

Saúde e Serviço Social: tendências nos anos 2000

Ana Maria de Vasconcelos

Faculdade de Serviço Social - UERJ

Texto de subsídio para as palestras do Seminário Estadual na Saúde

Promoção: DSS/UFSC, CRESS e SMS de Fpolis

Dias 29 e 30/03/10

Saúde e Serviço Social: tendências nos anos 2000 - até 3000?

Gostaria de poder responder a este desafio.

Olhando para a história, vou enumerar alguns desafios que estão colocados aos assistentes sociais, desde a Constituição de 1988, potencializados pela diferença que veio se aprofundando entre o SUS legal e o SUS real. São desafios colocados em resposta ao papel que, a meu ver, fomos chamados a desempenhar na garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, antes e depois da criação e institucionalização do SUS.

Quadro de saúde da população brasileira:

Dados de organizações nacionais e internacionais mostram que estão inalteradas ou crescentes:

- as doenças do perfil epidemiológico contemporâneo, previsíveis, mas não prevenidas;
- as doenças agravadas pela ausência de intervenções oportunas e precoces;
- as mortes evitáveis e os altíssimos percentuais de exames diagnósticos, tratamentos medicamentosos e encaminhamentos desnecessários e de baixa qualidade, apesar dos conhecimentos e técnicas já disponíveis.

Um quadro que mostra os limites das intervenções pontuais do Serviço Social, que favorecendo o acesso a serviços e medicamentos, interfere positivamente, ainda que pontualmente, na vida dos indivíduos que acessam o Serviço Social, mas não tangenciam suas condições reais de existência.

As tendências do Serviço Social na saúde contêm determinações que não estão apenas relacionadas à definição e priorização do que fazer, como veremos adiante. Antes de tudo, coloca-se como desafio aos assistentes sociais como nos desvencilhar do que fazemos atualmente, a partir da priorização das requisições institucionais, em favor do que é necessário fazer, a partir da priorização das demandas dos usuários. É priorizando as reais demandas dos usuários, nem sempre aparentes, que poderemos dar alguma contribuição significativa na concretização do SUS como está garantido na Constituição de 1988.

Desse modo, coloca-se como desafio aos assistentes sociais:

- Superar a condição de complementação de serviços médicos, a partir de uma relação secundária não só com a medicina, mas com os demais profissionais de saúde e com os gestores, para, no campo da saúde/doença, sedimentar uma atuação autônoma, mas não isolada e fragmentada das demais profissões, priorizando o enriquecimento da subjetividade, a promoção e a prevenção, sem prejuízo das ações assistenciais.

Esse é um processo que envolve a reestruturação do Serviço Social nas unidades de saúde, tanto no que se refere à distribuição dos assistentes sociais, quanto às ações necessárias junto aos usuários. Um processo que exige teoria tanto na sua construção quanto no seu desenvolvimento visto que, junto à população, o assistente social tem de responder como autoridade a respeito do que se programa para realizar, assim como para o que é chamado a realizar a partir das demandas da população e das requisições instrucionais. Ou seja, ser e ter autoridade sobre temáticas e situações tendo em vista as respostas a serem dadas aos usuários e à instituição.

É a qualidade da nossa atuação no conflito de interesses entre usuários/instituição que vai possibilitar ou não a contribuição dos assistentes sociais na garantia dos aspectos socializantes do SUS: universal, com qualidade e controle social.

“... a verdadeira riqueza espiritual do indivíduo depende da riqueza de suas relações reais”
(Marx e Engels- 1870)

- Superar, no contato com a população usuária, a abordagem de questões relacionadas prioritariamente à(s) doença(s), no máximo, formas de prevenção de danos, agravos e riscos, em favor da democratização de informações e conhecimentos necessários à apreensão da lógica do SUS legal (seus princípios, objetivos, estratégias e responsabilidades) e à apreensão do SUS real (seus determinantes e mecanismos que favorecem o desenvolvimento do SUS que conhecemos), o que exige, por exemplo, trazer à baila, junto à população usuária, reflexões sobre a relação público-privado; o incentivo à cultura do público; o conhecimento da política de saúde e sua indissociabilidade das demais políticas, etc;

Cada direito social só é possível mediado e articulado aos demais direitos, numa perspectiva de **seguridade social ampliada o que exige considerá-los sempre no seu conjunto, independente da área temática onde atuamos**. Dessa forma o assistente social que toma a questão social como objeto de atenção/ação, tendo como referência suas diferentes expressões em relações e conexões permanentes, estará, ao trazer as demais políticas para sua área de atuação, contribuindo e realizando a intersetorialidade; dessa forma, dando vida à concepção ampliada de saúde.

- Superar a forma de distribuição dos assistentes sociais na rede de saúde que acompanha a distribuição dos médicos, por especialidade. Enquanto a Europa, modelo vigente mais próximo

do SUS, tem quase a mesma quantidade de médicos especialistas e generalistas, recebendo mais ou menos a mesma remuneração, no Brasil temos somente 10% de médicos generalistas, mal remunerados, com vínculos instáveis, sendo que, algumas especialidades importantes tendo em vista o perfil epidemiológico da população, estão em falta no mercado. A OMS prevê um médico para cada mil habitantes; no Brasil temos 1 médico para cada 800 habitantes, mas mal distribuídos, tanto nacionalmente, como regionalmente. Os assistentes sociais na saúde, acompanhando esse processo, estão concentrados nos Hospitais, em detrimento dos Postos de Saúde, CAPES, CS e PSF. No Brasil, temos mais assistentes sociais na assistência social do que na saúde Básica.

