I – Contextualizando a saúde: marcos teóricos e perspectiva

2. Políticas de saúde

Carlos Basilia
José do Vale Pinheiro Feitosa
Maria José Procópio
Roberto Pereira

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BASILIA, C., *et al.* Políticas de saúde. In: PROCÓPIO, M.J., org. *Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço* [online]. 7th ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 33-52. ISBN: 978-85-7541-565-8. Available from: doi: [10.7476/9788575415658.0004](https://doi.org/10.7476/9788575415658.0004). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/zyx3r/epub/procopio-9788575415658.epub>

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

2. Políticas de saúde

*Carlos Basília, José do Vale Pinheiro Feitosa,
Maria José Procópio e Roberto Pereira*

A instituição brasileira responsável pela saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), que traduz a unidade das políticas públicas de saúde. Essa unidade é construída historicamente, num processo progressivo, com raízes na Constituição de 1937, que criou três instituições fundamentais para a atualidade: o **Fundo Nacional de Saúde**, o **Conselho Nacional de Saúde** e a **Conferência Nacional de Saúde**.

Até o início dos anos de 1960, não havia efetivamente uma Política Nacional de Saúde. Na realidade, o país tinha um leque de ações e instituições operando de modo independente e sem nenhuma coordenação. Somente no ano de 1963, com a mobilização política nacional pelo que se chamou de bandeiras das Reformas de Base, é que se consolidou uma inteligência estratégica para instituir um modelo que pudesse sustentar uma Política Nacional de Saúde. Isso aconteceu por ocasião da 3ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi reafirmado o conceito de que a saúde pública derivava das condições socioeconômicas da sociedade e que o Estado Nacional deveria desenvolver instituições de saúde com base nos municípios, fundamentando-se aí a ideia da municipalização dos serviços.

A instalação da indústria automobilística, especialmente no estado de São Paulo (a partir de 1956 e mais intensamente nos anos de 1960-70), carreou modelos de relações trabalhistas originários dos países sedes das empresas, especialmente os Estados Unidos da América, quando por aqui se estabeleceu o modelo dos planos privados de saúde. A aproximação estratégica entre o Brasil e os Estados Unidos, sobretudo após o golpe de Estado de 1964, deu norte para o rápido crescimento da privatização da atenção de saúde, especialmente no segmento social mais organizado, que foi o dos trabalhadores da indústria.

Por todo o período da ditadura militar, estabeleceu-se no país uma luta política que perdura até hoje entre saúde pública e medicina privada. A base para sustentar o modelo público de saúde deveu-se à própria crise social de imensa parte da população, sem ingresso econômico suficiente para sustentar os custos crescentes da assistência de saúde; ao papel das universidades, dos organismos internacionais multilaterais, estabelecendo doutrinas como a atenção primária de saúde; e ao próprio Ministério da Saúde, com estruturas a partir das quais, e junto às Secretarias Estaduais de Saúde, foi nascendo e se consolidando o que se chamou de Movimento Sanitário.

Enquanto isso, recebendo estímulos governamentais, especialmente da Assistência de Saúde da Previdência Social, foi surgindo um setor privado prestador de serviços, que cresceu muito em importância, especialmente em serviços hospitalares e laboratoriais. Enfim, a disputa doutrinária e política dos anos de 1970-80 envolveu três atores principais: o Movimento Sanitário, os prestadores de serviços da Previdência Social e os planos privados de saúde. Foi essa luta que desembocou no plenário da Constituinte de 1988.

Sistema Único de Saúde: histórico, princípios e diretrizes

A partir da expansão do capitalismo americano, a indústria de biotecnologia e a tecnologia de controle e erradicação de doenças infecciosas funcionaram como pontas de lança para a ocupação de novas fronteiras econômicas nos nichos das florestas tropicais, especialmente na América Latina. Nesse momento se destacaram a Universidade John Hopkins e a Fundação Rockefeller, que estimulavam parcerias com governos e universidades pelo país, além de serem responsáveis diretas por controle de doenças.

Nesse contexto é que surgiram organismos nacionais que recebiam aportes econômicos dos Estados Unidos. A Fundação Sesp, de 1942, foi criada em decorrência de um convênio entre o Brasil e os Estados Unidos, em razão do esforço de guerra que gerou necessidade de exploração da borracha na Amazônia. De algum modo essa influência estrangeira, inclusive por organismos multilaterais, como a Organização Panamericana de Saúde (Opas), foi a raiz em que se formaram, no país, os quadros que iriam militar na saúde pública e no aparelho de Estado.

A evolução da medicina privada ocorreu a partir dos anos de 1950, com o surgimento das Caixas de Assistência dos Trabalhadores, especialmente

das empresas estatais e do funcionalismo público, e na década de sessenta do século XX, com o surgimento dos convênios médicos, mediados pela Previdência Social, realizados entre empresas empregadoras e empresas médicas, como a medicina de grupo e as cooperativas médicas (Unimeds). Isso deu início a um processo de natureza empresarial na medicina e ao que se chama atualmente de Saúde Suplementar.

