Temporalis

13

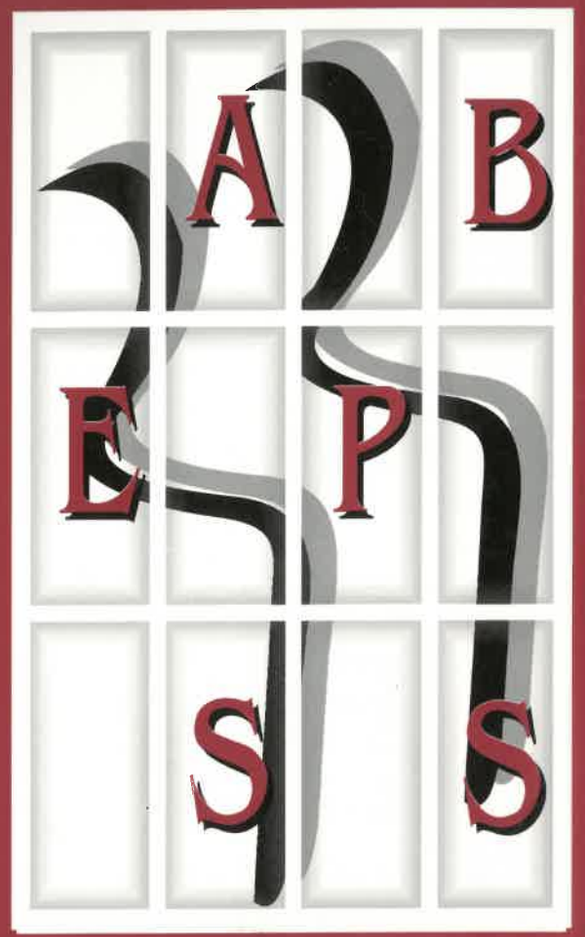
TEMPORALIS
Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS
Universidade Federal do Maranhão
Centro de Ciências Sociais, Bloco F, sala 305
Avenida dos Portugueses s/n, Campus do Bacanga
São Luís/Maranhão CEP:65085-580
Fone: (98)21098467

ISSN 1518-7934

Temporalis

TEMPORALIS 13 ANO VII, N. 13 - JANEIRO A JUNHO DE 2007

Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS



Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios

Ano VII, n. 13 - Janeiro a Junho de 2007

13

ABEPSS

ISSN: 1518-7934

Temporalis

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE ENSINO E PESQUISA EM
SERVIÇO SOCIAL - ABEPSS

Temporalis	São Luís	Ano VII	n. 13	p. 1-202	jan.-jun.2007

A Revista Temporalis é uma publicação semestral da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social que objetiva divulgar o debate sobre a formação profissional e a produção do conhecimento em Serviço Social nas suas interfaces com outras áreas de conhecimento. Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL - ABEPSS

Diretoria da ABEPSS – gestão 2007/2008

Marina Maciel Abreu/UFMA-Presidente:
Maria Eunice Damasceno Pereira/UFMA-Secretária:
Rainunda Nonata do Nascimento Santana/UFMA-Tesoureira
Ângela Santana do Amaral/UFPE-Coordenadora Nacional de Graduação
Josefa Batista Lopes/UFMA-Coordenadora Nacional de Pós-Graduação
Maria Marieta dos Santos Koike/UFPE-Coordenadora de Relações Internacionais
Franci Gomes Cardoso/aposentada UFMA - Suplente da Diretoria
Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha/UFMA - Suplente da Diretoria
Jorge Og Vasconcelos Junior/UFF - Representante Estudantil Nacional de Graduação
Amanda Valéria Souza Lima/UFPA- Representante Estudantil Nacional de Graduação (Suplente)
Tássia Rejane Monte dos Santos/UERN - Representante Estudantil Nacional de Pós-Graduação
Daniela Neves de Souza/UFRJ - Representante Estudantil Nacional de Pós-Graduação (Suplente)

Regional Norte
Maria do Rosário de Fátima e Silva/UFPI-Vice-Presidente
Lília Penha Viana Silva/UFMA - Coordenadora Regional de Graduação
Carlos Alberto Batista Maciel/UFPA-Coordenador Regional de Pós-Graduação
Nazaré Mendonça das Neves/UNAMA- Representante de Supervisor
Luciana Azevedo/UFMA - Representante Estudantil Regional de Graduação

Regional Nordeste
Sâmya Rodrigues Ramos/UERN -Vice-Presidente
Telma Gurgel da Silva/UERN-Coordenadora Regional de Graduação
Reivan Marinho de Souza Carneiro/UFAL - Coordenadora Regional de Pós-Graduação
Fábio dos Santos/UFPB-Representante Estudantil de Graduação
Romênia Moura Sousa/UERN- Representante Estudantil Regional de Graduação (Suplente)
Mara Betânia Sales/UFPE-Represenatnte Estudantil Regional
Regional de Pós-Graduação
Francisco Henrique da Costa Rozendo/UERN- Representante Estudantil Regional de Pós-Graduação (Suplente)

Regional Centro-Oeste
Izabel Cristina Dias Lira/UFMT- Vice-Presidente
Jaime Hillesheim/UFMT- Coordenador Regional de Graduação
Regina Sueli de Sousa/UCG - Coordenadora Regional de Pós-Graduação
Greyce Kelle de Oliveira Neves/UFMT-Representante Estudantil Regional de Graduação
Neimy Batista da Silva/UnB - Representante Estudantil Regional de Pós-Graduação

Regional Leste
Cleusa Santos/UFRJ - Vice-Presidente
Leila Escorsin Netto/UFRJ - Coordenadora Regional de Graduação
Ana Maria de Vasconcelos/UERJ - Coordenadora Regional de Pós-Graduação
Cristiano Costa de Carvalho/PUCMG - Representante Estudantil Regional de Graduação
Wallace Gomes/EMESCAM-ES – Representante Estudantil Regional de Graduação (suplente)

Regional Sul I
Maria Izabel Scheidt Pires/PUCPR- Vice-Presidente
Maria Tereza dos Santos/UFSC-Coordenadora Regional de Graduação
Ana Lúcia Suárez Maciel/PUCRS - Coordenadora Regional de Pós-Graduação
Kizzy Vecchio/PUCRS-Representante Estudantil Regional de Graduação
Valter Martins - Representante Estudantil Regional de Pós-Graduação

Regional Sul II
Elisa Maria Andrade Brisola/UNITAU- Vice-Presidente
Maria Liduína Oliveira e Silva/FAMA - Coordenadora Regional de Graduação
Padre Mário José Filho/UNESP - Coordenador Regional de Pós-Graduação

Conselho Fiscal – gestão 2007/2008
Ana Maria B. Cartaxo/UFCS
Maria da Conceição Pio/UECE
Mariângela Belfiore Wanderley/PUCSP

CONSELHO EDITORIAL

Ana Elizabete Simões da Mota Fernandes - UFPE
Denise Bontempo Birche de Carvalho - UnB
Edaléa Maria Ribeiro - UFSC
Ivete Simionato - UFSC
Jussara Maria Rosa Mendes - PUCRS
Marco Mondaini - UFPE
Maria Alexandra Monteiro Mustafá - UFPE
Maria Augusta Tavares - UFAL
Maria Carmelita Yasbek - PUCSP
Maria Rosângela Batistoni - UFJF
Marina Maciel Abreu - UFMA

ABEPSS

ISSN: 1518-7934

Temporalis

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL - ABEPSS

Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios

Temporalis	São Luís	Ano VII	n. 13	p. 1-202	jan.-jun.2007

© 2000 Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta revista poderá ser reproduzida, seja por quais forem os meios empregados, sem permissão por escrito da Coordenação da ABEPSS.