Esses são desafios a serem enfrentados e superados pelos assistentes sociais, mas não individualmente, os quais antecedem e determinam a definição e priorização das ações necessárias junto à população, tendo em vista a contribuição do assistente social na realização da saúde como direito.

Nesse enfrentamento, destacam-se: a articulação e aliança necessárias entre os assistentes sociais de uma mesma equipe; a articulação com as demais categorias profissionais; o envolvimento dos nossos órgãos de representação, no enfrentamento dos problemas de gestão; a relação com a academia; o aproveitamento das oportunidades de liberação e financiamento para a formação permanente (Residências, cursos de especialização, extensão; PET Saúde; Pró-Saúde). São desafios que exigem não só a ação política, mas a capacitação permanente dos assistentes sociais.

Ainda que abordado superficialmente, descortina-se um complexo quadro, que coloca o assistente social diante das demandas históricas dos trabalhadores. Um quadro que exige priorizar ações entre demandas da população e as requisições institucionais. Priorização determinada, antes de tudo, pela capacidade dos assistentes sociais planejarem sua prática de forma propositiva e crítica, frente as contradições presentes entre as reais demandas da população – demandas individuais que expressam demandas coletivas – e as requisições institucionais. Um processo que poderá resultar na construção do lugar do assistente social nas equipes de saúde, frente aos desafios de construção do SUS universal o que poderá resultar num processo de assistência atravessado pela noção da saúde como direito do cidadão, dever do Estado e com controle social e pelas atividades preventivas e de promoção da saúde.

A priorização de demandas é essencial. É Mézáros que afirma:

O movimento socialista não terá a menor chance de sucesso contra o capital caso se limite a levantar apenas demandas parciais. Tais demandas têm sempre que provar a sua viabilidade no interior dos limites

e determinações reguladoras preestabelecidas do sistema do capital. As partes só fazem sentido se puderem ser relacionadas ao todo ao qual pertencem objetivamente. Desse modo, é apenas nos termos de referências globais da alternativa hegemônica socialista à dominação do capital que a validade dos objetivos parciais estrategicamente escolhidos pode ser adequadamente julgada. E o critério de avaliação deve ser a capacidade desses objetivos parciais se converterem (ou não) em realizações *cumulativas e duradouras* no empreendimento hegemônico de transformação radical.

Ora, ao entendermos as diferentes expressões da questão social de forma indissociável, no movimento de luta por saúde como direito do cidadão, dever do Estado e com controle social, ou seja, no cotidiano do sistema onde se dá a luta pela transformação do SUS legal/1988 em SUS real, estão contidas condições e possibilidades de caminhar nessa direção.

Desse modo, as ações dos assistentes sociais não podem se colocar de forma fragmentada e isolada, mas articuladas às lutas sociais pelo redirecionamento do SUS real na direção do que está garantido na Constituição e nas legislações que o reforçam. Desse modo, faz-se necessário articular a prática do Serviço Social aos movimentos e ações que caminham na mesma direção.

Desse modo, tomamos como referência, para orientar nossa reflexão, algumas Estratégias Programáticas colocadas no documento O SUS PRA VALER (2006) que refletem preocupações e questões de grupos interessados na concretização do SUS na direção dos interesses dos trabalhadores. São estratégias que, ainda que não concordemos com todos os seus pressupostos, análises e encaminhamentos, nos remete ao campo da luta coletiva a partir pela concretização do SUS universal e socializante. Diante disso, nos perguntamos qual o lugar e o papel dos assistentes sociais nessa luta coletiva; questões abordadas, também, nos Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde.

Nesse momento, não cabe priorizar a discussão das estratégias no nível macro – o que envolveria a discussão do papel da universidade, dos órgãos de representação da categoria e dos desafios colocados pela participação dos assistentes sociais no planejamento e na gestão das políticas. Cabe refletir sobre os desafios enfrentados pela maioria dos assistentes sociais que exerce suas funções no contato direto com os usuários. Uma atuação que não só exige articulação, mas que, certamente, repercute na atuação do assistente social no planejamento e na gestão das políticas sociais.

As colocações a seguir são realizadas, também, em resposta a uma situação recorrente por parte de gestores na saúde – de fora e de dentro do Serviço Social – que, diante da quantidade de negativas dos assistentes sociais sobre o que não é de sua competência na área da saúde, perguntam: para que Serviço Social na saúde? O que faz o Serviço Social na saúde?

Uma situação que nos coloca diante da necessidade de, de forma articulada, dar resposta às requisições institucionais que favorecem e respondem aos interesses e necessidades da população e às demandas dos usuários que, colocadas individualmente, expressam demandas coletivas.