A evolução para se firmar uma Política Nacional de Saúde não resulta simplesmente de modelos teóricos, mas, sobretudo, da necessidade decorrente de uma sociedade economicamente desigual; de modelos empresariais dependentes dos fundos e estímulos das políticas públicas; da correlação de forças junto à atenção de saúde da Previdência Social e dos próprios problemas sanitários que se acumularam. Entre os problemas, estariam incluídos a alta mortalidade por doenças infecciosas; os escandalosos índices de mortalidade materno-infantil; a transição epidemiológica, com a simultaneidade de elevados índices de doenças infecciosas convivendo com doenças cardiovasculares, crônico-degenerativas; e causas externas.

Desse modo é que foram implementados programas federais que descentralizavam recursos para o interior do país e começavam a esboçar um novo arcabouço institucional para sustentar uma verdadeira Política Nacional de Saúde. Em 1976, surgiu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que constituiu uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), logo seguido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), em 1982, e pela implementação da política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) foi um laboratório essencial no caminho da integração, da universalização e integralidade da atenção de saúde. Ao adotar o esquema de tratamento de curta duração, padronizado em nível nacional, centrado na atenção ambulatorial e com garantia de acesso aos recursos de média e alta complexidade, o Programa realizou um convênio com o Ministério da Previdência Social, garantindo os mesmos direitos a todos os brasileiros, independentemente de serem contribuintes ou não da Previdência Social. Isso ocorreu no final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980.

Nos anos de 1980 se consolidou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído, inicialmente, por uma parcela da intelectuali-

dade universitária e os profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e parlamentares. Uma das características do Movimento da Reforma Sanitária foi a ampliação do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, que passaram a dar peso político à Reforma, especialmente com a criação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), em 03 de fevereiro de 1982. A mobilização institucional também se refletiu nas poucas Secretarias Municipais existentes em 1988, por ocasião da Constituinte, quando foi fundado o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

As proposições desse Movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, que considera a descentralização, a universalização e a unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Foto 1 – Sergio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde

Foto: Miguel Alub Hijar (1986).

A **8ª Conferência Nacional de Saúde**, realizada em março de 1986, reconhecida como marco histórico do Movimento da Reforma Sanitária, consagrou os princípios preconizados por ele.

Em 1987, foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a **universalização** e a **equidade** no acesso aos serviços, a **integralidade** dos cuidados, a **regionalização** dos serviços de saúde com a implementação de distritos sanitários, a **descentralização** das ações de saúde, o **desenvolvimento** de instituições colegiadas gestoras e o **desenvolvimento** de uma política de recursos humanos.

Com o processo da Constituinte, a hegemonia política e histórica da saúde pública tornou-se um direito constitucional à saúde. Portanto, o SUS, fundamentado na Constituição do país, é o instrumento do Estado para garantir o direito à saúde, de forma **universal, integral e equânime**. É de modo único que se desdobra em políticas, ações e serviços por todos os municípios, com a participação dos estados e sob coordenação normativa da União. Os serviços são prestados por redes, geralmente sob a gestão municipal, compondo-se de centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemo-centros, além de fundações e institutos de pesquisa. Os cidadãos têm direitos a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, conveniadas.

Para refletir

Refleta sobre a importância do SUS no contexto da implantação das políticas públicas de saúde.

Sistema Único de Saúde: uma pedra no meio do seu caminho

O processo histórico da evolução da atenção de saúde estatal, no entanto, foi se compondo por uma dualidade que se acentuou ao longo dos anos de 1990 e 2000. A abertura do artigo 199 da Constituição Federal, tornando a assistência de saúde livre à iniciativa privada, deu lastro a uma “instabilidade” do direito universal, criando o “modelo de saúde para pobre” em oposição ao “modelo de saúde para ricos.” O primeiro é representado pelo sistema público, e o segundo, pelos planos privados de saúde. Esse processo se deu simultaneamente à rápida

mercantilização da medicina e à evolução da atenção de saúde, com a intensa incorporação de novas tecnologias.

Por toda a década de noventa do século XX, o discurso ideológico de natureza neoliberal acentuou essa contradição, alargou a base de contribuição pública ao sistema privado por meio das renúncias fiscais e deu garantias estatais ao modelo privado, quando instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar e toda a legislação que protege a iniciativa privada. Isso causou uma enorme assimetria na alocação de recursos estratégicos, não obstante os esforços de municipalização do sistema.

