

A POLÍTICA DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM AS ORGANIZAÇÕES PRIVADAS QUE PRESTAM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: A PARTICIPAÇÃO ESTRATÉGICA DO SERVIÇO SOCIAL NESSAS ORGANIZAÇÕES

Izabel Cristina Marion CORREIA¹
Daniela Aragoso COSTA²
Maria Marcela Rocha MARTINS³
Luci Martins Barbatto VOLPATO⁴

RESUMO: Neste artigo abordamos os aspectos evolutivos da Política de Saúde no Brasil, explanando desde a Reforma Sanitária até a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), apontando seus avanços, retrocessos e as condições atuais desta política, passando pelo campo do direito nas organizações privadas que prestam serviços públicos de saúde. Enfatizamos também o papel estratégico do profissional do Serviço Social nestas organizações, utilizando de sua competência teórica-metodológica, técnico-operativo e ético-político para articular-se com usuários e instituição, afim de que o direito à saúde seja efetivado.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde, Direito, Organizações Privadas/Públicas, Serviço Social.

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil está vinculada ao desenvolvimento do capitalismo industrial e do complexo de relações sociais a ele inerentes, articulando-a as determinações socio-históricas.

Até a Constituição Federal de 1988, as poucas ações de atenção à saúde estiveram vinculadas ao trabalho formal. Somente com a promulgação do texto constitucional o atendimento à saúde passou a ser universal, direito de todos e dever do Estado.

Neste texto realizamos uma breve explanação da trajetória da política de saúde no Brasil, a partir dos anos 30 do século passado, contextualizando o

¹ Economista, discente do 4º ano do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente; e-mail: marioncorreia@yahoo.com.br

² Discente do 4º ano do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente; e-mail: dani.aragoso@gmail.com

³ Discente do 4º ano do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente; e-mail: marcela_2211@hotmail.com

⁴ Docente orientadora de supervisão acadêmica do campo de estágio do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente

projeto do movimento de Reforma Sanitária, ocorrido na década de 80 e a contemplação de suas propostas no texto constitucional, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), enfocando os pressupostos e princípios que o compõem.

Por fim realizamos uma explanação sobre a política de saúde nas instituições privadas que presta serviço público de saúde a população, enfatizando a atuação do serviço social neste campo sócio-ocupacional.

Nos aspectos conclusivos evidenciamos a ausência de ações concretas de atenção à saúde conforme garante a legislação, sendo que a mesma passou a ser mercadorizada, ou seja, reduzindo o direito garantido pela Constituição Federal, onde o Estado passou a atender apenas a população mais vulnerável, com ênfase a procedimentos básicos, deixando para o setor privado o atendimento dos que podem ter acesso ao mercado.

Abordamos também a importância dos profissionais do Serviço Social no processo de defesa e luta pela efetivação dos direitos, considerando que tais questões dizem respeito ao compromisso ético-político e profissional da categoria.

Vale ressaltar que o texto foi elaborado a partir das experiências vivenciadas no campo de estágio em uma organização privada, que presta serviços públicos de atendimento à saúde, bem como de discussões do grupo de supervisão acadêmica.

2 A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A intervenção do Estado no setor de saúde teve início mais efetivamente na década de 30, quando a conjuntura econômica e política da época exigiu a implementação de políticas sociais que respondessem às questões sociais de forma mais eficaz e sistematizada.

Embora já houvesse ocorrido na década de 20 algumas ações neste sentido, com a criação em 1923 das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), instituída pela Lei Eloy Chaves, não podemos considerar propriamente uma intervenção estatal, pois eram organizadas por empresas e categorias profissionais e, embora reguladas pelo Estado, não permitia-lhe monitorar o seu funcionamento e excluía muitos segmentos populacionais.

O avanço da industrialização acelerou o processo de urbanização e ampliou a massa de trabalhadores urbanos que se via em precárias condições de higiene, saúde e habitação. Esses trabalhadores se constituíram em importantes sujeitos sociais no cenário político, pois passaram a reivindicar melhores condições de vida que exigiu do Estado, a partir dos anos 30, uma nova postura, fazendo frente à conjuntura econômica e política da época, passando a encarar a situação como uma questão política, criando mecanismos para contemplar um número maior de assalariados, antecipando-se as reivindicações que pudessem levar a uma cobertura ainda maior.

Foram criados então os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) que se estendeu a um número maior de trabalhadores. Todavia a situação de saúde da população em pouco se alterou no período compreendido entre os anos de 1930 a 1964, apresentando altas taxas de morbidade e mortalidade em geral. Com o golpe militar de 1964 e a instalação do governo militar, é implantado o Instituto Nacional de Previdência Nacional (INPS), intensificando-se a compra de serviços médicos privados, que até então era considerado insignificante, pois estes eram executados pelos Institutos.