Questões a serem consideradas e enfrentadas como prioridade:

- 1 – Insulamento do Setor Saúde e intersectorialidade;**
- 2 – Responsabilidades sanitárias e direitos dos cidadãos**
- 3 – Participação e controle social**
- 4 – Modelo de atenção e cobertura e resolutividade das ações**
- 5 – Formação e valorização dos trabalhadores da saúde**
- 6 – Gestão democrática e participativa**
- 7 - Transparência e controle dos recursos e dos gastos**
- 8 - Papel do Estado e Capacidade de regulação**
- 9 – Subfinanciamento do setor saúde**

1 – Insulamento do Setor Saúde e intersectorialidade

A teoria nos ensina que não se transformarão os níveis de saúde de uma população se as transformações não ultrapassarem o setor saúde. Pergunta-se: qual é o nível de consciência das massas trabalhadoras a esse respeito?

Se cabe aos três níveis de governo deixar de operar em termos exclusivamente setoriais e passarem a priorizar o desenvolvimento social de forma integrada e integral, eles só farão isso sob pressão dos trabalhadores. As massas trabalhadoras – que é de onde pode surgir a pressão – necessitam acessar conhecimentos e informações tendo em vista apreender, na própria experiência cotidiana que o trabalho – com garantias sociais /previdência social –, a Assistência Social, a Educação, a Segurança Alimentar, a Habitação, a Urbanização, o Saneamento e Meio Ambiente, a Segurança Pública estão comprometidos e comprometem as necessidades sociais e os direitos de cidadania. Esse é um processo que deve atravessar toda e qualquer política, com pena de profissionais e usuários fragmentarem o cotidiano e a vida.

Aqui se destacam possibilidades de prática aos assistentes sociais. Por exemplo, no acompanhamento das condicionalidades do PBF. Além de favorecer a intersectorialidade no âmbito do Serviço Social, ao colocar condições concretas de articulação e divisão de atividades entre os assistentes sociais que trabalham com os mesmos grupos familiares na assistência social, na educação e na saúde, coloca-se a possibilidade real de visualização, por parte das famílias, da indissociabilidade entre as políticas tendo em vista a garantia do direito à vida.

Assim, um assistente social, na saúde, que acompanha 1000 famílias de uma mesma comunidade, se vê diante das péssimas condições das crianças acometidas de diferentes doenças de pele e verminose. Articula junto à direção a necessidade de providenciar um dermatologista e atendimento clínico, sem atentar para a necessidade de, junto ao assistente social da educação e da assistência social, fomentar a organização das 1000 famílias para pressionar os governos - estadual e municipal -, tendo em vista o saneamento da comunidade. Se providenciar um dermatologista é necessário, fazer injunções tendo em vista a comunidade se organizar para pressionar por orçamento e efetivação do saneamento, etc., é prioridade, visto que não há clínico e dermatologista que dêem conta das doenças de crianças que residem em áreas insalubres; ou seja, se são medicadas e retornam para as mesmas condições sanitárias, qual o sentido da atenção prestada tanto pelos médicos como pelo assistente social?

Os assistentes sociais necessitam superar a influência que sofrem de modelos de gestão ultrapassados e passar a atuar de forma transversal, criando mecanismos de articulação intersetorial da categoria profissional enfrentando a escassez de profissionais frente as demandas ao potencializar o quantitativo de profissionais no âmbito das diferentes políticas sociais, o que vai contribuir para a superação de modelos de gestão e assistência baseados na doença, e contribuir para a ampliação do acesso aos benefícios e recursos sociais e para a redistribuição da renda.

Aqui se destaca o papel dos órgãos de representação da categoria – no nível nacional e regional -, na garantia de quadros e na sua distribuição na rede de serviços, nas diferentes políticas e, em sintonia e articulação com o parlamento e a academia, na divulgação, para a sociedade, da concepção ampliada de saúde.

Junto à população usuária do SUS, a necessária apreensão da concepção ampliada de saúde se dá, prioritariamente, não por palestra ou discussão, mas pela análise das situações concretas que explicitam, como consta na LOS, que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8080/90 -, Art. 3º).

2 – Responsabilidades sanitárias e direitos dos cidadãos

O desenvolvimento da consciência das necessidades sociais e de saúde, dos direitos e do controle social é que pode pressionar os governos nos diferentes níveis a organizar ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, de acordo com a realidade de cada região e

microrregião, com base nas características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população. Só assim, o planejamento estratégico de cada município e a programação local das atividades poderá responder às necessidades da população. Nesse sentido, é que toma relevância a democratização de conhecimentos e informações para a população usuária e suas entidades representativas. Democratização de informações de tal forma que sirvam de instrumento de indagação e ação sobre a realidade. É desse modo que podem favorecer a população na busca não só de tomar consciência dos seus direitos e deveres, mas das possibilidades de ampliação de direitos e cobrança da definição e cumprimento da responsabilidade sanitária de cada ente governamental, de cada serviço e dos trabalhadores da saúde. É conhecendo seus direitos e participando da definição de prioridades e metas a serem atingidas em determinado tempo que os cidadãos podem cobrar pela qualidade dos serviços prestados de cada uma das instancias de governo, dos profissionais e dos dirigentes do setor.

Isso só se tornará realidade quando metas forem estabelecidas, parâmetros definidos e quando a população definir/conhecer e compartilhar estas metas, assim como puder dispor de mecanismos efetivos de cobrança.