A eficiência de alocação de recursos, tomando por base a dispersão da população brasileira, é enormemente influenciada pelo modelo privado, que privilegia grandes centros urbanos e capitais e torna obsoletos os centros urbanos menores. O sistema estatal, apesar de suas enormes deficiências, é muito superior em incorporar tecnologia e recursos no interior do país. Parte do problema de distribuição de profissionais de nível superior, especialmente médicos, se deve à alocação de recursos mercantis por meio dos planos privados de saúde.

O discurso neoliberal também confundiu a Política Nacional de Saúde, se assim podemos chamar as diretrizes emanadas do direito à saúde. Acontece que a dualidade da saúde para ricos e saúde para pobres levou os detentores de cargos públicos, que deveriam mobilizar todos os meios para garantir o direito à saúde, a se comportar como meros gestores de suas próprias redes, sempre com pires na mão e a contemplar a enorme distância resguardada aos recursos privados.

Em vez de instituírem políticas públicas que coordenassem todos os meios da sociedade para garantir o direito à saúde, os ministros e secretários se resumiram a meros espectadores das dificuldades da própria deficiência da rede sob sua responsabilidade direta. O próprio Ministério da Saúde se eximiu de traçar diretrizes nacionais que incluíssem os planos de saúde e deixou o curso liberal da iniciativa privada correr por conta da própria agência, que age de modo autárquico.

Igualmente na esfera do Poder Legislativo, além de proteger os negócios privados, a ideologia liberal também deixou o SUS sem uma fonte permanente de financiamento, transformando em disputas anuais orçamentárias o que deveria ser um fluxo garantido de evolução e solução de problemas. Enfim, a hegemonia da saúde pública sofreu sucessivas derrotas durante os anos de 1990 e de 2000.

Manifestações populares ocorridas ao longo do ano de 2013 refletem esse estado dual. O descontentamento das classes médias se manifesta em relação à dupla porta e às múltiplas onerações de suas economias: pagam impostos, pagam planos de saúde e ainda têm de desembolsar diretamente para garantir acessos. Outro exemplo desse estado dual é o próprio programa federal Mais Médicos, que tenta resolver o problema da distribuição de médicos em relação ao interior como tentativa de tocar o dedo na ferida original.

O norte para superação dessa dualidade está dado nos artigos da Constituição, quando esta trata claramente do papel do Estado e, por conseguinte, do papel dos agentes públicos. A ambos cabe o dever de garantir o direito à saúde, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de agravos e ao acesso universal e igualitário de ações e serviços de atenção integral. E, mais ainda, a Constituição considera de relevância pública todas as ações e os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.

O problema é de ordem política, porque enfrentar uma dualidade é enfrentar uma contradição, o que, portanto, compreende uma luta de interesses conflitantes na tentativa de perpetuar o *status quo*, independente das dificuldades existentes. Portanto, a consciência cidadã, o retorno dos esforços intelectuais e a mobilização política são um método político capaz de pender a hegemonia para o caminho original do direito à saúde, como um fator inerente à ordem social e à dignidade humana.

Estrutura, legislação e funcionamento do SUS: a descentralização para cada um segundo suas necessidades

A regulamentação dos artigos constitucionais n. 196, n. 197 e n. 198, que tratam da saúde, foi estabelecida no final de 1990, com a Lei n. 8.080 – “que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 2007a) – e a Lei n. 8.142 – que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências –, destacando-se os princípios organizativos e operacionais do sistema, tais como a construção de **modelo de atenção** fundamentado na epidemiologia, o **controle social** e um **sistema descentralizado e regionalizado**, com base municipal (BRASIL, 2007b).

A partir das Leis n. 8.080 e n. 8.142, o Ministério da Saúde começou uma série de procedimentos infralegais, criando normas de apoio à descentralização e à municipalização das políticas de saúde. Os principais procedimentos infralegais foram normas, portarias e resoluções. Há que se considerar que, simultaneamente aos procedimentos de descentralização por normas infralegais, o Governo Federal teve de resolver a questão da unicidade, ao quebrar a estrutura dupla do Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e do Ministério da Saúde. Essa questão foi resolvida no ano de 1993 com a extinção do Inamps, através da Lei n. 8.689, tomando por base o artigo 198 da Constituição e a Leis n. 8.080 e n. 8.142.

A história da regulamentação infralegal do SUS é pautada pelas forças surgidas da própria lei, tais como a descentralização e o papel das secretarias estaduais e municipais de saúde; o controle social por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde e pela burocracia de Estado, especialmente a federal. Essas forças têm determinado os vetores da descentralização e municipalização. Entre as normas que fundam o processo estão a Portaria GM n. 1.481, de 31/12/90, que incumbiu o Inamps de implantar a nova política de financiamento do SUS para 1991, que foi sustentada por uma **Norma Operacional Básica/SUS n. 1 (NOB-SUS 01/91)**, que orientava a descentralização dos recursos.