Editor: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social-ABEPSS
Editoração eletrônica: José de Ribamar Silva
Revisão de texto: Maria Teresa Gomes Bacelar Viana
Normalização: Joseane Maria de Souza
Tiragem: 500 exemplares

Endereço para correspondência
Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS
Universidade Federal do Maranhão
Centro de Ciências Sociais, Bloco F, sala 305
Avenida dos Portugueses s/n, Campus do Bacanga
São Luís/Maranhão CEP:65085-580
Fone: (98)21098467
E-mail: abepss@gmail.com
www.abepss.org.br

"Solicita-se permuta"
"Exchange is requested"
"On prie l´échange"
"Se solicita cambio"

Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS / Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. Ano I, n. 1, (jan./jun.2000) – São Luís: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, 2007.

Ano VII, n. 13

Semestral
(ISSN-15187934)

1. Serviço Social. Política de Saúde – Periódicos. 2. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social-ABEPSS.

CDU 364.01
CDD 361.01

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

A SAÚDE NO CONTEXTO DA CRISE CONTEMPORÂNEA DO CAPITAL: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira 11
Maria Valéria Costa Correia

A "TERCEIRA VIA" NA REFORMA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA 39
Fátima de Maria Masson

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E AS FUNDAÇÕES ESTATAIS DE DIREITO PRIVADO: duas faces da contra-reforma de estado na saúde 67
Virginia Junqueira

MODELOS TECNOASSISTENCIAIS, GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS 91
Laura Feuerwerker

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: desafios atuais 121
Maria Inês Souza Bravo

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PROFISSÕES DE SAÚDE E FORMAÇÃO 151
Ana Maria de Vasconcelos

RESULTADOS DA PESQUISA SERVIÇO SOCIAL INTERFACES COM A SAÚDE: o ensino da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais no Brasil 185
Roberta Uchoa

APRESENTAÇÃO

A publicação deste número da Revista Temporalis, dedicado à política de saúde e formação profissional, reafirma o compromisso da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS com a defesa da saúde, como parte integrante da seguridade social e como direito universal inscrito na Constituição Federal de 1988, assim como reafirma o compromisso, assumido junto à categoria profissional quando da realização, em 2006, dos seminários regionais e nacional "Serviço Social: interfaces com a saúde", de colocar a saúde como uma área estratégica na formação e capacitação de profissionais, docentes e discentes da área do Serviço Social em conjunto com as unidades de ensino do país. Esta edição da Revista Temporalis tem, portanto, o objetivo de fortalecer a luta dos assistentes sociais e da sociedade brasileira por uma política de saúde pública, universal, integral, equânime e de qualidade.

O ciclo que resultou nesta publicação foi iniciado na gestão da ABEPSS 2003/2004, implementado pela gestão 2005/2006 e continuado pela atual gestão da entidade. Com certeza, as futuras gestões também buscarão reproduzir a importante e inovadora experiência desencadeada a partir do Convênio de Cooperação Técnica firmado entre o Ministério da Saúde – MS e a ABEPSS, com vigência em 2005/2006. Este convênio viabilizou inúmeras iniciativas e atividades de formação e capacitação profissional, nas áreas do Serviço Social e da política de saúde, que incluíram a participação da entidade no Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde – FNEPAS, a realização de seis seminários regionais e um nacional sobre "Serviço Social: interfaces com a saúde", anteriormente mencionados, a organização de material didático sobre a política de saúde (DVD e CD) e a publicação, em conjunto com a Cortez Editora, da coletânea intitulada "Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional", já com a terceira edição autorizada. A ABEPSS continua participando do FNEPAS, uma articulação político-pedagógica, cuja finalidade é a de congregar as associações de ensino da área de saúde para que possam interferir

nas decisões sobre a política de saúde e formação profissional. A participação da entidade no FNEPAS tem sido guiada pelo princípio fundamental de garantir a orientação do Projeto Ético-político profissional, que defende desde 1979, e das Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social, elaboradas sob a perspectiva desse projeto, tratando os conhecimentos requeridos para a intervenção do assistente social na saúde, no conjunto das competências profissionais, preservando e fortalecendo a formação generalista do assistente social.

Como mais um produto da parceria estabelecida com o MS, a ABEPSS, cumprindo o seu papel formativo e político-organizativo, oferece à comunidade acadêmica, aos assistentes sociais e aos demais trabalhadores da área de saúde esta edição da Revista Temporalis. A mesma foi organizada por integrantes do Comitê Gestor do Convênio de Cooperação Técnica firmado com o MS, acima referido, constituído para a execução do referido convênio, e reúne autoras do campo do Serviço Social e de outras profissões integrantes da área de saúde, com sólida carreira acadêmica, prática profissional e militantes na defesa do projeto de Reforma Sanitária, construído nos anos oitenta. A todas, em nome da ABEPSS, agradecemos pelos trabalhos cedidos para esta publicação.

Integram esta Revista Temporalis 07 (sete) artigos que tratam de diferentes aspectos da política de saúde e da formação profissional, tanto na área do Serviço Social quanto em outras profissões da área da saúde. O artigo da Prof. Drª. Valéria Correia procura explicar o paradoxo entre o SUS legal e o SUS real, situando-o no contexto da crise contemporânea do capital e no protagonismo dos organismos financeiros internacionais na definição das políticas sociais, em geral, e da saúde, em particular. Através da análise de vários documentos do Banco Mundial, a autora evidencia o caráter econômico, no sentido de baratear os serviços de saúde, contido na agenda da contra-reforma da política de saúde e do Estado brasileiro, iniciada nos Governos de Collor e FHC e mantida pelo Governo Lula, através da proposta do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão de criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP).

Fátima de Maria Masson reafirma que as respostas para a crise da saúde pública pelos governos brasileiros, a partir dos anos noventa, aproximam-se do ideário dos organismos internacionais para os chamados países periféricos, com a adesão da social democracia sob o domínio da especulação financeira dos mercados. Ressalta que o

ideário socializante do SUS e do projeto de Reforma Sanitária encontra-se sob forte ameaça pelas imposições das instituições financeiras mundiais. A autora destaca a proposta do Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD), de 1998, e sua relação com as diretrizes contidas no documento "A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde", formulada pelo MARE, em 1998, que é materializada no governo Lula, no projeto de transformar os hospitais em Fundações Públicas de Direito Privado. Finaliza o seu texto considerando que é urgente o revigoramento da crítica sanitária, na perspectiva materialista e dialética, com o debate centrado na relação entre os projetos de saúde e sociedade.

O texto da Drª. Virginia Junqueira sobre organizações sociais (OS) e fundações estatais de direito privado (FEDP) desconstrói o argumento governamental de que as organizações sociais são a solução para as precariedades da rede de serviços de saúde sob a administração direta. A autora aponta como essas organizações ferem a democracia e o controle social, princípios constitucionais do SUS, harmonizando-se totalmente à Lei de Responsabilidade Fiscal. No que se refere às FEDP, a autora faz uma minuciosa crítica deste modelo de gestão, em seus aspectos jurídicos, trabalhistas, no interior do sistema de Seguridade Social e controle social público, evidenciando que o projeto de lei de regulamentação dessas fundações, encaminhado pelo Governo Lula ao Congresso Nacional, baseia-se em atos editados durante a ditadura militar e na proposta de reforma do Estado do Governo FHC.

A Drª. Laura Feuerwerker apresenta algumas reflexões sobre o momento atual de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, tendo por referência os princípios propostos pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira, com destaque para os compromissos democráticos em relação ao direito à saúde e à construção do sistema. Apresenta como hipótese que é no campo da política e da formulação das propostas de organização do sistema e das práticas de saúde que se tem perdido batalhas em defesa da concepção igualitária de direito e acesso à saúde e da sua perspectiva ampliada. A autora destaca que o SUS precisa restaurar a possibilidade de um amplo debate político em defesa do projeto de saúde.

O artigo da Profª. Drª. Maria Inês Souza Bravo aborda o Serviço Social, e sua interface com a Saúde, ressaltando os desafios postos à profissão na atual conjuntura. A autora faz um resgate da formulação do

Projeto de Reforma Sanitária e do projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social nos anos oitenta e as alterações ocorridas a partir da década de 1990. Ao analisar a realidade atual, aponta os impasses enfrentados pelo Serviço Social e pela Saúde e apresenta algumas proposições na defesa da Reforma Sanitária e do projeto profissional do Serviço Social, relacionando-os ao Projeto de Democracia de Massas.