O assistente social é o profissional que mais porta condições de fomentar esse processo junto aos usuários; não só pela relativa autonomia que porta para o planejamento das suas ações, mas, também, tanto por ser o profissional que tem autoridade na abordagem da política social, como por poder organizar sua atuação junto aos usuários de forma a promover debates e espaços de democratização de informações, ao priorizar a atenção coletiva.

Esses são desafios que se colocam de forma diferenciada tanto para grandes, médios e pequenos municípios quanto para os diferentes níveis de atenção. Os Centros e Postos de Saúde e os PSF, favorecendo esse processo mais do que os Hospitais, menos ainda os de emergência.

3 – Participação e controle social

A democratização da agenda da saúde depende não só da existência dos Conselhos e da capacitação dos conselheiros, mas prioritariamente da ampliação da participação da comunidade. Assim, para além da participação do assistente social na capacitação de conselheiros, com vistas a relações sociais igualitárias entre os sujeitos participantes – cidadãos, gestores, representantes, profissionais e técnicos -, faz-se necessário garantir a representatividade dos integrantes dos Conselhos, o que se dá através da relação constante e transparente entre representantes e representados. A participação da comunidade – nos Conselhos das unidades de saúde, por exemplo, inclusive nas unidades privadas financiadas por recursos públicos - é que pode fomentar e garantir a realização do papel deliberativo dos Conselhos na formulação e acompanhamento das

políticas de saúde. Assim, o contato dos assistentes sociais com a população favorece não só a articulação dos cidadãos fragmentados aos Conselhos, mas o fomento da organização dos Conselhos por Unidade de Saúde, superando a organização via associações por doença, o que pode fomentar a gestão participativa.

4 – Modelo de atenção e cobertura e resolutividade das ações

Se a população foi levada historicamente a buscar atendimento para a doença instalada e se prioriza a busca pelas unidades de alta complexidade, em que parte do sistema está sendo discutido com ela a importância da Atenção Primária à Saúde? Uma APS que, enquanto porta de entrada do sistema, garanta a Universalidade, alta resolutividade e cobertura efetiva da população?

Os serviços assistenciais mais complexos permanecem no centro do sistema de saúde – INCA, Rede Sara, Incor – subjugados por entidades privadas lucrativas e pela indústria de equipamentos, medicamentos e insumos. Assim como esses serviços, os de média complexidade estão cada vez mais sendo terceirizados – via OS, Fundações de Direito Privado. Ou seja, patrimônio público sendo disponibilizado para servir a interesses privados de lucro.

Um modelo de atenção à saúde que priorize a atenção primária, retirando do centro o hospital/doença e as especialidades, concentrando-se no cidadão de forma integral, exige que os próprios cidadãos valorizem e realizem prevenção e não só a cura de doenças. É um processo que deve partir do sistema, já que foi o próprio sistema que levou à prioridade do tratamento. É diante disso que toma relevância a necessária democratização das informações a respeito dos direitos dos usuários da Saúde, para além do sofrimento físico e psíquico.

Direito ao acesso universal aos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade; à atenção integral à saúde; à prevenção de doenças, danos, agravos e riscos; ao tratamento e à reabilitação; a um atendimento sem preconceitos e de qualidade; a informações a respeito do seu quadro de saúde e de seus familiares; a informações sobre as rotinas, funcionamento e recursos das unidades de saúde; à participação direta ou indireta no controle social dos serviços prestados e na definição de prioridades e rotinas; de ser ouvido (escuta ind. e coletiva) e de ouvir na consulta médica e demais atendimentos na saúde; de ter acesso ao seu prontuário e exames; de ter acesso a medicamentos básicos e de uso contínuo ...;

São informações e conhecimentos que devem atravessar todo e qualquer atendimento do assistente social na saúde.

Por outro lado, é ao saber que para ampliar o acesso e garantir a cobertura de ações e cuidados à saúde é necessário expandir e organizar redes de serviços de saúde articuladas que os

cidadãos poderão cobrar pela sua efetividade. Sem conhecer as características de um sistema que atenda as suas necessidades, os trabalhadores não podem cobrar por ele. Não poderão cobrar pelos medicamentos considerados essenciais, diante do perfil epidemiológico do segmento de classe a que pertence, bem como pelo controle da segurança, eficácia e qualidade dos fármacos, insumos e serviços e do seu uso racional, assim como não poderão cobrar pela garantia de acesso a descobertas cientificamente provadas. Não poderão cobrar pela articulação entre os diferentes níveis de atenção com garantia de referência e contra-referência; não poderão cobrar e exigir prioridade e qualidade das atividades de saúde coletiva em articulação com ações de assistência clínica, tendo em vista garantir uma porta de entrada que responda ao perfil daquela população; cobrar pela qualidade e transparência nos gastos com consórcios, redes etc.

5 – Formação e valorização dos trabalhadores da saúde

Usufruir das possibilidades de formação assim como participar da formação de trabalhadores de níveis médio e elementar.

O governo flexibiliza os Currículos Mínimos em favor das esvaziadas Diretrizes Curriculares, não investe na mudança de direção dos HU's e faz proposta de uma formação articulada à Atenção Básica, desvinculada da rede de serviços. Mesmo assim, são oportunidades a serem aproveitadas e redirecionadas para que revertam em ganhos para a formação e para a qualidade das ações.