Nessa época, a descentralização dos recursos financeiros ainda era feita por convênios, o que gerou reação dos entes federados, que cobravam o espírito de independência necessário à verdadeira descentralização.

No mês de julho de 1991, a NOB-SUS 01/91 foi modificada com base nas propostas apresentadas, sobretudo pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Em 1992, foi editada a nova **Norma Operacional Básica/SUS, a NOB-SUS 01/92**.

Todo esse processo, com avanços e recuos, acordos e conflitos, foi mudando a realidade política e institucional do SUS, particularmente com a ampliação e a articulação das Secretarias Municipais de Saúde e a revisão dos papéis e poderes das Secretarias Estaduais de Saúde e do próprio Ministério da Saúde.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, já atrasada em dois anos, foi realizada em agosto de 1992, com o tema central “Saúde: a municipalização é o caminho”. Desse modo, se explicitaram a dimensão e o poder de articulação acumulados pelos defensores do SUS e do seu processo de descentralização na gestão dos serviços e nas ações de saúde.

Para refletir

O que você entende por controle social? Qual a importância do controle social na construção de políticas públicas de saúde? No seu dia a dia você percebe a atuação do controle social? De que forma?

A terceira **Norma Operacional Básica/SUS (NOB-SUS 01/93)** estabeleceu parâmetros de gestão aos estados e municípios e atribuiu-lhes condições: Incipiente, Parcial e Semiplena para os municípios e, para os estados, duas: Parcial e Semiplena. Para coordenação, gerenciamento e controle desse processo, foram criadas as **Comissões Intergestores Bipartite (CIB)** – com a participação dos estados e municípios – e **Tripartite (CIT)** – com a participação da União, dos estados e municípios –, como foros permanentes de negociação e deliberações.

Essas condições de gestão passaram por um longo e lento processo para habilitar os municípios, de modo que, três anos após a Norma, apenas 20% dos recursos do teto financeiro estavam sendo executados em municípios habilitados como Gestão Semiplena. Por isso foi editada a quarta **Norma Operacional Básica/SUS (NOB-SUS 01/96)**, que avança no processo de municipalização ao estabelecer duas condições de gestão municipal: Plena da Atenção Básica (GPAB) e Plena do Sistema Municipal (GPSM). Para a gestão estadual, estabeleceu, também, duas condições: Avançada do Sistema Estadual (GASE) e Plena do Sistema Estadual (GPSE).

Em relação ao financiamento federal do SUS, a NOB-SUS 01/96 estabeleceu as Transferências Regulares e Automáticas Fundo a Fundo e a Remuneração por Serviços Produzidos para a assistência hospitalar e ambulatorial, para as ações de vigilância sanitária e para as ações de epidemiologia e controle de doenças.

Por último, aprovou-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde – **NOAS-SUS 01/2001** –, que ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica; definiu o processo de regionalização da assistência; criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizou os critérios de habilitação de estados e municípios.

Pacto pela saúde

Figura 1 – A reorganização do Sistema de Atenção Primária de Saúde no Brasil

Fonte: Fundação Nacional de Saúde (2002).

Para conhecer mais sobre as *Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006*, acesse os links MS/NOB-SUS 01/96 e <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.

Em 2006, na perspectiva de superar dificuldades, foi estabelecido, pelos gestores do SUS, o Pacto pela Saúde. Com base nos preceitos constitucionais do SUS, o Pacto formaliza a prática de definir as prioridades de atuação dos diversos atores do SUS e é constituído por três componentes: o **Pacto pela Vida**, o **Pacto em Defesa do SUS** e o **Pacto de Gestão do SUS**. Essas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e detalhadas no documento *Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006* (BRASIL, 2006).

No Pacto pela Vida, foram consideradas áreas prioritárias: a saúde do idoso; o câncer de colo de útero e mama; o combate à mortalidade infantil e materna; o controle de endemias e doenças emergentes, com ênfase na dengue, hanseníase, **tuberculose**, malária e *influenza*; a promoção da saúde e atenção básica. No que se refere ao controle da tuberculose, estabeleceu-se como meta a cura de, pelo menos, 85% dos casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.

Ordenando os diversos programas federais

Um direito ordenado – Mais saúde: direito de todos

Em dezembro de 2007, foi lançado o **Programa Mais Saúde: Direito de Todos**, que procura ordenar, em um modelo lógico, todas as intervenções estratégicas feitas pela União com o objetivo de aperfeiçoar a

atenção de saúde e a Política Nacional de Saúde. Por isso ele contempla os programas já em curso na época, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o Programa de Saúde da Família. O programa se baseia em quatro pilares e em onze Pactos pela Saúde, tem 86 metas e 208 ações.