A Profª. Drª. Ana Vasconcelos trata da formação e capacitação de recursos humanos para a saúde, privilegiando a análise do espaço do hospital universitário como importante lócus para a formação na área da saúde. A autora faz sua análise a partir de dados de uma pesquisa realizada com profissionais de saúde de hospitais universitários do município do Rio de Janeiro e propõe que, além das condições de financiamento público do SUS, as condições de trabalho e a relação entre formação, assistência e pesquisa entrem na agenda política dos movimentos sociais que defendem a saúde pública no país.

Por fim, o texto da Profª. Drª. Roberta Uchôa apresenta os dados sobre ensino, pesquisa e extensão da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais, obtidos através da "Pesquisa de Avaliação da Implementação das Diretrizes Curriculares do Serviço Social", realizada pela ABEPSS em 2006. Este artigo contribui para o debate entre docentes e discentes sobre a política de saúde na formação dos assistentes sociais, além de subsidiar a entidade no desenvolvimento de ações que possam fomentar a inclusão da política de saúde em todos os currículos das unidades de ensino do Serviço Social no Brasil.

Para finalizar, gostaríamos de agradecer a atual direção da ABEPSS pelo apoio e disposição de tornar realidade esta edição da Revista Temporalis, dedicada à política de saúde. A firmeza em concretizar o compromisso assumido pela gestão anterior e pelo Comitê Gestor do Convênio de Cooperação Técnica, firmado entre o MS e a ABEPSS, criando as condições objetivas para editar esta Revista, demonstra a seriedade da atual gestão com a categoria e com a necessidade de consolidar a saúde como dever do Estado e direito da população.

Rio de Janeiro e Recife, junho de 2007.

Maria Inês Souza Bravo
Roberta Uchôa

A SAÚDE NO CONTEXTO DA CRISE CONTEMPORÂNEA DO CAPITAL: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira

Maria Valéria Costa Correia[1]

Resumo

O presente artigo trata do contexto macro-econômico em que se processam as contra-reformas na política de saúde brasileira, destacando o papel do Banco Mundial na orientação das mesmas, de acordo com os interesses do capital.

Palavras chaves: Crise do Capital, Banco Mundial, Contra-reforma. Política de Saúde.

Abstract

This article has the purpose of reflecting the macro-economic context in which they process the counter-reforms in health policy Brazilian, highlighting the role of the World Bank in the orientation of the same, according to the interests of capital.

Key words: Crisis of the capital, World Bank, Contra-reform, Health Policy.

INTRODUÇÃO

No final dos anos 80 e início da década de 90 a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 contemplaram um sistema de saúde - o Sistema Único de Saúde (SUS) – baseado no modelo de reforma sanitária propugnado, em

[1] Professora Doutora da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas.

parte, pelo Movimento Sanitário[2] que defende os princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social.

Entretanto, na década de 90, este sistema foi alvo das reformas neoliberais[3] que têm atacado seu caráter universal e público visando ao seu desmonte através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde. Essas reformas são decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico em nível global e das conseqüentes reformas sanitárias propostas pelos agentes financeiros internacionais, em especial pelo Banco Mundial (BM), que vem tendo proeminência nesta área, desde a segunda metade da década de 80.

Entender o paradoxo entre o SUS legal, conquistado no final dos anos 80 e início dos anos 90, e o SUS real (ataques ao seu caráter universal e público), remete-nos a situar o contexto da crise contemporânea do capital, o papel que o Estado e a sociedade civil passam a assumir neste contexto e o protagonismo dos organismos financeiros internacionais na definição das políticas estatais dos países de capitalismo periférico, em especial na política de saúde.

2 Também denominado Movimento de Reforma Sanitária que, inspirado no modelo italiano, buscava um projeto para a saúde baseado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Este movimento nasce sob o regime autoritário, na segunda metade da década de 70, articulado ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) reunindo profissionais, intelectuais e lideranças políticas do setor saúde, vindos, na maioria, do Partido Comunista Brasileiro. Representava um foco de oposição ao regime militar buscando a transformação do setor saúde, pressupondo a democratização da sociedade.

3 Denominadas contra-reformas pelo seu caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora. Na realidade, são as contra-reformas do Estado exigidas pelos programas de ajustes macroeconômicos propugnados pelos agentes financeiros internacionais. Behring (2003) utiliza este termo para tratar do processo de "desestruturação do Estado e perda de direitos" no Brasil a partir da década passada.

Desvendar o alinhamento, aos desígnios do capital, das tendências que segue a atual política de saúde brasileira, no contexto da crise contemporânea do capital, torna-se importante para o Assistente Social situar a direção social de sua prática profissional nesta área, tendo em vista o seu compromisso ético-político com as classes subalternas.

Este artigo, na tentativa de apreender as determinações do referido paradoxo, apresenta, inicialmente, as mudanças do mundo econômico que interferem nas políticas estatais dos países de capitalismo periférico, em especial na política de saúde brasileira. A partir deste contexto, mostra a proeminência do Banco Mundial nas orientações das políticas de saúde dos referidos países, através do estudo aos documentos elaborados por esta agência, a partir de 1975. Analisa os principais documentos produzidos especialmente para o Brasil, os quais induzem às contra-reformas na área da saúde, destacando a recente proposta de criação das Fundações Estatais de Direito Privado. Aponta as tendências destas contra-reformas em curso, prescritas pelo Banco Mundial, na sua função de implementar o ajuste estrutural nos países de capitalismo dependente, com vistas ao fortalecimento do processo de reprodução ampliada do capital.[4]

MUDANÇAS DO MUNDO ECONÔMICO EM NÍVEL GLOBAL QUE AFETAM A POLÍTICA DE SAÚDE

Os anos 70 foram marcados por uma grande crise no capitalismo monopolista, com uma forte recessão da economia capitalista internacional. O padrão de acumulação fordista, baseado na produção em série e o keynesianismo, com o pacto

4 Para aprofundar os conteúdos apresentados neste artigo, ver tese de doutorado de Correia (2005).

de classes que resultou no *Welfare State*, não conseguiram mais deter a tendência à queda da taxa de lucro. A capacidade de acumulação estava fortemente diminuída.

O capital buscou o enfrentamento da sua crise via reestruturação produtiva, baseada na liberdade do mercado com um novo padrão de acumulação flexível e com a destruição dos direitos sociais e trabalhistas. Dias (2004) destaca que não se trata apenas de uma forma de retomar a possibilidade de acumulação, mas de alterar a correlação de forças entre capital e trabalho e fundar as formas atualizadas da dominação capitalista. Para este autor, trata-se de subsumir ainda mais profundamente o trabalho ao capital e assim fundar as bases das formas atualizadas da dominação capitalista.

O eixo da reestruturação capitalista é a volta da liberdade do mercado cortando as amarras impostas pelo pacto social-democrata e pelo Estado intervencionista. É uma intervenção da luta de classes contra as classes trabalhadoras. O retorno do *laissez faire* em tempos de globalização permite que o fluxo de capitais se mobilize instantaneamente entre os mercados mundiais favorecendo os monopólios financeiros que controlam a economia mundial. Isso se processa pela destruição dos direitos sociais e trabalhistas, eufemisticamente chamados de flexibilização, de terceirização.

O processo de financeirização do capital, representado por um novo estilo de acumulação - com predomínio financeiro e rentista -, na fase da "mundialização do capital"[5], é "dado pelas

[5] Chesnais (1996) coloca que a fase da mundialização do capital foi antecedida por duas outras fases, o imperialismo e o período fordista. "A expressão mundialização do capital é a que corresponde mais exatamente à substância do termo inglês globalização, que traduz a capacidade estratégica de todo grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque de conduta global" (CHESNAIS, 1996, p.17).

novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros (os fundos mútuos e fundos de pensão)" que, através dos títulos e da rentabilidade aliada à liquidez, têm a função de "frutificar principalmente no interior da esfera financeira" (CHESNAIS, 1996, p. 14-15). É esta que comanda, cada vez mais, a repartição e a destinação social da riqueza criada na produção, a partir da combinação social de formas de trabalho humano[6].

