentido, destacam-se dentre as

propostas defendidas pelo movimento de Reforma Sanitária: a universalização do acesso; a concepção de saúde como um direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor saúde através da estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a um significativo reordenamento setorial com um novo paradigma para a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo de decisão para as esferas de governo estadual e municipal; o financiamento efetivo, e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão (Conselhos de Saúde).

3.A CONFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE-PB

Sabemos que o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde ainda não foi concluído. Em Campina Grande-PB, cidade tradicionalmente marcada pelo modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, esta realidade não é diferente.

Segundo Souza (1998) o processo de municipalização da saúde no município sofreu embates e resistências. Ainda assim, algumas iniciativas foram registradas, com o intuito de viabilizar a municipalização local. É neste contexto que é criado o Conselho Municipal de Saúde (CMS), através do Decreto nº. 1.951, de 25/03/1990, cujo funcionamento efetivo só ocorreria um ano depois. Ainda neste mesmo ano, é aprovado o Fundo Municipal de Saúde (FMS), através da Lei nº. 2.182, de 26/12/1990.

A autora ressalta que além das questões político-partidárias locais e sua relação com outras esferas de poder, o processo de municipalização envolve também os interesses políticos do capital privado na área da saúde e a organização do sistema federativo brasileiro.

Neste sentido, observa-se que o município não passou inerte à onda hospitalocêntrica privatista, consolidada no país desde a década de 1960⁴. Dada sua localização geográfica, ocupa posição de centro urbano de relevância econômica, política e cultural, tornando-se também mercado promissor na saúde, desenhando uma rede de assistência onde predomina o setor hospitalar privado.

A conformação atual da rede de serviços de saúde em Campina Grande-PB congrega, segundo seu Plano Diretor Regional, um total de 71 municípios, com atendimento a mais de 1.200.000 habitantes. A rede possui quatorze unidades hospitalares para o atendimento da população local, regional e até de estados vizinhos, superlotando os serviços, com demandas para média e alta complexidade, incluindo os serviços de

⁴Este tipo de prática médica se fortaleceu reiteradas vezes pelas mãos do Estado. Em 1968, com a elaboração do “Plano Nacional de Saúde”, que pretendia a entrega de hospitais e demais unidades médico-assistenciais da Administração Pública direta e indireta, à exploração de direito privado. Em 1974, foi adotado o “Plano Pronta Ação” que estimulou a privatização da medicina, reforçando a medicina de mercado e do lucro, com incentivos financeiros de 80% para o setor privado, em detrimento do setor público (BRAGA e PAULA, 1981).

diagnóstico, nem sempre pactuados no município. No que diz respeito à Atenção Básica, leva em consideração a divisão territorial de seis Distritos Sanitários, que contam com a estrutura de seis Centros de Saúde, 40 unidades de Saúde da Família e 9 Unidades Básicas de Saúde⁵.

Desde 1994, Campina Grande adotou como principal estratégia para reestruturação da Atenção Básica, o Programa Saúde da Família, que atualmente perfaz uma cobertura de apenas 34% da população, aliada à estratégia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Sabemos que a mudança de modelo assistencial, idealizada pelo Movimento Sanitário e prevista na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde, é um processo lento, mas não por isso silencioso. Embates já estão acontecendo no município, sem que com isso possa se afirmar que houve mudança substancial do modelo de Atenção à Saúde local.

4.A DISCUSSÃO DE MODELO ASSISTENCIAL QUE PERPASSA O CONSELHO MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE-PB

Sabemos que a direcionalidade da política de saúde depende da compreensão do modelo que se deseja implementar no município. Através dos depoimentos dos conselheiros, percebemos que há uma diversidade de compreensão do modelo assistencial que caracteriza o sistema de saúde do município. Chama-nos atenção o depoimento de um conselheiro representante do governo, que critica a universalidade do direito à saúde preconizada pela Constituição Federal em vigor no país, como relatado abaixo:

[Temos que] Deixar dessa demagogia de universalizar o que não pode e fazer o que deve. Antigamente, pra se ter o direito de saúde, era o INAMPS, precisava contribuir. Hoje não precisa contribuir mais, aumentar o mercado informal diminui os rendimentos que ia pra saúde, ninguém contribui pra saúde, ninguém contribui pra aposentadoria, dá aposentadoria pra todo mundo, resultado: o pessoal que paga muito pra aposentadoria vai aposentar do mesmo jeito que quem nunca pagou, o sistema faliu totalmente. [...] Antigamente, nunca faltou. Antigamente, tinha o INAMPS e tinha o pessoal do indigente e tinha o rural. O rural era pelo Funrural que pagava, e o indigente, era o Ministério da Saúde que pagava (REPRESENTANTE DE GOVERNO, PODER LEGISLATIVO).