Pilar 1 – Promoção e atenção à saúde – a família no centro da mudança

Refere-se a uma série de metas e recursos que ofereçam cobertura desde o planejamento familiar até a saúde do idoso, contemplando prevenção de cânceres masculinos, recursos anticoncepcionais, aleitamento materno, redução de cesarianas, atenção domiciliar, cuidados com a visão, cobertura de exames e medicamentos para diabetes e hipertensão arterial, saúde bucal, incluindo a redução de várias doenças, como malária, tuberculose, hanseníase em menores de 15 anos e dengue nas regiões metropolitanas.

Pilar 2 – Gestão de trabalho e controle social

Prevê ampliar recursos para aumentar os tetos financeiros e a remuneração de tabelas de procedimentos. E ainda ampliar o Cartão Nacional de Saúde, estabelecer centrais de regulação de serviços, informatização digital das unidades de saúde, contratos de desempenho entre os entes federados, ampliar o sistema de auditoria e suprir as deficiências de profissionais da saúde, especialmente de médicos, em áreas pouco desenvolvidas, entre outras ações.

Nesse pilar o suprimento de profissionais da saúde em áreas pouco desenvolvidas tem gerado, desde 2013, um intenso debate com as corporações médicas, dada a possibilidade de atrair médicos estrangeiros para atuar no país. A esse componente o governo federal denominou Mais Médicos.

Pilar 3 – Ampliação do acesso com qualidade

Prevê ampliar o investimento em recursos de alta complexidade, como serviços de hemodiálise, de terapia renal substitutiva, neurocirurgia, cardiologia, traumatologia-ortopedia, oftalmologia e saúde auditiva. Além dessas áreas, serão ampliados serviços de terapia intensiva e semi-intensiva, serviços de transplante e serão criados novos bancos de pele/tecidos/ossos, cordão umbilical e válvulas cardíacas. Ao mesmo tempo, serão instituídos 81 centros de atenção de alta complexidade em oncologia, será universalizado o Samu, a cobertura das necessidades de um milhão de pessoas em relação a órteses e próteses, serão construídos

hospitais regionais e fortalecidas a rede filantrópica e a humanização do atendimento.

Pilar 4 – Produção, desenvolvimento e cooperação e saúde

Prevê a promoção do crescimento da produção nacional de farmacológicos, medicamentos, equipamentos e materiais médicos na ordem de 7% anuais. Visa garantir a produção de 80% dos imunizantes, ampliando as coberturas com novas vacinas, tais como pneumococos, meningocócica A/C, dupla viral e pentavalente (DPT+HiB+vacina contra hepatite B); aumentar em 50% a produção dos laboratórios oficiais e substituir 20% da demanda de equipamentos e materiais do SUS por produtos nacionais, tais como marca-passos, aparelhos de ultrassonografia e mamógrafos. Ainda completará a construção da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás), garantindo autonomia no fator IX, imunoglobulina e albumina, e cobrirá 30% das necessidades de fator VIII. Além do mais, irá investir em desenvolvimento de ciência e tecnologia e ampliar a cooperação com vários países da África.

Uma estratégia para cada um segundo suas necessidades – Saúde da família

Visa levar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde para perto das pessoas, utilizando uma equipe básica formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. As atividades assistenciais das equipes são voltadas para ações de atenção primária, como pré-natal, planejamento familiar, controle da hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase etc. Buscam o envolvimento da comunidade de forma integral e contínua. O atendimento pode ser na unidade básica de saúde ou no domicílio. Seu eixo é a criação de vínculos de corresponsabilidade entre os profissionais e a população.

A Unidade Básica de Saúde da Família atuará sobre uma base territorial definida, responsabilizando-se por determinado número de famílias. Elas são cadastradas e vinculadas (adstritas) a cada equipe, recomendando-se o máximo de 4.500 pessoas. Em uma mesma unidade podem atuar uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade. Busca-se substituir as práticas tradicionais de assistência, focadas nas doenças, por um trabalho de prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida. Uma tática

é a visita domiciliar, com acompanhamento personalizado e contato direto com a realidade de vida da comunidade, no dia a dia das pessoas, compartilhando seus problemas de vida e saúde. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que seja garantida atenção integral, com referência para clínicas e serviços de maior complexidade sempre que o estado de saúde da pessoa assim o exigir.

Para refletir

Qual o panorama da estratégia Saúde da Família em seu município?
Que contribuições sua implementação trouxe para o atendimento das necessidades de saúde da população?

A integração das ações de controle da tuberculose no programa de saúde da família

O controle da tuberculose requer uma ação permanente, sustentada e organizada, com um sistema em que a porta de entrada pode estar situada tanto em um nível mínimo quanto em um nível de alta complexidade, contanto que, ao doente, quando necessário, seja assegurado o direito de fluir para os níveis de maior qualificação.