Segundo Chesnais (1996, p.15), a dinâmica do crescimento desta esfera se alimenta de dois tipos de mecanismos: os primeiros se referem à formação de capital fictício e os outros se baseiam em transferências efetivas de riquezas para a esfera financeira, tendo como meios mais importantes o serviço da dívida pública e as políticas monetárias associadas a este. Esse processo traz como conseqüência para os países periféricos um "nível de endividamento dos Estados perante os grandes fundos de aplicação privados (os 'mercados')" deixando-lhes "pouca margem para agir senão em conformidade com as posições definidas por tais mercados [...] salvo que questionem os postulados do liberalismo" (CHESNAIS, 1996, p. 15).

O poder do capital financeiro é defendido pelas instituições financeiras internacionais – Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e Organização Mundial do Comércio (OMC) - que, representando os interesses dos Estados mais poderosos do mundo, pressionam os demais Estados nacionais a adotarem políticas de liberalização, desregulamentação e privatização[7], impondo reformas políticas, econômicas e sócio-culturais, as quais vão ter implicações na soberania dos Estados-nação que a estas

[6] Cf. CHESNAIS, 1996, p. 14-15.
[7] Cf. CHESNAIS, 1999, p.28 e 2007, p.58.

aderirem, mediante as condicionalidades[8] de suas políticas internas e externas. Estas instituições desempenham funções relevantes para o ajuste de integração dos espaços mundiais, visando à produção e à reprodução do capital.

Nas décadas de 80 e 90, com a crise da dívida[9] – frente a taxa de juros flutuantes, os países devedores ficam sem possibilidade de honrar seus débitos -, o FMI e o BM passaram a desempenhar um papel protagônico na orientação das políticas econômicas adotadas pelos Estados Latino- Americanos, mediante a imposição da adoção de programas de estabilização econômica e de ajuste estrutural[10], implicando na reforma do Estado.

Neste contexto, o Estado tem se colocado, cada vez mais, a serviço dos interesses do capital, exigindo o protagonismo da sociedade civil para dar respostas às seqüelas da questão social, desresponsabilizando-se. Sader (1999, p.126) vai chamar esse tipo de Estado de Estado mini-max, ou seja, máximo para o capital - através de subsídios, créditos, perdão de dívidas, investimentos e obras de infra-estrutura dirigidos a apoiar a acumulação privada e políticas econômicas e financeiras com conotação de classe

8 As "condicionalidades" são as condições exigidas em termos de políticas econômicas que garantam aos credores internacionais o pagamento dos compromissos assumidos. Os recursos vão sendo liberados mediante o cumprimento dessas, que passam a moldar toda a política nacional. As exigências são em torno de um ajuste fiscal capaz de gerar superávits primários para garantir o pagamento da dívida.

9 Segundo Harvey (2005, p. 59), o capital financeiro passou ao "centro do palco na fase da hegemonia norte-americana, tendo podido exercer certo poder disciplinador tanto sobre os movimentos da classe operária como sobre as ações do Estado, em particular quando e onde o Estado assumiu dívidas de monta"

10 De acordo com Borón (1995, p.102), as "instituições financeiras internacionais', eufemismo para se referir ao BM e ao FMI, recomendam calorosamente umas políticas que geram pobreza e exclusão social e, ao mesmo tempo, encomendam numerosas pesquisas sobre o tema e manifestam sua consternação pelo agravamento do flagelo da pobreza na América Latina."

evidente -, e mínimo para o trabalho, através do corte de gastos sociais, da precarização das políticas públicas, do congelamento dos salários do funcionalismo público, entre outras medidas. Nas palavras de Dias (1999, p. 121) "trata-se do ideologicamente Estado Mínimo, que é na prática o 'Mercado Máximo." A condenação retórica do Estado tem a função de ocultar a sua minimização "em relação às classes trabalhadoras e a sua maximização na sua articulação com a burguesia" (id. ibid.).

A valorização da sociedade civil se insere como desdobramento do processo de reestruturação capitalista e do seu corolário, o neoliberalismo, que necessita modificar a forma de responder às refrações da "questão social", desresponsabilizando o Estado e repassando esta tarefa para a sociedade civil através das "parcerias", da disseminação de princípios de "auto ajuda" ou "ajuda mútua", do voluntariado, do solidarismo e da filantropia. Nessa direção, Montaño (2001, p.22) afirma que "a desresponsabilização estatal das respostas às seqüelas da 'questão social' é (supostamente) compensada pela ampliação de sistemas privados: mercantis (empresariais, lucrativos) e filantrópicos-voluntários (do chamado 'terceiro setor')".

As reformas do Estado recomendadas pelos organismos internacionais são no sentido da racionalização de gastos na área social e do fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços coletivos.

O Banco Mundial (1997, p. 7) afirma que "muitos países em desenvolvimento que desejam reduzir a magnitude de seu desmesurado setor estatal devem conceder prioridade máxima à privatização". (1997, p. 7). Essa instituição orienta os governos a darem prioridade máxima aos "setores sociais fundamentais", os mais vulneráveis, promovendo políticas públicas focalistas para darem eficácia e equidade aos gastos sociais. Esta orientação traz

como conseqüência a quebra do caráter universal de tais políticas, tão caro às lutas sociais.

A partir da contra-reforma do Estado, proposta pelo Banco Mundial, as políticas sociais tendem: à focalização, em que os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios, sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, que é regido pelo mercado.

Esta contra-reforma, que tem acontecido na "contra-mão" do assegurado, legalmente tem deformado as políticas sociais garantidas, rebaixando-as a programas focais, assistenciais e seletivos, dirigidos aos grupos de maior pobreza, esvaziando seu caráter universal. Ao tempo que se tem aberto ao mercado para o fornecimento de serviços coletivos acessíveis de acordo com o poder de compra de cada indivíduo, esvaziando o caráter público desses.

Nesse processo, ocorre uma diminuição da intervenção estatal na área social, simultânea ao repasse da gestão de bens e serviços públicos para a rede privada, tais como saúde e previdência, mediante a transferência de recursos públicos.

Observa-se a crescente tendência da utilização do fundo público para o financiamento da acumulação de capital em detrimento do financiamento da reprodução do trabalho. O que está em curso é o repasse dos custos de reprodução do capital para o conjunto da sociedade e para o próprio trabalhador, transformando-o em *cidadão-consumidor.*[11]

[11] Expressão utilizada por Mota (1995).

A PROEMINÊNCIA DO BANCO MUNDIAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DOS PAÍSES DE CAPITALISMO PERIFÉRICO

O protagonismo do Banco Mundial sobre a política de saúde dos países de capitalismo periférico revela-se nos documentos por ele produzidos nesta área, os quais contêm orientações para as políticas estatais a serem implantadas, mediante disponibilização de empréstimos.

Rizzotto (2000) faz uma análise dos motivos que levaram o BM a ter interesse em intervir na área da saúde, apontando três importantes: contribuir para o avanço do liberalismo, ao fazer a crítica contundente ao papel do Estado na intervenção nas políticas públicas, inclusive na saúde; a necessidade do BM difundir uma face humanitarista diante do agravamento das condições de vida da maioria da população e do aumento da pobreza e da desigualdade social como resultado da implantação do ajuste estrutural nos países periféricos por ele condicionado; por ter passado a área da saúde a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital.[12]

A área da saúde é uma área de grande interesse do capital, ou seja, dos grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais. A interferência do BM é no sentido de fortalecer o mercado da saúde.

O primeiro documento produzido pelo Banco Mundial sobre a saúde foi publicado em 1975 "Salud: documento de política sectorial". Compõe o conjunto de publicações de documentos de política setorial

[12] Estatísticas revelam que, no mundo, consome-se com serviços de saúde em torno de US$ 1,7 trilhão (dados da dec. de 90), ou seja, 8 % do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países 'em desenvolvimento' a 12 % do PIB nos países desenvolvidos de alta renda, significando um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização (RIZZOTTO, 2000, p.119-122).

elaborados a partir de estudos setoriais da economia e da sociedade dos países devedores, os quais apontavam os problemas existentes em cada área e propunham políticas governamentais a serem seguidas para resolvê-los.