O período militar, que enfrentou a questão social com intervenção baseada no binômio repressão-assistência, ampliou a assistência objetivando suavizar as tensões, legitimar o regime e servir de mecanismo para a acumulação do capital. Este período a intervenção estatal caracteriza-se pelo privilegiamento do produtor privado com a criação de complexos médico-industrial que beneficiava os monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e equipamentos médicos, bem como desenvolveu uma prática médica baseada na lucratividade.

Segundo Bravo (2000), a distensão política⁵ que caracteriza o período de 1974 a 1979, cujo objetivo era “[...] obter maior efetividade no enfrentamento da questão social, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares”, com adoção de medidas de saúde pública que levou a um aumento da cobertura, não foi suficiente para acalmar o clamor popular pela democratização.

O cenário dos anos 80 apresenta novos sujeitos sociais que contribuíram para um amplo debate que permeou a sociedade civil e colocou a questão da saúde numa dimensão política, estritamente vinculada à democracia.

⁵ Distensão Política é a estratégia de sobrevivência do autoritarismo burocrático. O regime precisou fazer concessões e negociar vias de transição para outras formas de dominação.

Os sujeitos sociais que problematizaram a questão foram os próprios profissionais da saúde, representados pelas suas entidades, os partidos políticos de oposição, os movimentos sociais urbanos, bem como o movimento sanitário que juntos movimentaram a sociedade civil em torno do debate sobre saúde e democracia. A VIII Conferência Nacional de Saúde (realizada em março de 1986, em Brasília – DF) foi considerada um marco fundamental para as discussões sobre a questão da saúde no Brasil, propondo-se não só a criação de um Sistema Único, mas uma Reforma Sanitária.

As principais propostas do movimento foram

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde [...] com um novo olhar sobre saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2000)

Este processo forte de discussão e mobilização da sociedade produziu efeitos positivos na Constituição de 1988, cujo texto contemplou boa parte das reivindicações do movimento sanitário e prejudicou os interesses empresariais do setor hospitalar.

Os principais pontos aprovados foram: o direito universal à saúde e o dever do Estado; a primazia do Estado nas ações de saúde, cabendo-lhe regulamentar, fiscalizar e controlar; a constituição de um Sistema Único de Saúde, hierarquizado, regionalizado, descentralizado e de atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado em caráter complementar.

2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Conceito Ampliado de Saúde

A Constituição Federal de 1988 garantiu a saúde como direito de todos, portanto, o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde independe de contribuição ou de quaisquer critérios de exclusão ou discriminação.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, Art. 196).

Em seu artigo 198 aponta ainda que

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

O SUS inclui, portanto, um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, podendo tais ações e serviços ser complementados pela iniciativa privada. Neste sentido podemos dizer que o SUS compõe um conjunto de unidades que se integram numa rede de serviços e ações para um fim comum.

Baseado nos preceitos Constitucionais, o SUS norteia-se pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade.

O princípio da universalidade garante que todas as pessoas tenham direito ao atendimento e acesso das ações e serviços de saúde, independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, e outros.

A equidade prevê que todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem funcionar levando-se em consideração as especificidades de cada região, classe social ou grupo que compõe o todo da população. Os grupos podem apresentar formas diferentes de viver, podendo também adoecer de forma diferente, bem como satisfazer suas necessidades de vida também de forma diferente. Portanto, os serviços de saúde devem trabalhar com esta pluralidade de realidades, e oferecer mais a quem precisa mais, tratando desigualmente os desiguais, diminuindo as desigualdades.

Pela integralidade o ser humano é compreendido em sua totalidade, submetido as mais diferentes situações de vida e trabalho, que podem levá-lo a adoecer e morrer. Portanto as ações e serviços de saúde devem contemplar ao mesmo tempo a cura e a prevenção.

Neste sentido, podemos dizer que pela integralidade identificamos o conceito ampliado de saúde, que se estende para o social e busca compreender os mais diferentes aspectos da totalidade do ser humano, procurando reconhecer os fatores determinantes e condicionantes da saúde, tais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais, sendo que seus níveis expressam a organização social e econômica do país.

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde [...] sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alarga os horizontes do mundo da vida espiritual e material (NOGUEIRA, 2006, p. 224)

As ações de saúde devem “[...] garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE, § único, art. 3º). O indivíduo é um ser humano, que biologicamente, psicologicamente e socialmente está sujeito a riscos de vida. O atendimento deve estar voltado para a promoção e proteção de sua saúde e não somente para as suas doenças. Deve-se, portanto, atuar no sentido de erradicar as causas e diminuir os riscos, além é claro de tratar os danos.

Desta forma, a política de saúde deve contemplar ações de promoção - que envolve ações em áreas como habitação, meio ambiente, educação, com ações de prevenção - saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária e de recuperação - atendimento médico, tratamento e reabilitação das pessoas adoecidas.