Em 1960, o Comitê de Peritos em Tuberculose da OMS recomendou que as atividades sobre a doença se integrassem ao sistema de saúde vigente, e não existissem como uma ação isolada, como os antigos **dispensários** e **sanatórios**. Em 1964, o Comitê propôs três pontos básicos para as ações de controle: deveriam ser permanentes e com cobertura nacional; estar adaptadas às necessidades da população e integradas às demais ações dos serviços gerais de saúde pública.

Fotos 2 e 3 – Dispensário Viscondessa de Moraes fundado pela Liga Brasileira contra a TB, em 1910, e seu dormitório principal

Fonte: Acervo da Fundação Ataulpho de Paiva.

O controle da tuberculose tem, como estratégias fundamentais, a simplificação das técnicas e a integração das ações. Em 1986, reunindo técnicos das áreas de tuberculose e atenção primária, a OMS apontou os caminhos para uma ação integrada por meio do documento “A luta contra a tuberculose – parte integrante da atenção primária de saúde” (TEIXEIRA, 2000).

A integração das atividades do Controle da Tuberculose às da Saúde da Família é buscada por meio do planejamento e da gestão conjunta das atividades, da definição de competências e do estabelecimento da malha de ligações entre especialistas e a rede de Saúde da Família. Uma medida central é a disposição dos sistemas de referência e contrarreferência da tuberculose para atender ao crescimento gerado pelas equipes de Saúde da Família. As práticas dessas equipes atendem às questões centrais no controle da tuberculose: vacinação de recém-nascidos; diagnóstico precoce; término, com sucesso, do tratamento dos doentes; vigilância epidemiológica e quimioprofilaxia.

Superando contradições

A linha de unificação da atenção de saúde e, portanto, das políticas de saúde se encontra em processo de evolução movida pela contradição entre o modelo privado e mercantilista e o modelo público e de promoção da saúde. Existem avanços nos programas nacionais, no sentido de consolidar o modelo unificado, ao considerarem a descentralização, a superação das desigualdades regionais e do interior em relação aos centros metropolitanos, e por políticas de autonomia nacional com forte presença pública na produção e incorporação de tecnologias em saúde, segundo se observa no programa Mais Saúde.

Por outro lado, não se observam movimentos claros em relação ao núcleo principal do modelo mercantil, todo ele financiado pelos planos privados de saúde, baseados no *marketing* de inovações tecnológicas com fortes marcas de fetichismo de consumo. A dicotomia gestão pública e privada tem confundido o papel unificador dos agentes públicos em relação à consecução de políticas públicas, com seus objetivos e metas unificadas. Essa é verdadeiramente uma questão política inerente à superação de contradições num modelo de atenção de saúde.

Nas condições de uma saúde unificada, a margem de viabilidade econômica das empresas de planos privados de saúde deverá acontecer no vetor das políticas de saúde, num processo em que o agente privado não concorra com os recursos necessários para a realização de tais políticas. Por isso, questões como renúncia fiscal, estímulos empresariais

em detrimento do SUS, devem estar submetidas à forte presença do controle social, visando-se tirar o melhor proveito do contínuo crescimento da participação da saúde no PIB nacional. De outro modo, os crescentes gastos com saúde serão apropriados essencialmente por agentes econômicos, e não transformados em indicadores de saúde para a população como um todo.

A vigilância em saúde

A vigilância em saúde deveria identificar determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos do processo saúde e doença, além de monitorar situações de riscos naturais ou não, visando reduzir agravos à saúde. No entanto, a forma como se organizou o Sistema de Vigilância no país, originando-se no controle e na erradicação de doenças infecciosas, não criou mecanismos que pudessem ter toda a abrangência descrita. Finalmente, uma série de reformas administrativas no Ministério da Saúde, criando a Secretaria de Vigilância em Saúde, passou a reunir, numa mesma estrutura, todas as estruturas de vigilância, prevenção e controle. Com isso, o modelo restrito de Vigilância Epidemiológica evoluiu para o atual, incluindo vigilância das doenças transmissíveis, vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco; vigilância ambiental em saúde e análise de situação de saúde. De qualquer modo, os modelos de atenção de saúde têm muito impacto sobre a saúde, e o fato de eles serem continuamente adotados sob critérios gerenciais e estratégicos por outras instâncias do Ministério da Saúde leva a restrições ao conceito ampliado de Vigilância em Saúde.

A força das organizações da sociedade civil no controle da tuberculose no Brasil

O controle da tuberculose, reduzindo novas infecções e assistindo aos que adoecem, é uma decisão política, uma deliberação da sociedade. Sem tal decisão, não haveria modificação na endemia, não se estimularia a pesquisa, por desinteresse mercantil dos laboratórios, o tratamento não seria padronizado e haveria uma emergência de doentes com multirresistência ao tratamento. Até mesmo para que existam recursos financeiros que atendam às demandas do controle da tuberculose, essa decisão precisa ser continuamente sustentada, reavaliada e revigorada no processo contínuo da sociedade em redefinir prioridades e inovar os assuntos de interesse.