O Banco Mundial, desde o referido documento de 1975, já apresentava as primeiras diretrizes para uma reforma nas políticas de saúde aos países por ele subsidiados, reafirmadas nos documentos posteriores, tais como: a quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica, a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres.

O eixo das diretrizes desta reforma proposta é de caráter econômico no sentido de baratear os serviços de saúde envolvendo a comunidade, utilizando como critério de avaliação a relação custo/benefício: "para funcionar economicamente, o sistema necessita de procedimentos e práticas médicas que sejam simples e baratos em sua maioria, sendo descartadas as complicadas investigações com fins de diagnósticos da medicina ocidental avançada" (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 54). Neste sentido, os programas voltados para atender aos pobres "podem considerar-se como consumo, que é o objetivo final do desenvolvimento econômico, e como investimento produtivo" (Id. ibid., p. 29). Os recursos disponíveis para os programas governamentais na área da saúde, de acordo com este documento, "devem formular-se sobre a base de estudos da eficácia em função dos custos" (Id. ibid., p. 37).

Os estudos de Costa (1998, p. 129), mostram que a partir de meados dos anos 80, o Banco Mundial assumiu a liderança no desenvolvimento global da agenda internacional para as políticas de saúde, apoiando projetos que pudessem servir aos seus

interesses instrumentais na missão de ajuste estrutural. Segundo este autor, "a agenda do Banco Mundial subordina a avaliação dos gastos em saúde à preocupação com a consistência macroeconômica dos países em processo de 'ajuste estrutural," (COSTA, 1998, p. 129) apelando para o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado à saúde. A nova pauta para as políticas públicas em saúde vai implicar em um conjunto de escolhas dentro da lógica de custo-efetividade, na perspectiva da racionalização da oferta (Id. ibid., p. 130-131).

O documento de 1987 do Banco Mundial, *Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma,* congrega a agenda de reformas propostas pelo Banco na área da saúde aos países por ele subsidiados. Em consonância com a política neoliberal assumida pelas instituições financeiras nos anos 80, os argumentos deste documento questionam a intervenção do Estado na operacionalização dos serviços de saúde. Desta forma, o Banco Mundial entra no debate internacional sobre a saúde questionando uma premissa consensual[13] entre os organismos que tradicionalmente trataram da questão da saúde: a responsabilidade dos governos na melhoria da saúde da população.[14]

[13] Este consenso foi resultado de um importante evento internacional na área de saúde, a Conferência de Alma-Ata, promovido pelas agências de cooperação do sistema das Nações Unidas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1978, onde se afirmou a "importância das estratégias de expansão dos cuidados primários de saúde, a serem conduzidas com ampla participação do Estado" (MATTOS, 2001, p.09).

[14] Ver a linha de argumentação deste documento para justificar a redução da atuação do Estado em Mattos (2000, p. 243-270). O argumento parte da distinção entre bens públicos e bens privados, dividindo os serviços de saúde entre serviços que trazem benefícios para toda a sociedade e os que trazem benefícios para os indivíduos. Opera a divisão dos serviços básicos destinados para os mais pobres e os serviços assistenciais convencionais (predominantemente hospitalares) para os mais ricos (Cf. MATTOS, 2000, p. 264-265).

A consolidação do BM na orientação das políticas de saúde em nível internacional aconteceu com a publicação do Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: Investindo em Saúde[15], cujo eixo das propostas está fundamentado na política liberal em consonância com o recomendado pelo Consenso de Washington.[16] Os Relatórios do Desenvolvimento Mundial são publicados anualmente tratando de um tema específico relacionado ao desenvolvimento. A escolha do tema da saúde para o relatório de 1993 reflete a importância desta área no interior do Banco.

A AGENDA DE CONTRA-REFORMAS DO BANCO MUNDIAL PARA A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Existem três documentos que sintetizam o conjunto de propostas do Banco Mundial para a área de saúde no Brasil. O primeiro é de 1991, "Brasil: novo desafio à saúde do adulto", elaborado após a Constituição de 88 e a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990, rebate frontalmente os avanços formais da reforma sanitária contemplados nesta legislação. De acordo com o Banco Mundial, "as realidades fiscais

[15] Este Relatório apresenta um diagnóstico geral sobre a saúde em nível mundial, destacando a realidade dos países "em desenvolvimento", e "propõe um projeto detalhado para a reforma dos sistemas de saúde destes países, sinalizando o interesse em financiar projetos específicos, especialmente aqueles destinados às reformas das políticas deste setor" (RIZZOTTO, 2000, p.119).

[16] Encontro convocado pelo *Institute for International Economics* que aconteceu na capital dos Estados Unidos em 1989, com a participação de funcionários do governo norte –americano e dos organismos financeiros internacionais ali sediados – FMI, Banco Mundial e BID – e especializados em assuntos latino-americanos. Teve como objetivo proceder a uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da região, reafirmando a proposta neoliberal que o governo norte-americano vinha recomendando, por meio dos referidos organismos, como condição para cooperação financeira externa. Registrou-se um consenso sobre as reformas já realizadas ou iniciadas na América Latina com exceção, até aquele ano, do Brasil e Peru.

colidem com os sonhos de despesa alimentados pelo processo de democratização e pela Constituição de 1988" (BANCO MUNDIAL, 1991, p.1/20).

O documento também expressa a opinião do BM com relação ao acesso universal contido na Constituição Federal:

> O prognóstico para o sistema de saúde no Brasil não é bom [...] A Constituição de 1988 estabelece como direito constitucional, o acesso universal aos serviços públicos de saúde. A implementação deste direito exerceria significativo efeito sobre a procura e o custo dos serviços médicos públicos (BANCO MUNDIAL, 1991, p.5/82).

Baseado no eixo da maioria de suas propostas que é o custo/efetividade, sugere a seletividade do acesso como proposta à quebra da universalidade: "os programas devem orientar-se especificamente para os pobres e considerar explicitamente a sua situação" (BANCO MUNDIAL, 1991, p.7). Outro princípio a que o Banco também se posiciona contrário é o da gratuidade ao propor "a cobrança aos usuários, tanto direta como através de impostos locais," enquanto "elemento essencial para fixação de prioridades" (id. ibid., p.122).

O segundo documento, "A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90", publicado em 1995, também vai de encontro aos avanços constitucionais de 88 ao referir-se que, na Constituição, a "firme tendência para a universalização da cobertura [...] trará, por si só, um aumento significativo nas despesas se as promessas públicas forem mantidas" (Id. ibid.).

De acordo com Rizzotto (2000, p.153), o núcleo temático dos dois referidos documentos "constitui-se em uma avaliação genérica do Sistema Único de Saúde brasileiro, com ênfase nos aspectos da

relação custo-benefício dos serviços, e na defesa da necessidade de reformas constitucionais e institucionais vinculadas a este setor". Eles defendem a ampliação do setor privado na prestação de serviços de saúde ao enfatizarem o papel regulador e financiador do Estado, incentivando-o a repassar recursos para "qualquer entidade" prestar os serviços de saúde (BANCO MUNDIAL, 1991, p.117). Justifica a defesa da participação da rede privada por sua maior eficiência e melhor qualidade dos serviços prestados,[17] pois, segundo o Banco, "[...] os serviços prestados pelas EMS[18] são comprovadamente superiores aos serviços públicos disponíveis [...]" (Id. ibid., p. 119).

Estes documentos defendem também a redução dos recursos destinados à saúde em coerência com as políticas de ajuste dos organismos financeiros internacionais que exigem corte de gastos públicos. Para o Banco, "o Brasil já parece gastar, tanto nos serviços públicos de saúde como no total, proporção do PIB algo maior do que se deveria esperar de um país com o seu nível de renda per capita" (id. ibid., p.101).

