

# Políticas públicas de Saúde: uma breve reflexão

Edson Chigueru Taki,  
Vice-presidente do Conselho Federal de Farmácia



Edson Chigueru Taki

Políticas sociais na área da saúde correspondem a uma das etapas de conquista da cidadania. Didaticamente, podemos dividi-las em três etapas distintas: a primeira, desenvolvida, no século XVIII, foi marcada pelo reconhecimento dos direitos civis. A segunda etapa, adotada, a partir do século XIX, refletiu a conquista dos direitos políticos, como o direito de voto. E, no século XX, houve a terceira etapa, definida pelo reconhecimento dos direitos sociais.

Podemos considerar que, nesta época, é que a saúde foi tratada, como prioridade, pelo Governo brasileiro. Isto, através da melhoria das condições sanitárias, entendida, à época, como dependente basicamente do controle das endemias e do saneamento dos portos, e do meio urbano; o destaque para atenção à saúde, que ficava concentrado no controle de enfermidades, tais como a febre amarela, a peste bubônica, a varíola e outras, contra as quais o Governo adotou medidas de higiene, vacinação, notificação dos casos, isolamento de doentes e eliminação dos vetores.

Assim, as políticas sociais, no período anterior a 1930, eram fragmentadas e emergencialistas. Só mesmo com a transição da economia, em 1930, é que surgiu um sistema de assistência à saúde e, de modo geral,

um sistema típico de proteção social, no Brasil. Com a ampliação do mercado de trabalho urbano, a saúde passou por várias alterações que foram caracterizadas pelo elevado grau de centralização de recursos e instrumentos institucionais/administrativos no Governo Federal, através do Ministério dos Negócios e Saúde Pública.

Diversas reformas de Estado contribuíram para consolidar um estado de bem-estar, baseado em políticas predominantemente voltadas para trabalhadores urbanos. Mas, com a instauração do governo militar, foram realizadas reformas econômicas centralizadoras, a integração de regiões, um mercado de nível nacional desencadeou um grande êxodo rural, com conseqüências desastrosas nas condições de vida da população nas cidades, em decorrência do desemprego e do baixo nível salarial. Desta forma, ao longo dos governos militares, o modelo de estado de bem-estar perdeu-se.

Em 1974, foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), cujo objetivo principal era assessorar a Presidência da República na formulação da política social e coordenação de ati-

“A garantia à saúde transcende, portanto, a esfera das atividades clínico-assistenciais, suscitando a necessidade de um novo paradigma que dê conta da abrangência do processo saúde-doença”.

vidades ministeriais. Isto permitiu a implantação de políticas de massa, de cobertura sem precedentes na América Latina, com reflexos altamente positivos nas condições gerais de vida daqueles seguimentos sociais, até então, os mais afetados pelo modelo social excludente.

Nesta época, vários programas sociais foram instituídos, mas todo elenco de programas, de um modo geral, contribuiu favoravelmente para a melhoria geral dos indicadores de educação, saneamento básico, difusão da rede básica de saúde e cobertura vacinal. Porém, no início dos anos 80, os programas já demonstravam indícios de esgotamento e crise.

Com a Nova República, a partir de 1985 e até 1988, foram introduzidas importantes modificações nas políticas econômicas e sociais brasileiras. Do ponto de vista social, os movimentos organizados da sociedade começam a ter maior presença nos conselhos de gestão nacional, nas áreas de saúde, previdência, educação e trabalho.

O processo de redemocratização do País, com a ampliação da organização popular e a emergência de novos

atores sociais, produziu a ampliação das demandas sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado. No caso da saúde, em particular, o movimento da Reforma Sanitária, que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), teve seu início na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Para analisar a política de saúde, nos anos 90, é imprescindível considerar a complexidade do desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). A necessidade de concretização da agenda progressista, construída pelo movimento sanitário dos anos 80 e o rompimento com o modelo distorcido sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado, ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas, indicam o grau dessa complexidade.