A execução dos serviços de saúde obedece aos princípios organizacionais da regionalização e hierarquização, permitindo maior conhecimento sobre os problemas de saúde em determinada localidade. O acesso da população à rede se inicia nos níveis primários de atenção básica à saúde, sendo que os casos que não encontram resolutividade neste nível são encaminhados para os de maior complexidade.

Como o SUS é regido pelo princípio da descentralização, a responsabilidade pelas ações de saúde é distribuída entre os vários níveis de

governo, todavia, o poder municipal é reforçado, pois ele é responsável pela atenção básica da população e grande parte dos problemas são solucionados neste nível, através das Unidades Básicas de Saúde.

Desta forma, vários programas são implantados para fazer frente a esta atenção básica, imediata e específica de cada localidade e demanda. Dentre eles podemos destacar o Programa Saúde da Família, o Programa Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente e o de Saúde e Gravidez na Adolescência.

Importante destacar que a descentralização se apresenta como espaço favorável a participação da comunidade, que pode e deve, através dos Conselhos de Saúde e outros mecanismos, realizar o controle social nas ações de atenção a saúde, alargando os espaços democráticos de participação nas decisões contribuindo para a melhora da qualidade e eficácia dos serviços e ações em saúde.

3 AS CONDIÇÕES ATUAIS DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Como vimos nos itens anteriores, a proposta de atenção à saúde, contida e garantida no texto constitucional e legislação complementar, sinaliza para uma política pública que realmente atenda os interesses da grande maioria da população, ou seja, àqueles que não dispõem de recursos para adquirir no mercado acesso aos serviços de saúde. Todavia, a política governamental assumida a partir dos anos 90 nos mostra outra realidade. Podemos dizer que as conquistas adquiridas constitucionalmente não foram efetivamente materializadas.

Seguindo uma tendência mundial, passamos a assistir um redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela “política de ajuste neoliberal”, que perdura até os dias atuais. Tal política que se caracteriza pela intervenção mínima do Estado, garantindo apenas os mínimos sociais, produziu o desmantelamento e o sucateamento das políticas sociais públicas. Este processo não deixou de refletir na política de atenção à saúde que como qualquer outra passou a sofrer com a onda neoliberal. O que observamos hoje é uma ausência de resultados concretos na qualidade dos serviços e na melhoria da atenção à saúde.

Com o sucateamento da política os planos privados de saúde ganham destaque, pois as pessoas com recursos passaram a comprar no mercado o seguro

para sua saúde e dos familiares. Àqueles que não dispõem essa condição se submetem às condições precárias oferecida pela política social pública.

Com a política neoliberal o Estado chama a sociedade civil organizada para atuar em ações complementares, repassando recursos para entidades privadas, geralmente sem fins lucrativos, como é o caso das Santas Casas, ou outras, que passam a prestar serviços de saúde a população.

Com base em observações realizadas no campo de estágio de uma organização privada, que presta serviço público de saúde à população, foi possível realizar as seguintes observações:

- embora o Estado repasse recursos para que tais organizações prestem os serviços à população usuária, nota-se a invisibilidade da sua presença, fato que afasta a atenção à saúde do campo do direito e o transfere para o campo da caridade, da benesse, da filantropia;
- os recursos repassados pelo Estado são insuficientes para atender toda a demanda. Neste aspecto há de se levar em conta também que a medicina se modernizou e se complexificou, fato que tornou muito mais oneroso certos tratamentos ou exames laboratoriais. Consideram-se ainda as inovações da medicina no campo dos transplantes e dos procedimentos de alta complexidade. A expansão da demanda pode ainda estar associada a formação de uma cultura de prevenção e cuidados com a saúde, fato que leva as pessoas a procurarem mais os serviços de saúde;
- há uma demanda reprimida nos atendimentos da saúde em geral, mas principalmente no que tange aos procedimentos cirúrgicos e exames de alta complexidade;
- a não humanização dessas organizações pode estar relacionado ao fato da saúde estar deslocada do campo do direito;
- há uma certa deficiência de tais organizações em enxergar os pacientes com o princípio da integralidade (instituído pelo SUS), ou seja, a observância aos determinantes que podem estar influenciando no processo saúde/doença. Tal fato parece estar relacionado com o saber médico que se sobrepõe a outras disciplinas, fato que poderia facilitar essa compreensão;
- há fortes relações de poder e de forças duras;

- há deficiências na realização de interfaces com outras políticas sociais públicas, bem como articulação com a rede social.

3.1 Algumas Propostas de Intervenção do Serviço Social nas Organizações Privadas que Prestam Serviços Públicos de Saúde

Nogueira (2006), aponta que as conquistas constitucionais na área de saúde convergem com a aprovação do Código de Ética Profissional do Serviço Social, apresentando como pontos em comum o direito de cidadania, a preocupação com a universalidade, com a equidade e a justiça social e com o papel do Estado como responsável pelas políticas sociais.