A contra-reforma na área da saúde tem se dado no bojo das reformas empreendidas pelo governo brasileiro em atendimento às exigências dos organismos internacionais. Em 1995 foi elaborado um documento conjunto entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado - "Sistema de Atendimento de Saúde do SUS" - que sintetiza a proposta de reforma para este setor em consonância com o documento elaborado pelo Banco Mundial de 1995: "A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90". O documento deixa claro o novo papel

[17] Cf. Rizzotto (2000, p. 155).

[18] As Entidades de Manutenção de Saúde – EMS são todas as formas de planos de saúde em grupo e as cooperativas médicas.

regulador atribuído ao Estado, que deverá concentrar esforços apenas "no financiamento e no controle desses serviços ao invés do seu oferecimento direto".

Outro documento produzido pelo Ministério da Saúde que expõe diretrizes políticas para a saúde em conformidade com as recomendações do Banco Mundial é o "Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil", apresentado na reunião especial sobre *Reforma Sectorial en Salud*, promovida pela OPAS, BID e Banco Mundial, em setembro de 1995.[19] O Ministério da Saúde compromete-se, neste documento, a modificar as bases organizacionais do sistema de saúde nacional com: a organização de um sistema assistencial privado, devidamente regulamentado; o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado, estimulador da qualificação com redução de gastos; a adoção de modelos técnico-operacionais inovados e inovadores; o estabelecimento de um sólido e inovado sistema de acompanhamento, controle e avaliação (BRASIL, 1995a, p.16).

O terceiro documento elaborado pelo Banco Mundial para orientar a política de saúde brasileira é de fevereiro de 2007: "*Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos*". Expõe avaliações e propostas para "aumentarem a qualidade da gestão e racionalizarem o gasto público" do SUS.

Esse documento destaca que "muitos dos desafios enfrentados pelo setor saúde estão ligados às falhas de governança", ou seja, "à falta de *incentivos* e de *accountability* que garantem que os serviços sejam viáveis financeiramente e que sejam de qualidade aceitável,

[19] Rizzotto (2000, p. 200) chama a atenção de que este "Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil" foi elaborado e apresentado no momento em que o Brasil negociava com o BID e o BIRD os empréstimos destinados ao Projeto REFORSUS.

sendo dois fatores essenciais para o fortalecimento do *status* da saúde" (BANCO MUNDIAL, 2007, p.01).

Aponta como estratégias para o "aprimoramento da governança e do uso dos recursos públicos" seis "ações corretivas" que têm como eixo central a "Gestão voltada para Resultados", quais sejam: Autonomia organizacional; Fortalecimento da capacidade gerencial; Contratos de Gestão; Simplificação de repasses federais; Monitoramento e avaliação de impacto e Alinhamento de processos de planejamento, orçamento e monitoramento (id. ibid., p.78). Articuladas a essas "ações corretivas" expõe seis "recomendações".

O tecnicismo dos argumentos apresentados neste documento omite a pungente questão política que está posta, a "busca pelo desempenho" é a chave, não importando se implica em privatização. A ênfase dada à necessidade de desenvolver e implementar maior autonomia e *accountability* (autoridade para gerenciar recursos) às unidades de saúde aponta para "vários modelos de gestão autônoma [...] tais como o modelo das Organizações Sociais, entre outros" (id. ibid., p.79). Está explicitado o teor de desresponsabilização do Ministério da Saúde na execução direta dos serviços de saúde contido no documento, através de contratos de gestão, passando este a ser coordenador desses serviços, monitorando e avaliando o desempenho e os resultados do "compromisso de gestão" firmado com prestadores públicos ou privados de saúde.

O documento apresenta princípios norteadores para que o SUS tenha maior autonomia e *accountability*, os quais reforçam a referida desresponsabilização. O primeiro é a "gestão autônoma nas unidades maiores, principalmente os grandes hospitais de referência" (id. ibid., p.78). Esses serviços teriam "autonomia plena para administrar e aplicar seus recursos físicos e humanos, devendo apenas seguir as políticas de saúde do SUS e cumprir um conjunto de

metas previamente definidas", a exemplo das Organizações Sociais já adotadas em várias partes do país (id. ibid., p.79). O segundo princípio é a "gestão descentralizada nas unidades menores". Esta "descentralização poderia transformar unidades de saúde e/ou órgãos regionais em unidades orçamentárias, dotadas de seu próprio orçamento" (id. ibid., p. 78-79).

A proposta é de repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais através dos contratos de gestão, mediante transferências de recursos públicos. Está posto um processo de privatização fundamentado em uma suposta avaliação da "ineficiência" e da "baixa qualidade de serviços" do SUS em que a saída principal apresentada é "aplicar mecanismos para fortalecer a *accountability,* tais como contratos de gestão que obrigam os gestores a enfocar metas específicas e resultados mensuráveis" (id. ibid., p. 07). Segundo este documento,

> a chave para o sucesso da gestão autônoma ou descentralizada é um compromisso de gestão que define claramente a *accountability* e os poderes da unidade, as metas a serem alcançadas e as atividades a serem desenvolvidas, as necessidades de recursos, critérios claros para a avaliação do desempenho da unidade e as penalidades para o não cumprimento de objetivos. O compromisso de gestão tem sido utilizado, sobretudo, em modelos de gestão autônoma ou privada. Contudo pode ser utilizado em modelos de gestão descentralizada na área da administração direta, desde que as unidades tenham um grau suficiente de autonomia gerencial e financeira para poderem ser responsabilizadas por seu desempenho (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 79-80).

Nada de novo se comparado ao processo de reforma implementado no governo de Fernando Henrique Cardoso, no seu Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado, quando instituiu,

pela Lei 9.637/98, as Organizações Sociais, os Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicização, além das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) pela Lei 9.790/99. Trata-se do detalhamento para operacionalização em maior proporção na área da saúde do que já estava contemplado nos documentos anteriores do Banco Mundial e do MARE e Ministério da Saúde, principalmente os de 1995, que estavam relacionados mais diretamente com a contra-reforma do Estado brasileiro.

Os problemas identificados no documento "estão relacionados com a governança, a organização e o funcionamento do setor público em geral" (BANCO MUNDIAL, 2007, p.77), o que vai exigir mudanças de natureza maior. Talvez por isso que no mês de maio de 2007 encontrava-se disponível para acesso público, no sítio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, um conjunto de documentos sobre Fundações Estatais, os quais retratavam conclusões similares às elaboradas pelo referido documento elaborado pelo Banco Mundial.[20] E, pouco tempo depois, em 13/07/2007, o Poder Executivo enviou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 que cria Fundações Estatais com personalidade jurídica de direito privado para desenvolverem atividades nas áreas da educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, comunicação social, entre outras. Este Projeto das Fundações Estatais[21], caso seja aprovado, consolida a contra-reforma do Estado brasileiro iniciada nos governos anteriores, facilitando ainda mais a alocação de recursos públicos em setores não exclusivos do Estado.

[20] Cf. Granemann (2007).

[21] Ver análise das Fundações Estatais de direito privado em publicação recente: BRAVO, Maria Inês Souza et al. **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e a agenda para a saúde. 1ª ed., Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

O eixo da proposta das Fundações Estatais é o contrato de gestão. Nesta perspectiva, as instâncias centrais de gestão do SUS "coordenarão as fundações". O Estado deixa de ser o executor direto dos serviços de saúde e passa a ser o coordenador desses serviços prestados pelas fundações, mediante repasse de recursos públicos. A privatização acontece exatamente neste repasse de recursos públicos para setores não exclusivos do Estado. O projeto das Fundações Estatais está alinhado às orientações do Banco Mundial para a política de saúde brasileira, compondo, assim, o quadro das contra-reformas do Estado brasileiro que favorece o projeto do grande capital. Será que os novos recursos para a saúde garantidos com a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 já têm destino certo? Serão repassados para as fundações através dos contratos de gestão? Quem de fato ganhará com isso?