Para cumprir os preceitos constitucionais (Constituição do Brasil, 1988), o SUS vem utilizando diversos instrumentos de gestão, criados, segundo a necessidade e as capacidades técnica, administrativa, gerencial e mesmo política dos diversos gestores, ao longo do tempo e do espaço. Os principais instrumentos de gestão em saúde estão ligados ao planejamento: agendas de saúde; planos de saúde; relatórios de gestão, ente outros.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS), sintomáticos

“Por que o farmacêutico, até hoje, não foi inserido neste programa (PSF), se há nele a dispensação de medicamentos, e esta é uma atribuição privativa do profissional farmacêutico?”.

ou não, aos pacientes re-nais crônicos e aos pacientes com câncer.

O modelo assistencial proposto e legitimado pelo SUS – o “modelo integrado” – implica em mudanças organizacionais (descentralização, hierarquização etc.), em uma nova compreensão do processo saúde-doença e na redefinição do vínculo entre os serviços e os usuários. A saúde passa a ser vista não mais pela

sua definição negativa, de ausência de doença, mas de forma positiva, como qualidade de vida.

O novo modelo considera, também, a importância das intervenções sobre o meio ambiente, na tentativa de agir sobre fatores determinantes da situação sanitária do País. Nesse sentido, propõe-se a combinação de três grandes eixos de ação:

- Promoção da saúde;
- Prevenção de enfermidade e doenças;
- Atenção curativa.

Um aspecto que deve ser considerado é que, neste novo modelo, a atenção básica à saúde é pilar fundamental numa organização, de forma que esta seja a porta de entrada para todo o resto do sistema.

Saúde para todos é compromisso e responsabilidade de todos os setores da sociedade. A garantia à saúde transcende, portanto, a esfera das atividades clínico-assistenciais, suscitando a necessidade de um novo paradigma que dê conta da abrangência do processo saúde-doença.

Mas não poderíamos terminar esta breve reflexão, sem falar da inserção do farmacêutico nas políticas de

saúde. É fato que grande parte dos programas do Ministério da Saúde são voltados ao acesso do medicamento para a população, uma vez que aproximadamente 50 milhões de brasileiros não tem nenhum acesso.

Vamos destacar o Programa de Saúde da Família, iniciado, em 1994, mas que, só a partir de 2000, teve grande repercussão. A questão é: por que o farmacêutico, até hoje, não foi inserido neste programa, se há a dispensação de medicamentos, e esta é uma atribuição privativa do profissional farmacêutico? O papel do farmacêutico é muito mais que a simples dispensação do medicamento, mas principalmente a orientação, a informação, o acompanhamento ao paciente, que passa a ser o foco central deste profissional.

Como Conselheiro Federal e atualmente Vice-presidente do CFF, posso afirmar que não estamos de braços cruzados. A instituição trava uma batalha árdua com o Ministério da Saúde, no sentido de esclarecer que o agente de saúde, embora seja uma mão-de-obra qualificada, não tem condições de suprir todo o conhecimento do especialista em medicamento que é o farmacêutico. E que temos, hoje em dia, um grande contingente de farmacêuticos pronto para servir as equipes multiprofissionais.

Assim, ao falarmos sobre saúde pública, no Brasil, vimos que não basta apenas criar programas de massa, mas é primordial fornecer as devidas condições de exercício profissional de todos os profissionais da área da saúde e atenção integral ao paciente, nossa maior razão de ser.

“O CFF trava uma batalha árdua com o Ministério da Saúde, no sentido de esclarecer que o agente de saúde, embora seja uma mão-de-obra qualificada, não tem condições de suprir todo o conhecimento do especialista em medicamento que é o farmacêutico”.

Contatos com o Vice-presidente do CFF, Edson Chigueru Taki, podem ser feitos pelo e-mail <vice-presidencia@cff.org.br>