Se por um lado, as Residências Multiprofissionais, são necessárias, mas atinge um número muito reduzido de profissionais, os Programas que envolvem o MS e MEC, favorecem a formação continuada e uma relação orgânica com a academia.

Aqui se destaca não só as injunções dos nossos órgãos de representação, mas a necessária democratização de informações, junto aos usuários e seus organismos de representação, das consequências para o sistema da precarização, privatização e terceirização das relações de trabalho do SUS e da burocratização do acesso, assim como resgatar os ganhos para o sistema com a garantia de vinculação regular dos trabalhadores ao SUS e a fixação de equipes de saúde em todos os níveis do sistema.

6 – Gestão democrática e participativa

Se cabe aos três níveis de governo, no nível macro, garantir desenvolvimento de ações articuladas, tendo em vista a garantia dos direitos, a gestão participativa, colegiada ou co-gestão, com trabalhadores da saúde e outras representações da comunidade, tendo em vista a definição de metas quali-quantitativas em resposta aos objetivos municipais e regionais, se dá no cotidiano do

sistema. Aqui o assistente social tem uma contribuição a dar na medida em que ao articular a população usuária – o grupo e seus representantes -, para além do tratamento das doenças, coloca a possibilidade de sua articulação com a equipe de saúde e gestores do sistema. Só com a participação dos usuários no sistema, para além de suas representações, as unidades públicas de saúde e as unidades privadas financiadas pelo fundo público, das mais simples às mais complexas, poderão estar abertas ou serem abertas à gestão democrática e às reais demandas da população usuária. O desafio que se coloca é que esse processo está condicionado pelas condições de organização dos diferentes segmentos das classes trabalhadoras – principalmente das massas despossuídas- que estão passando por um momento de grande desarticulação e desmobilização. Uma situação que, como não poderia deixar de ser, vem refletindo na própria organização dos assistentes sociais.

7 - Transparência e controle dos recursos e dos gastos

A garantia da transparência na eleição dos critérios dos gastos e alocação de recursos está determinada pelo conhecimento que os trabalhadores têm da lógica do sistema. Assim, a legislação que garante transparência e controle de gastos pela população convive com o desconhecimento da maioria. Desse modo, tanto os critérios dos gastos e alocação de recursos não vêm sendo submetidos a estudos e discussões com a população tendo em vista garantir e viabilizar o acesso igualitário a serviços de qualidade em todos os níveis do sistema.

Quem na saúde vem discutindo e democratizando caminhos e mecanismos de acesso dos usuários a informações sobre compras, transações, reformas, realizadas pelo setor público, etc. etc. Não basta a participação das representações dos usuários que isoladas e pressionadas diante de decisões aparentemente técnicas, são facilmente submetidas e/ou cooptadas e iludidas diante de argumentos políticos colocados de forma técnica. Se as Leis Orgânicas garantem que os Municípios devem garantir aos seus munícipes a discussão do orçamento, quem na saúde está viabilizando essa discussão? Há que se discutir com a população dos municípios/Estado, o orçamento, gastos e seu controle, caminho que pode frear a corrupção em todos as esferas e níveis de governo, para além dos instrumentos tecnológicos disponíveis, como os pregões que podem ser acompanhados pela mídia e pelos que têm acesso à essa tecnologia.

Será que não está aí uma das importantes justificativas da presença do assistente social na saúde, a partir de uma formação tão diferenciada das demais profissões? Essas ações junto à população usuária do sistema estão sendo assumidas cada vez mais por outras profissões. Nos perguntamos: em que direção social?

No Município do RJ, por exemplo, não só os comunicadores, voluntários, mas os odontólogos, frente a falta de equipamentos e insumos para a realização de suas ações, vêm assumindo não só a gestão dos serviços de saúde, mas o trabalho junto às populações.

Enquanto os assistentes sociais estão encaminhando, famílias e indivíduos, isoladamente, ao Ministério Público, tendo em vista a garantia de acesso a serviços e fármacos – o que se por um lado garante acesso, por outro individualiza, desmobiliza, despolitiza e fragmenta -, grandes grupos atingidos por falta de equipamentos públicos – escolas, postos de saúde, -, saneamento básico - o que envolve desde populações submetidas a contato com lixões, contaminação de solos, rios assoreados, etc – estão a deriva, muitas vezes sem identificar a força de pressão que um grupo/movimento organizado tem frente às diferentes instâncias de governo.

Outra vez, aqui se coloca os limites e dificuldades diferenciados entre pequenos e grandes municípios e entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Se por um lado num pequeno município é mais fácil a mobilização por bairros, ruas, é neles que a proximidade dos dirigentes com os usuários do sistema tende a facilitar a cooptação/submissão.

8 - Papel do Estado e Capacidade de regulação

O setor saúde se desenvolve, de forma necessária e articulada entre dois polos: (1) o setor produtivo industrial de bens como vacinas e soros, medicamentos e fármacos, sangue e hemoderivados, reagentes e kits diagnósticos, equipamentos médicos e cirúrgicos e o (2) o setor das ações de saúde engendrado pelos agentes públicos e privados (filantrópicos e lucrativos) e operacionalizado pelos sujeitos profissionais. O primeiro setor é o que mais favorece os negócios e a lucratividade sendo que o segundo, que realmente pode garantir, em respeito aos princípios do SUS (prioridade para as ações preventivas sem prejuízo das ações assistenciais) a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, é o setor que está em processo de comercialização, com as Fundações de Direito Privado – o que vai de encontro àquelas garantias.