Mesmo um corpo técnico de profissionais da saúde consciente do problema, as normas estatais e a ação do Programa de Controle da Tuber-

culose não bastariam para enfrentar esse problema, que é social e, portanto, prevalente nas populações mais desprotegidas do progresso material próprio do sistema capitalista. Um fato histórico relevante que explica a continuidade e a sistematização do programa brasileiro é a precedência da sociedade civil em busca de soluções para o grave problema da tuberculose.

A participação do movimento social no controle da tuberculose no Brasil remonta a 1900 e foi marcada pela existência da Liga Brasileira contra Tuberculose. Ela foi criada no Rio de Janeiro, na Fundação Ataulpho de Paiva, que reunia médicos, higienistas, intelectuais e membros da alta sociedade carioca. Essa participação evoluiu para a criação da Campanha Nacional contra a Tuberculose.

No atual estágio histórico do país, foi muito relevante o protagonismo da sociedade civil em torno do surgimento da epidemia HIV/Aids, que teve a evolução das Organizações Não Governamentais (ONGs) como propulsoras e catalisadoras do enfrentamento nacional do problema. A participação das ONGs no problema do HIV/Aids foi tão ampla que influenciou desde nos métodos científicos de abordagem da epidemia, no enfrentamento de preconceitos, no esclarecimento social do problema, mobilizando recursos financeiros, estimulando pesquisas para desenvolvimento de medicamentos, enfrentando interesses econômicos envolvidos no comércio de sangue, até no estabelecimento de fundos públicos para a universalização do acesso aos cuidados de saúde.

O mais importante foi a prática solidária das ONGs junto ao Estado, de modo a sustentar decisões consensuais e a enfrentar divergências e omissões governamentais. Uma referência foi a criação, em 1985, do Grupo de Apoio à Prevenção de Aids (GAPA), em São Paulo. Em 1987, surgiu no Rio a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e, pouco tempo depois, em 1989, também no Rio de Janeiro, o Grupo pela VIDA Rio de Janeiro. Essas práticas sociais inovaram no controle de doenças, uma vez que abriram o círculo fechado da tecnocracia, dando às ações um caráter social mais próximo da realidade da epidemia.

Outro fato evolutivo no crescimento da organização social foram os Encontros Nacionais de ONG/Aids (ENONG). A partir de tais encontros se construiu uma vontade social de abrangência nacional, a qual foi alimentada com práticas de discussão e deliberações de ação das ONG/Aids no país. Isso foi criando uma simbiose entre governo e sociedade civil que permitiu ao país se destacar no controle da epidemia, oferecendo assistência integral às pessoas infectadas com o vírus, prevenindo a infecção de acordo com a especificidade dos grupos sociais,

além de abrir canais para discussões em torno de inovações científicas e métodos de controle.

A consequência dessa mobilização foi a evolução da consciência cidadã e da educação política das pessoas portadoras do vírus. Elas também passaram a se organizar em torno das decisões de políticas públicas, como foi o caso da criação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids. Simultaneamente, os fóruns das ONGs foram se instituindo em diversos estados, facilitando a troca de experiências, informações, habilidades e recursos entre as várias ONG/Aids; o fortalecimento do conjunto de ONGs perante os órgãos públicos e a sociedade civil; a discussão, reflexão e elaboração de políticas públicas de saúde em prevenção e assistência das DST/Aids; e a articulação, integração e colaboração entre as ONG/Aids em âmbitos municipal, estadual, nacional e internacional. Por deliberação do 12º ENONG, realizado em São Paulo, no ano de 2003, foi instituída a Articulação Nacional de Luta contra a Aids (An aids), criando-se canais próprios de comunicação e dando-se início às reuniões itinerantes, paralelas a algum grande evento aglutinador, quando possível, ou organizadas pelos Fóruns.

Foi essa matriz de organização da sociedade civil, ou Organizações Não Governamentais, que se alargou em torno do problema da tuberculose, que estava entre as mais frequentes infecções oportunistas decorrentes da diminuição da imunidade por ação do HIV. As ONGs que se aproximaram do problema foram identificando dificuldades que interrompiam a cadeia de redução da tuberculose no país. Essas dificuldades vão desde o desconhecimento das ações de controle, passando por desatenção dos conselhos de saúde, falta de pessoal técnico especializado, serviços sem estrutura, sistema de notificação de casos precário, pouca ação nas equipes de Saúde da Família e de programas de agentes comunitários de saúde, falta de benefícios sociais/assistenciais e de facilidades aos pacientes em tratamento, como transporte e alimentação, falta de informação e orientação adequada aos pacientes e familiares, dificuldade de acesso às unidades de saúde, demora no atendimento e na entrega do resultado do exame por parte dos laboratórios, alto índice de abandono do tratamento e perda de casos em tratamento pelos programas que não fazem a busca ativa dos abandonos e de novos casos.