Destaca-se que apesar do Projeto de Lei da Fundação Estatal estar em discussão na Câmara dos Deputados, três estados já aprovaram a sua criação - Bahia, Sergipe e Rio de Janeiro. A lógica deste projeto vem referendada no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde ou Programa Mais Saúde, lançado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 05 de dezembro de 2007, o qual propõe um novo modelo de gestão em que

> o setor saúde consolida-se como um campo gerador de empregos, renda e de divisas, através do esforço de indução do Governo e engajamento da iniciativa privada [...] Não basta acrescentar mais recursos para a prestação de serviços sem uma mudança nos processos de gestão das redes e unidades assistenciais. Mais Saúde inova ao propor novos modelos de gestão como as fundações estatais de direito privado.[22]

[22] PAC Saúde – Mais Saúde – Direito de Todos / Portal do Ministério da Saúde.

As tendências da contra-reforma na Política de Saúde Brasileira

As contra-reformas implementadas a partir da segunda metade da década de 90, em consonância com as orientações do BM, estão ancoradas na necessidade de limitação das funções do Estado e vão demandar da política de saúde brasileira (CORREIA, 2005):

1) O rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, ficando este encarregado apenas de prestar atendimento aos mais pobres que não podem pagar pelos serviços no mercado, através de um modelo assistencial baseado na oferta da atenção básica e na racionalização da média e da alta complexidade.

O modelo assistencial preconizado pelo BM está centrado na atenção básica. Nesta perspectiva, são esses serviços que devem ser universalizados, combinados com a "racionalização" ao atendimento hospitalar.[23] Configura-se, assim, a seletividade e a focalização da assistência à saúde. O Estado se encarrega da parte não lucrativa dos serviços de saúde, que não interessa ao capital, ao tempo em que a rede privada especializa-se na alta complexidade[24] .

[23] Existe uma relação de interdependência entre o SUS e a rede privada, principalmente em relação aos serviços de internação, ao tempo em que 66% do total de leitos hospitalares vinculados ao SUS são privados, do total de estabelecimentos privados que têm serviços de internação 68,9% são conveniados ao SUS (IBGE, 1999). Este dado demonstra que um percentual alto da rede privada de internação depende do repasse de recursos públicos para manter-se. Esta interdependência implica em um repasse de um volume significativo de recursos públicos para a rede privada.

[24] Entre maio de 2002 e abril de 2003 a rede pública realizou 82% dos procedimentos ambulatoriais do SUS, enquanto a rede privada realizou 14% e a rede universitária 4% (Datasus, 2003). Enquanto que, no mesmo período, dos procedimentos de alta complexidade, 84% foram realizados na rede privada, 8% na pública e também 8% na universitária (Datasus, 2003). O Estado brasileiro vem priorizando a atenção básica, através de uma política de indução financeira – PAB variável, PACS e PSF, ao tempo que a rede privada especializa-se na alta complexidade subsidiada com recursos públicos, através da compra de seus serviços (rede conveniada) e do financiamento das suas ações pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC), criado em 1999.

Em vez do princípio da universalização, propõe-se a "cobertura universal da atenção básica". Ressalta-se ainda que a dicotomia entre as ações médico-hospitalares e as 'básicas', constitui-se num retrocesso ao princípio da integralidade, indo de encontro ao modelo assistencial preconizado pelo SUS.

2) A flexibilização da gestão dentro da lógica custo/benefício, privatizando e terceirizando serviços de saúde, com repasse de serviços e recursos públicos para as Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs, Fundações de Apoio e Cooperativas de profissionais de medicina, além da implantação de duplo acesso em hospitais públicos e de mecanismos de co-pagamento, bem como precarizando o trabalho em saúde através das formas flexíveis de contratação. Neste sentido, o atual governo está propondo a criação das referidas Fundações Estatais de direito privado.

Os processos de reforma administrativa na saúde não foram implantados de forma global, mas de modo fragmentado e localizado, devido às resistências da estrutura organizacional que prevaleceram no SUS até o momento. Entretanto, os processos de flexibilização da gestão na área da saúde têm crescido dentro do SUS[25] . Soares (2000, p. 23) vai denominar este processo de privatização "por dentro" do setor público com a introdução da lógica mercantil no interior dos serviços públicos, privilegiando a "microeconomia" do custo/benefício em detrimento da qualidade dos serviços. Nesse tipo de privatização são transferidas apenas funções

[25] A pesquisa realizada em 1999, na região metropolitana do Rio de Janeiro e São Paulo, por Costa, Ribeiro & Silva (2000), mostra que dos 23 hospitais pesquisados na região metropolitana do Rio de Janeiro e São Paulo, 47% utilizaram alguma forma de flexibilização administrativa, 30% tiveram receitas complementares aos recursos que receberam do tesouro público e 21% receberam essas receitas através de convênios com provedores ou seguradoras privadas, caracterizando um duplo acesso de pacientes aos serviços hospitalares.

de gerenciamento e/ou administração dos serviços subsidiados com recursos públicos. O Estado mantém sua função de financiador dos serviços ao tempo em que perde o controle sobre a qualidade dos serviços prestados.

3) O estímulo à ampliação do setor privado na oferta de serviços de saúde. A orientação do BM às novas formas de gestão da saúde, priorizando o custo/benefício, esteve associada ao incentivo à participação da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde. As propostas do Banco para a ação estatal estão reduzidas a programas destinados às populações mais pobres, desenvolvendo ações de promoção e prevenção da saúde que tenham custos reduzidos, ficando o restante por conta do mercado e o acesso de acordo com a capacidade de compra de cada indivíduo.

Observa-se que houve um expressivo aumento do sistema de planos e seguros privados de saúde. O número de operadoras de planos e seguros de saúde quase triplicou entre 1987 e 1998 e o número de clientes cresceu cerca de 70%. Além de ter havido um crescimento de clínicas e laboratórios populares, indicando que o desembolso direto por populações mais pobres está crescendo (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) anuncia que houve um crescimento no número de usuários de planos de saúde de 38,6 milhões para 44,7 milhões em quatro anos (2002 a 2006), mas ressalta que 4,0 milhões desses novos usuários são exclusivamente ligados a planos odontológicos. Noronha e Soares (2001, p.4) destacam os limites da expansão da demanda dos seguros privados, os quais são de natureza estrutural e financeira própria dos países latino-americanos, devido à renda da classe média que "vem empobrecendo a olhos vistos".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde brasileira vem sendo tensionada por dois projetos que representam interesses antagônicos. O projeto do capital, que defende as reformas recomendadas pelo Banco Mundial e o projeto de setores progressistas da sociedade civil que defende o SUS e seus princípios, integrantes da proposta da reforma sanitária. Este último projeto tem sido defendido por segmentos dos movimentos populares e sindicais e instituições acadêmicas como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que, articulados no Movimento de Reforma Sanitária nos anos 80 e 90, conseguiram incorporar formalmente parte de sua proposta na legislação do SUS. Além das entidades de representação dos gestores - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Ressaltamos, porém, que tanto os segmentos da sociedade civil como as representações acadêmicas e de entidades dos gestores não constituem blocos homogêneos. Apesar de todos terem um discurso em defesa do SUS, existem grandes diferenças na sua concepção, principalmente quanto à universalidade, à relação público/privado, à forma de descentralização e de participação da sociedade e ao modelo de assistência à saúde. Um exemplo dessas diferenças, mesmo entre aqueles que dizem defender o SUS, têm sido os posicionamentos a favor das Fundações Estatais de Direito Privado por parte de vários nomes da academia e da militância na saúde, considerados históricos do movimento da reforma sanitária.

O outro projeto é apoiado pelo setor privado, pelos donos de hospitais, diretores dos hospitais filantrópicos e beneficentes,

grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais, organizados na Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), na Confederação das Misericórdias do Brasil, na Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e no Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (Sinamge), com aliados no governo e na burocracia estatal, e tem conseguido, em parte, influenciar a política de saúde.

Vários autores[26] vêm identificando os projetos em disputa para dar o tom da política nacional de saúde. Segundo Campos (1992, p.19), há uma contradição central no processo nacional de reforma sanitária: uma dominância do projeto neoliberal no dia-a-dia da ação governamental, apesar da determinação legal apontar para outro sentido. Esta ação segue as recomendações de organismos financeiros internacionais para as políticas sociais: privatização, contenção de gastos através de medidas que promovam austeridade e seleção de demandas (CAMPOS, 1992, p.19).