A influência cada vez maior dos fatores de mercado na saúde tem influenciado a definição de prioridades na incorporação de inovações (produtos e processos) e na importância da influência dos agentes econômicos sobre a oferta de serviços de saúde.

A garantia da definição de prioridade na definição de recursos e gastos (em produtos e processos), tendo em vista a saúde como um bem de relevância pública, não se dá delegando a um “Estado bom” a necessária regulação estatal desse processo.

Como delegar essa regulação ou esperar pelo cumprimento do seu papel na eliminação das interferências das empresas privadas no sistema público, a um Estado que tem no seu interior,

gerindo as relações entre o sistema de saúde público e o setor privado, os donos do capital e/ou seus gerentes?

Ora, se as relações público-privado numa sociedade democrática que busca assegurar a saúde como direito devem ser objeto permanente de regulação estatal, no sentido da preservação dos direitos do cidadão à saúde – seja através do SUS, seja através da iniciativa privada, considerada de forma complementar (Planos de Saúde) -, essa regulação estatal só se concretizará na direção do SUS universal sob pressão das massas trabalhadoras, usuárias do sistema, quando explicitados os interesses conflitantes permeando as relações público/privado.

Nesse sentido, a discussão das relações público-privado nas políticas sociais deve atravessar o acesso dos usuários ao sistema nos seus diferentes níveis de atenção, com pena de se esperar que a produção teórica a esse respeito; e/ou um Estado bonzinho/mais favorável aos trabalhadores; e/ou a luta dos trabalhadores da saúde e dos representantes da população, no sistema, vá garantir essa regulação e impedir o assalto ao fundo público pelos proprietários – seja de equipamentos, insumos, fármacos ou instituições assistenciais privadas, em busca de lucratividade no setor.

Se a teoria ilumina e indica o caminho, é só atravessando o cotidiano dos trabalhadores que ela pode se transformar em força de pressão. Como afirma Marx: “A teoria, quando penetra nas massas, se torna força material”

Na direção da saúde como direito e dever do Estado, e na direção do PEP, é uma estratégia necessária aprofundar a compreensão, junto aos usuários do SUS, da impossibilidade de convivência das instituições públicas e privadas num setor que lida com um bem público, ainda que a Constituição brasileira estabeleça o caráter complementar dos serviços privados de saúde. A história tem mostrado que é impossível que os serviços privados de saúde que integram o SUS - conveniados e Planos de Saúde - pautem suas atividades como se fossem públicos. É impossível esperar de serviços que estão determinados pela lucratividade pautarem suas ações tendo em vista os interesses e necessidades dos cidadãos, visto que, a concepção de saúde da Constituição brasileira só se realiza pensando a saúde no país de forma coletiva e individual, nas suas inter-relações. Vide as propostas de Fundações de Direito Privado.

É diante disso que, mesmo diante do subfinanciamento do sistema e proclamando “responsabilidade social”, os Planos de Saúde não se obrigam a ressarcir o SUS da dívida relativa a atendimento de seus segurados¹, principalmente, no que diz respeito ao atendimento mais caro,

¹ Com relação ao valor estimado do não ressarcimento, é importante lembrar que: a) já em 2003, o PNAD / IBGE revelava que 7% dos atendidos nos ambulatórios do SUS eram afiliados a planos privados, assim como 8,4% dos atendidos em exames diagnósticos, 11,6% em procedimentos de alta complexidade e 6,7% das internações, nas quais, 9% para as cirúrgicas, afora a cobertura das ações de vigilância

mesmo recebendo de seus “segurados” bem mais do que o Estado destina a cada cidadão: o per – capita em reais do SUS para toda a população é por volta de R\$ 675 anuais e dos planos e seguros privados para seus afiliados (25% da população) é de R\$ 1.428; como esses segurados também estão cobertos pelo SUS, o per – capita dos segurados pelos Planos é de R\$ 2.103.

Como afirma o CEBES, a partir de 1.990, “a área econômica vem elevando, ininterruptamente, subsídios públicos (diretos e indiretos) ao mercado de planos e seguros privados de saúde. Estes subsídios incluem isenção tributária a hospitais privados terciários credenciados por operadoras de planos privados, a participação do orçamento público, incluindo as estatais, no financiamento de planos privados aos servidores públicos, as deduções no IRPF e IRPJ dos consumidores de serviços privados de saúde, e o não ressarcimento das operadoras privadas previstos na Lei nº 9656 de 1.998. O valor total desses subsídios corresponde hoje a mais de 20% do faturamento anual do conjunto de todas as operadoras privadas de planos e seguros de saúde que atuam no país. (SUS: QUAL O RUMO? VERSÃO PRELIMINAR. CEBES, 11/Mar/2010.

Diante disso pergunta-se: onde no SUS a população está tendo espaço para desenvolver mecanismos de defesa contra a poderosa mídia da indústria farmacêutica que nos insita a consumir um medicamento de “ultima geração”, sem necessidade e em teste, como se isso nos trouxesse mais benéficos do que risco? Como reagir às investidas dos médicos, cooptados nesse processo? Como reagir a uma mídia que nos leva a consumir um plano de saúde como se estivéssemos usufruindo de uma refeição nutritiva?