Em novembro de 2004, foi criada a Parceria Brasileira contra a Tuberculose/Stop TB Brasil, hoje com mais de 100 entidades afiliadas, com funcionamento colegiado, de caráter propositivo, consultivo e de mobilização social. É voltada para promover a prevenção e o controle da tuberculose e da coinfeção TB/HIV, por meio de esforços conjuntos e articulados de organizações governamentais e não governamentais,

entidades públicas e privadas, entidades confessionais, academias, instituições de pesquisa, sociedade civil organizada, pessoas físicas e outros entes jurídicos nacionais e internacionais com atuação no Brasil, comprometidos com a temática e em parceria com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

O papel assumido por ONGs em fóruns e redes comunitárias tem criado um forte vetor de enfrentamento do problema, indo da prevenção até a assistência aos doentes, atuando solidariamente na vigilância, denúncia e cobrança da implementação de políticas públicas de saúde dirigidas aos pacientes com TB e seus familiares e esclarecimentos à população em geral. A isso chamamos de controle social da TB, a exemplo do que já vem ocorrendo no país desde o ano de 2003, com a criação do Fórum Estadual das ONGs na Luta contra a Tuberculose no Rio de Janeiro, que é uma rede com cerca de 200 entidades comunitárias.

O Fórum conseguiu uma ação de mobilização política em torno do problema da TB, estimulando a criação da Frente Parlamentar Estadual de Aids e Tuberculose no Rio de Janeiro e do Dia Estadual de Conscientização e Mobilização de Combate à Tuberculose, resultado de uma ação articulada entre o Fórum Estadual das ONGs na Luta contra a Tuberculose e o Fórum ONG/Aids-RJ, com a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro.

No dia 08 de maio de 2012, foi lançada a Frente Parlamentar de Luta contra a Tuberculose. A criação da Frente representa grande vitória para o movimento social brasileiro de luta contra a tuberculose, pois insere o controle da doença na agenda dos parlamentares, buscando formas de ampliar o seu enfrentamento. Dentro da Comissão de Seguridade Social e Família, a Frente acompanha a política nacional de controle da tuberculose, buscando, de forma contínua, aperfeiçoar a legislação relacionada à saúde, assistência social e outras políticas vinculadas, a partir das comissões temáticas nas duas casas do Congresso Nacional. Entre os trabalhos a serem desenvolvidos, destaca-se o acompanhamento da elaboração e da execução orçamentárias, para ampliar os investimentos nos programas governamentais bem como buscar novas formas de financiamento das atividades das ONGs, por meio de emendas, subsídios sociais e projetos de lei.

Também no ano de 2012, foi criado o Observatório Tuberculose Brasil (OTB/Ensp), vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, nucleado no Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Seu objetivo é melhorar o controle nacional da tuberculose por meio do monitoramento das políticas públicas de saúde e da promoção do controle social.

Sendo integrante da rede FIO-TB, participam do Observatório diversas unidades da Fiocruz, com a proposta de articular as ações de pesquisa e serviço da Fundação na área. O OTB pretende desenvolver ações em “advocacy communication and social mobilization” (ACSM) e monitorar os indicadores sociais e epidemiológicos relacionados à tuberculose.

Referências

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Legislação do SUS: legislação estruturante*. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=legislacao_estruturante>. Acesso em: 12 jan. 2008.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Legislação do SUS: legislação estruturante*. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=legislacao_estruturante>. Acesso em: 12 jan 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS/01/2001. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Legislação do SUS: legislação estruturante*. Brasília, DF, 2007c. Disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=legislacao_estruturante>. Acesso em: 17 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS/01/2002. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Legislação do SUS: legislação estruturante*. Brasília, DF, 2007d. Disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=legislacao_estruturante>. Acesso em: 17 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, Consolidação da SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.481, de 31 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jan. 1991. Seção 1, p. 1.156.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Instrumentos de gestão: manual de consulta rápida*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 01/96*. Brasília, DF, 1997. 36 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, 1996, Brasília. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1996. Edição especial.

MATHIAS, Maíra. *O avanço do privado na assistência à saúde*. Revista Poli, Rio de Janeiro, 17 maio 2012.

MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89 p.

SEMINÁRIO DE DIREITO SANITÁRIO, 3., 2013. *Produção normativa em saúde suplementar e o Sistema Único de Saúde suplementar*. Brasília, DF: Senado Federal: Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

TEIXEIRA, Gilmário M. O controle da tuberculose e a saúde da família: perspectivas de uma parceria. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 3-4, dez. 2000.

WORLD CONFERENCE ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2011, Rio de Janeiro. *Declaração política do Rio de Janeiro sobre determinantes sociais da saúde*. [S.l.]: World Health Organization, 2011.