O depoimento acima se refere ao Modelo Previdencialista – contributivo que vigorou entre as décadas de 30 e 70 no Brasil, negando a universalização já garantida constitucionalmente. Além disso, aponta para a privatização da saúde, o que atende à

⁵No município a estruturação dos serviços está aquém da proposta de Distritos Sanitários pensada por Mendes (1996, p. 265) como: processo social de mudança das práticas sanitárias, dirigido para a eficiência e eficácia sociais, a equidade e a democratização e que se institui em território – normalmente a microrregião – no qual se estabelecem relações transacionais entre as instituições de serviços de saúde, reordenados de acordo com certos princípios organizativos e assistenciais, e os conjuntos sociais em situação, com seus problemas, suas demandas e seus recursos econômicos e organizativos.

perspectiva neoliberal para as políticas sociais no Brasil que vem se tornando hegemônica através da redução dos direitos sociais e trabalhistas, desmonte da previdência pública e sucateamento da saúde e educação.

A organização dos serviços de saúde, baseada na assistência hospitalar, como é o caso de Campina Grande, não tem dado conta da resolução dos problemas de saúde. Segundo Mendes (1995), a lógica da organização destes serviços é responder aos problemas sanitários no âmbito estrito da perda da saúde, baseado no pressuposto que quanto mais serviços médicos disponíveis, melhor o nível de saúde daquela população. Entretanto, o autor alerta que mais serviços médicos não garantem mais saúde, nem assistência de qualidade. Ao avaliar o Modelo Assistencial de Saúde vigente no município, alguns conselheiros são partícipes desta idéia, como se percebe na fala a seguir:

Campina Grande tem em torno de 14, enquanto tem uma oferta muito pouca de leitos públicos. Nós temos somente a Maternidade Pública, e o Hospital Universitário, o resto tudo é privado, quando começa uma discussão que para ampliar as ações de promoção e proteção, fortalecer a Atenção Básica você pode observar, aí começa o debate: paciente na fila de hospital, morrendo, fica com essa confusão e no fim, os recursos do SUS em Campina Grande se concentram na assistência hospitalar, em no mínimo 70 a 75%. Então, isso é um embate que tem que ser enfrentado, isso é um problema de ordem política, é questão de prioridade, e o Conselho tem que se posicionar de uma maneira forte em relação a isso (REPRESENTANTE DOS TRABALHADORES DE SAÚDE).

A manutenção do modelo privatista pode ser claramente percebida na forma como vem se dando a destinação dos recursos da saúde no município. Rotta (1997) revela que o montante de recursos destinados ao setor privado em Campina Grande é bastante expressivo. O que é mais grave, a destinação final para Autorização de Internação Hospitalar (AIH), representando em torno de 70%, restando apenas 30% para os demais serviços, contrariando a lógica do SUS, com gastos superiores à média nacional, regional, estadual, e ainda de grandes metrópoles como São Paulo, Recife e Salvador.

O autor ainda constata que apenas uma pequena parte dos recursos (7,7%) passava no Fundo Municipal de Saúde (FMS), resultando na impossibilidade de execução de controle social sobre as prioridades e destinação dos recursos. Isto implica dizer que embora o CMS-CG tenha contribuído para algumas mudanças na política de saúde, este ainda não é decisivo para definir o modelo de saúde no município. O predomínio do setor privado é defendido por membros do Conselho, como se verifica no depoimento a seguir:

Campina Grande ainda presta uma excelente assistência, com todas as suas deficiências. [...] O que eu vejo por aí afora, acompanho muito isso por aí afora: muitas vezes um paciente com uma fratura passa 30, 60 dias esperando para ser operado em hospitais de grande porte no Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, então aqui em Campina grande não acontece (Prestador de Serviço Privado).