Assim, não bastam regras claras na relação público/privado; não basta que as informações permeiem as entidades sindicais e de profissionais da saúde. Faz-se necessário que essas regras sejam verdadeiramente de domínio público. É preciso que essas informações sejam democratizadas, conhecidas e controladas por quem de direito: os que pagam pelos seus direitos sociais, garantidos através de políticas públicas, aqui, especificamente o SUS.

Se por um lado, esse não é um papel que a mídia assume, visto que os Planos de Saúde são parte de sua fonte de lucros, por outro lado, faz parte do compromisso dos assistentes sociais com os trabalhadores a democratização de informações relevantes a tudo que lhes diz respeito. A questão está em definir e priorizar os conhecimentos e informações.

A opção da elite da classe trabalhadora pelos Planos de Saúde foi carregada de consequências para o SUS. Levando na esteira os demais segmentos de trabalhadores e os funcionários públicos – dentre eles os do setor saúde - representou a cristalização da descrença

dos próprios trabalhadores, dos governos nas suas diferentes instâncias e da população em geral na universalização e garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Um estado de coisas que cabe principalmente aos assistentes sociais enfrentar no cotidiano de realização do SUS.

9 – Subfinanciamento do setor saúde

Onde os usuários do sistema estão tendo condições de refletir sobre a relação do setor público e do setor privado na saúde e suas necessidades sociais e individuais? Pq o sistema público não responde às necessidades de saúde e de acesso ao sistema nos seus diferentes níveis? Quais as escolhas que os trabalhadores vêm sendo levados a fazer frente a isso? Quais as condições que os usuários portam de apreender as determinações do sistema que traz na raiz a questão do subfinanciamento? Afinal, a mídia destaca como determinante da qualidade do setor público de saúde – quase nunca se refere ao setor privado - somente a falta de qualidade das ações em saúde, culpabilizando os profissionais de saúde e, por vezes, os gestores.

Como afirma o CEBES: Ao contrário do “modelo europeu”, somente 44% do financiamento total dos serviços de saúde é de origem pública, o que corresponde, a somente 3,7% do PIB e por volta de US\$ 350 públicos anuais per – capita (US\$ corrigido pelo poder de compra), o que nos coloca entre os países com menor financiamento público per – capita do mundo, inclusive inferior à Argentina, Uruguai, Chile, Costa Rica e Panamá, na América Latina. A área econômica de todos nossos governos desde 1.990 vem comprovadamente, de forma ininterrupta, retraindo a participação federal no financiamento do sistema público. O MS teria orçamento bem maior que o dobro do previsto para 2010, que está por volta de R\$ 62 bilhões, caso não houvesse a retração federal, para não falar no devido/contingenciado a cada ano que nunca será reparado à população, nem se repetiria a cada ano a humilhação dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de saúde, de clamar por adicionais federais para pelo menos manter a mesma oferta de serviços do ano anterior. Para 2010 estão faltando R\$ 6,19 bilhões para manter a situação de 2009 sem incremento de serviços.

Diante desse complexo campo de disputa entre trabalho/capital, público/privado, quais as condições que tanto os usuários do SUS quanto dos de Planos Privados de Saúde estão tendo de fazer escolhas conscientes entre o Sistema Público e o Sistema privado de saúde? Na falta de referências esclarecedoras, são feitas escolhas carregadas de consequências, tendo em vista a concretização do SUS como política pública. Escolhas que alimentam o mercado de fármacos e serviços (a população brasileira é uma das que mais consome medicamentos desnecessários no mundo – temos mais farmácias do que livrarias e bibliotecas juntos); que alimentam o consumo

de Planos de Saúde baratos e de cobertura duvidosa; que alimentam a recorrência a Clínicas e profissionais isoladas; que alimentam o adoecimento da população em geral.

Este estado de coisas coloca demandas ao assistente social que pretende redirecionar suas ações tendo em vista os interesses históricos dos trabalhadores.

Diante de uma população apartada das informações sobre a lógica do sistema, as políticas sociais, especificamente da saúde, continuam subfinancadas e cada vez mais perdendo recursos. Quais as condições da população reagir a esse estado de coisas, se para os próprios profissionais de saúde, muitas das vezes, é difícil compreender o que é e o que significa o contingenciamento dos orçamentos públicos para atender aos ditames do superávit primário estabelecido pela área econômica; a introdução de despesas de programas governamentais dentro dos orçamentos da saúde, que tem recursos constitucionais definidos; a DRU – Desvinculação das Receitas da União, em vigor desde 2007, que, a pretexto de dar maior flexibilidade ao governo central, retira 20% dos recursos constitucionalmente destinados à área social? São fatos que mostram que as elites econômicas (internacionais e nacionais), apoiadas pelos organismos internacionais do capital – FMI, BM, OCDE - e pelos setores governamentais a seu serviço, tendo em vista seus interesses de acumulação, necessitam e forçam a flexibilização orçamentária e para isso investem cada vez mais na desvinculação total das receitas constitucionais para a área social.