Neste sentido podemos dizer que o papel do profissional do Serviço Social em uma organização privada, que presta serviço público de saúde é extremamente estratégico, pois ele tem competência teórica-metodológica, técnico-operativo e ético-político para se articular com usuários e instituição a fim de o direito à saúde seja efetivado, bem como intervir com propósitos de avanços positivos em relação aos aspectos institucionais levantados no item anterior. Neste seara cabe tecer algumas considerações acerca da intervenção profissional, ou seja, como e quais pontos poderiam ser articulados e construídos a partir do espaço organizacional:

- articulação com usuários e instituição para que o atendimento à saúde seja realizado como direito do cidadão, ou seja, dar visibilidade da presença do Estado na organização e do direito que todas as pessoas têm de ser plenamente atendidos nas suas necessidades;
- articulação com o Ministério Público, sociedade civil organizada e comunidade como um todo da importância de problematizar as questões de saúde, principalmente com relação aos recursos repassados, demanda reprimida e precariedade dos serviços prestados,
- planejar criativamente ações estratégicas para humanização do atendimento à saúde;
- propor ações interdisciplinares para atenuar as relações de poder na instituição e igualar os diversos saberes presentes na organização, construindo respostas profissionais sustentáveis;

- articulação com as organizações da rede social, buscando a atenção integral a saúde;
- incentivar a participação dos usuários e comunidade em geral nos conselhos municipais de saúde, conferências, fóruns e outros espaços de discussão e busca de soluções, alargando os horizontes da coletividade para o problema e o controle das ações da política de saúde.

Desta forma, como podemos observar os esforços para melhorar as condições do atendimento à saúde nessas organizações pode ser colocada como um desafio para a categoria, que pode e tem competência para intervir com propósitos de mudança da realidade atual e construir juntamente com a instituição e usuários respostas profissionais sustentáveis.

4 CONCLUSÃO

Como vimos no desenvolvimento do texto, a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Pelo princípio da integralidade se tem um conceito ampliado de saúde, que se estende para o social e para a totalidade do ser humano, pois a ela estão associados fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, enfim ao acesso aos bens e serviços essenciais.

Após discorrermos sobre a política de saúde e sua condição atual, podemos concluir que as ações de atenção à saúde, garantidas constitucionalmente e na legislação complementar não estão sendo concretizadas, materializadas.

A luta pelo direito universal à saúde, iniciada nas últimas décadas do século passado, e o projeto de reforma sanitária se encontra até hoje em construção, dividindo espaço atualmente com outro projeto: o da saúde articulado ao mercado, cujas principais tendências são a contenção de gastos e a racionalização da oferta. A proposta atual para a política de saúde pública se concentra no atendimento focalizado de forma a atender, com pacote de atenção básica à saúde, apenas a população vulnerável, deixando para o setor privado o atendimento dos que podem ter acesso ao mercado.

Considerando que está previsto legalmente que o Estado possa convocar a sociedade civil organizada para prestar serviços complementares de atendimento à saúde pública, a saída parece caminhar inexoravelmente para uma direção: lutar para que tais organizações prestem serviços de qualidade, atendendo as reais demandas da população usuária.

Embora reconhecendo que esta é uma luta de todos, vale ressaltar a importância e o protagonismo do Serviço Social neste processo, pois os profissionais dessa área possuem competência para intervir no espaço organizacional no sentido de efetivar o direito à saúde e criar estratégias para melhorar a qualidade do atendimento.

Podem atuar ainda junto à comunidade, articulando forças e sujeitos sociais coletivos para problematizar as questões de saúde, incentivar a participação dos usuários e da sociedade em geral nos espaços coletivos, como conselhos, conferências, fóruns, entre outros, a fim de possibilitar o controle social das ações na área de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAVO, M.I.S, **Capacitação em Serviço Social**, UNB, Módulo 03, Brasília, 2000

GRESS – SP- **Coletânea de leis e regulamentos para instrumentação da (o) assistente social**. São Paulo: o conselho, 2004 – gestão 2002-2005.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA, 1988 - disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm acessado em 27/06/2007

LEI 8.080, de 19 de setembro de 1990, **Lei Orgânica da Saúde**: disponível em <http://www.soleis.adv.br/leiorganicadasaude.htm>

NOGUEIRA, V.M.R; MIOTO, R.C.T. – **Desafios atuais do sistema único de saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais**. São Paulo: Cortez 2006

_____ - **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. São Paulo: Cortez 2006

TEIXEIRA, M.J.O. O programa saúde da família, o serviço social e o canto do rouxinol. São Paulo: Cortez 2001