Além dos representantes dos prestadores privados, a defesa pelo modelo hospitalocêntrico é defendido por de representantes de outros segmentos, sugerindo desconhecimento dos reais interesses do setor privado, como no depoimento abaixo:

Olhe quem é proprietário de hospital está sofrendo muito ultimamente, porque a saúde está passando uma crise muito grande, **esse tal de SUS**. [...] Chega uma pessoa na porta de um hospital, mesmo o SUS estando inadimplente com aquele hospital, aí chega um doente, o hospital vai deixar de atender? Aí ele tem que atender, porque se ele não atender sabe o que é que faz? A imprensa: "hospital deixou morrer na porta". Mas ninguém sabe o porquê ele às vezes deixou de atender. "É porque chega um ponto, tem um hospital daqui que o SUS deve mais, quase um milhão e pouco de reais" E ele se vê sujeito a todo mês atender gente, fugindo daquilo. É um sacrifício muito grande! Então, isso são queixas que aparecem lá dentro do Conselho (REPRESENTANTE DE USUÁRIOS).

Segundo o depoimento dos próprios conselheiros, o segmento dos usuários é facilmente influenciado pelo discurso mobilizador dos prestadores de serviço, pondo-se contrários ao modelo universalizado de saúde proposto pelo SUS. Passa, portanto, despercebido pelos usuários é que ao longo da história, os hospitais privados constituem-se talvez o mais poderoso grupo de interesse junto à Previdência Social, à sombra da qual se expandiu numa lógica paradoxal de acumulação de lucro sem oferecer melhores serviços à clientela (FALEIROS, 2000).

Observamos que ao tomar a defesa pelos proprietários de hospitais, o segmento dos usuários, em seus depoimentos, traz argumentos periféricos da questão, não se referindo à questão central como a existência de apenas três hospitais públicos em Campina Grande; o baixo investimento no setor público, em sua própria capacidade instalada ou na abertura de novos serviços públicos.

Ressalte-se que na Conferência Municipal do Orçamento Participativo, realizada em 2005, para a aprovação do Plano Plurianual (PPA) de Campina Grande (2006-2009), o então Secretário Municipal de Saúde, defendeu a proposta da mudança de modelo, uma vez que se propunha naquele documento ampliar os serviços públicos de saúde, através de construção, reforma e ampliação da rede pública, reduzindo a oferta privada.

Ainda assim, chama-nos a atenção o volume de R\$ 195. 365, 388, 00 para o Programa de Assistência Emergencial Ambulatorial e Hospitalar, representando 82% do montante a ser investido na Saúde em Campina Grande. Deste total, apenas 27 milhões de reais são destinados a investimentos na Rede Pública Municipal e R\$ 168 milhões de reais serão repassados à rede credenciada do SUS, predominantemente privada.

Embora haja uma indicação de ampliação da oferta pública de serviços, sugerindo um fortalecimento da rede pública de saúde, não será no PPA 2006-2009 que a reversão de modelo assistencial em Campina Grande será priorizada, mesmo que a última Conferência Municipal de Saúde (2003) tenha se posicionado favorável a esta mudança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que embora o CMS-CG venha discutindo a algumas questões que tocam a reversão de modelo assistencial, esta tem se dado de forma tímida, estando longe de atingir o centro do debate. Por enquanto, o cerne do problema consiste na ausência de modificações estruturais no modelo de saúde no município, o que revela uma forte correlação de forças pela manutenção do modelo privatista.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FALEIROS, V. de P. **A política social do Estado capitalista**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a Saúde**. 3. ed. São Paulo : Hucitec, 1996.

_____. "Mesa redonda: Saúde e Qualidade de Vida". In: **Espaço para Saúde**, Paraná, vol. n. 4. 1995, p. 19-22.

SOUZA, M. do S. P. de. **A correlação de forças no processo de municipalização: um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde em Campina Grande-PB**. 1998. 167 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1998.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

ROTTA, J. H. As relações quantitativas do SUS em Campina Grande e o processo de Municipalização da Saúde. Mestrado em Economia, UFPB. **Série Debates**, n. 68, ago.1997.