Com isso, a redução ou eliminação de benefícios sociais, vistos como causadores do alegado desequilíbrio financeiro da Previdência Social, por outro lado, atinge diretamente a saúde da população, principalmente dos segmentos mais pauperizados que sobrevivem de aposentadorias, BPC, pensões, etc.

O Brasil gasta muito pouco com saúde. O total do financiamento público vem oscilando entre 125 e 150 dólares per capita ao ano, enquanto no Canadá, países europeus, Japão, Austrália e outros, a média do financiamento público é de US\$ 1.400,00 per capita, na Argentina é US\$ 362,00 e no Uruguai, US\$ 304,00.

Considerações finais

A busca de radicalização da democratização da saúde, parte e expressão da luta pela igualdade econômica, contém a possibilidade de articular universidade /serviços; movimentos sociais e entidades representativas dos trabalhadores, dentre eles os profissionais de saúde; instâncias do poder legislativo, executivo e judiciário comprometidas com a garantia de condições de vida e de trabalho das massas trabalhadoras.

Essas são estratégias programáticas que, ainda que não concordemos com todos seus princípios e propostas de viabilização, colocam referências gerais para que possamos nos inserir em processos coletivos que articulam e nos articulam às demais categorias de profissionais e

gestores na saúde e demais políticas sociais; nos articulam aos usuários e seus organismos de representação, os quais colocam como objetivo redirecionar o SUS cada vez mais para a necessária busca de igualdade das condições materiais de existência, para além e buscando superar os ganhos parciais do sistema.

Sabemos que a riqueza produzida no país torna possível, hoje, atender a população em um SUS que garanta a igualdade e universalidade na saúde.

Se esse é um processo que sofre determinações da vontade política de governantes e gestores, essas propostas só terão possibilidade de se concretizar a partir de uma poderosa organização popular que enfrente as necessidades do capital de transformar a saúde cada vez mais em mercadoria e negócio.

Esse processo de articulação e luta é o processo que pode deixar no seu caminho estruturas necessárias a uma futura ruptura com a ordem dominante. Omissões e capitulações frente aos aspectos socializantes do SUS deixarão marcas profundas no sentido contrário.

Uma cultura de paz e justiça social, vocalizada quase que universalmente hoje em dia, não se alcança buscando coesão social numa sociedade de classes, mas enfrentando a contradição insanável entre capital-trabalho.

Assim, aos assistentes sociais que tomam o PEP, não cabe priorizar a busca de “coesão social”, bem ao gosto do pensamento pós-moderno, mas, entendendo a paz e a justiça social como resultado de relações econômica, sociais e políticas igualitárias, atuar crítica e propositivamente na luta de classes, a partir da priorização de um dos polos em disputa: trabalho x capital.

Para nos inserirmos no processo de luta coletiva por igualdade econômica, de forma propositiva, criativa e crítica, com segurança da direção social das nossas ações – esta, a luta que pode rebater na busca por igualdade de gênero, étnica e racial - colocam-se exigências, para além da formação graduada e permanente:

- Planejar as ações – o que está determinado pelo resgate da produção teórica sobre o objeto da ação profissional e pela produção de conhecimento sobre o cotidiano da prática -, tendo em vista estabelecer prioridades, metas e ações necessárias; determinar critérios e indicadores para avaliação; construir instrumentos de sistematização das ações e realizar avaliação de projetos e ações cotidianas e, na execução das ações, priorizar ações grupais, sem prejuízo da atenção individual, quando necessária;

Faz parte dos deveres dos assistentes sociais a democratização de informações relevantes – individuais e coletivas – que guardam relação com os interesses e necessidades históricos dos trabalhadores. A questão está em definir e priorizar informações e conhecimentos relevantes e democratizá-los de forma que possam servir de instrumentos de indagação e ação sobre a

realidade; informações e conhecimentos, na saúde, para além do processo de saúde-doença do indivíduo tomado de forma fragmentada e isolado do segmento e da classe a qual pertence.

Bibliografia

ABRASCO – CEBES – ABRES – REDE UNIDA – AMPASA. FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro, Julho de 2006.

CEBES. SUS: QUAL O RUMO? VERSÃO PRELIMINAR, 11/Mar/2010.

MÉSZÁROS, István. A crise estrutural do capital. São Paulo, Boitempo, 2009.

(Pró-Saúde).

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. O objetivo do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.

petsaude

► **Objetivos e Resultados**

Objetivo Geral

O objetivo geral do PET-Saúde é fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS.

Objetivos Específicos

- Facilitar o processo de integração ensino-serviço-comunidade;
- Institucionalizar as atividades pedagógicas dos profissionais dos serviços de saúde;
- Valorizar estas atividades pedagógicas;
- Promover a capacitação docente dos profissionais dos serviços;
- Estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na universidade; e
- Incentivar o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente.

Resultados

Esperados

- Fomento à integração ensino-serviço-comunidade;
- Qualificação/fortalecimento da Atenção Básica em Saúde;
- Desenvolvimento de planos de pesquisa em consonância com áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde;
- Constituição de Núcleos de Excelência em Pesquisa Aplicada à Atenção Básica;
- Estímulo para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas públicas de saúde do país;
- Publicações e participação dos professores tutores, preceptores e estudantes em eventos acadêmicos;
- Desenvolvimento de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas, contribuindo para a reorientação da formação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde; e
- Satisfação do usuário SUS.