O tensionamento entre o projeto do capital e dos setores progressistas da sociedade tem desenhado a política de saúde brasileira, pois existem resistências políticas ao primeiro projeto. Assim, embora paire a ameaça sobre o caráter público e universal do SUS, tem-se aglutinado setores progressistas da sociedade, para sua defesa, nas seguintes instâncias de participação social: Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, Plenárias Nacionais de Conselheiros de Saúde e em alguns Conselhos de Saúde das três esferas de governo, em especial no Conselho Nacional de Saúde.

Esta tensão também tem se revelado em relação à proposta das Fundações Estatais de Direito Privado em que, de um lado,

[26] Entre estes Bravo e Matos (2002).

setores organizados na sociedade civil conseguiram aglutinar forças dentro do Conselho Nacional de Saúde, fazendo com que este se posicionasse contrário ao projeto de lei que visa instituir esta proposta, na sua 174ª reunião em 13 de junho de 2007, ao tempo em que este posicionamento foi referendado em todos os grupos e na plenária final da XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada de 14 a 18 de novembro de 2007. Entretanto, o Ministério da Saúde não tem levado em conta estes posicionamentos representativos e legítimos do ponto de vista da democracia, pelo contrário, tem reforçado seu projeto de repasse da gestão do SUS para setores não estatais, ao lançar o PAC da Saúde, através do Programa Mais Saúde, o qual propõe "novos modelos de gestão como as fundações estatais de direito privado". Vale destacar, que todo o discurso governamental contido neste programa é sustentado na garantia pelo Estado brasileiro "a todos o direito constitucional à saúde".

Ao final, faz-se necessário retomar os primórdios da Reforma Sanitária Brasileira: mudanças na área da saúde articuladas às transformações societárias. Mais que isso, é necessário fortalecer a articulação das forças políticas que representam os interesses das classes subalternas em torno de um projeto para a sociedade que tenha como horizonte o rompimento com os organismos financeiros internacionais e com a lógica a que estes servem e reproduzem, a lógica do capital, com vistas a uma nova sociabilidade.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. **Salud**: documento de política sectorial. Washington D.C., 1975.

_____. **Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento:** uma agenda para a reforma. Washington D.C., 1987.

_____. **Brasil:** novo desafio à saúde do adulto. Washington, D.C., 1991 (série de estudos do Banco Mundial sobre países).

_____. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993**: investindo em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

_____. **A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil**: uma agenda para os anos 90. Washington, D.C., 1995 (Relatório nº 12655 – BR).

_____. **Diretrizes para aquisições no âmbito de empréstimos do BIRD e créditos da AID**. Washington, D.C. 1997.

_____. **Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro:** Fortalecendo a Qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos. Brasil, 15 de fevereiro de 2007. (Relatório nº 36601 – BR).

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado- MARE. **Sistema de Atendimento de Saúde do SUS**, Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil**. Brasília, 1995a.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; Potyara Amazoneida Pereira (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro:UERJ, 2002.

BEHRING, Elaine Rosset. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BORÓN, Atilio. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo II**: que Estado para que democracia? Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital**. Trad. Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 1996.

_____. **A Mundialização Financeira**. São Paulo: Xamã, 1999.

_____. Da noção de imperialismo e da análise de Marx do capitalismo: pré/visões da crise. In: NÓVOA, Jorge (organizador). **Incontornável Marx**. Salvador: EDUFBA; São Paulo: Editora UNESP, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira:** mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Recife, 2005, 342f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

COSTA, Nilson do Rosário. **Políticas Públicas, Justiça e Inovação**: Saúde e Saneamento na Agenda Social. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes; SILVA, Pedro Luís Barros. Reforma do estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.5, n.2, Rio de Janeiro, 2000.

DIAS, Edmundo Fernandes. **A Liberdade (Im)Possível na Ordem do Capital**: Reestruturação Prudutiva e Passivização. 2. ed. Campinas-SP: IFCH/UNICAMP, set. 1999. (Textos Didáticos n. 29).

_____. **O Pensamento de Gramsci e a Política Brasileira.** Texto produzido para o I Ciclo de Estudos Gramscianos. UFAL, dezembro de 2004. Mimeografado.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza [et al.] **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e a agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

HARVEY, David. **O Novo Imperialismo**. 2. ed.. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. **"Terceiro Setor" e "Questão Social" na Reestruturação do Capital:** o canto da Sereia. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Desenvolvendo e Oferecendo Idéias**: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. Rio de Janeiro, 2000, 307f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

_____. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 6, n. 2, Rio de Janeiro, 2001.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90:** um projeto de desmonte do SUS. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000.

SADER, Emir. Estado e Democracia: os dilemas do socialismo na virada de século. In: SADER, E. ; GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo II**: que Estado para que democracia? Petrópolis, RJ: Vozes,1999.

SOARES, Laura T. As Atuais Políticas de Saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 53, n. especial, p. 17-24, Rio de Janeiro: ABEn, dez. 2000.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos; GERSCHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.9, n.3, , jul./set. 2004.

A "TERCEIRA VIA" NA REFORMA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Fátima de Maria Masson[1]

Resumo

As respostas para a crise da saúde pública, emitidas nos últimos tempos pelos governos brasileiros, aproximam-se dos interesses e idéias dos órgãos internacionais do capitalismo imperialista para os chamados países periféricos. Propostas de reestruturação da função do Estado, através do ideário da modernização e flexibilização da gestão do SUS, são exemplos que arrefecem o sentido socializante da Reforma Sanitária Brasileira.

Palavras chave: Sistema Único de Saúde, Reforma Sanitária, Terceira Via.

Abstract

The responses to the crisis of public health emitted, in recent times, by the Brazilian government are closer to the interests and ideas of international bodies of imperialist capitalism for the so-called peripheral countries. Proposals for restructuring the function of the State, through the ideology of modernization and flexible management of the SUS, are examples that attenuate the socialist sense of the Brasilian Health Reform.

Key words: Single Health System, Health Reform, Third Way.

INTRODUÇÃO

Os ajustes fiscais implementados pelos últimos governos são manifestações do domínio das políticas neoliberais comandadas pelos eixos centrais do capitalismo na sua forma monopolista financeira. A experiência da direita nacional e internacional alcançada

[1] Assistente Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Doutora em Serviço Social pela Escola de Serviço Social da UFRJ.

pela adoção do neoliberalismo como uma ideologia anticomunista revigorada com o pós-89, "anti-estatal", diga-se, para as "questões sociais", teve a adesão e o apoio da social democracia, sob o domínio da especulação financeira dos mercados. Ocorre então, em desfavor dos processos de emancipação, um amplo arco de alianças. É na contracorrente desta correlação de forças mundial e nacional que o Sistema Único de Saúde (SUS) é implantado. Nesta conjuntura o ideário socializante do SUS e do projeto da Reforma Sanitária brasileira fica ameaçado.

Já estamos inteirados a respeito da função que o Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, o Conselho de Segurança da ONU e a Organização Mundial do Comércio imprimem na direção social do mundo: implementam a liberalização do comércio e finanças mundial, o direito de propriedade e as reformas institucionais para assegurar a liberdade de mercado. Este conjunto de práticas, que se materializa no cotidiano como ideologia hegemônica, aparece como condição inevitável do desenvolvimento e da democracia burguesa como única alternativa social.

Nesta direção, o artigo irá demonstrar que a atribuição da crise da saúde pública brasileira como problema de eficiência, de gestão e de desperdício - justificativa central da defesa de novo modelo jurídico para os hospitais públicos - está ideologicamente afinada com a "terceira via" neoliberal.

O IDEÁRIO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A CRISE DO SUS

Diante da brutal desigualdade social brasileira, o Estado deve na forma da lei - Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da

Saúde/1990 - atender às demandas de saúde de modo universal e democrático, com base na observação sobre os determinantes sócio-econômicos dos perfis epidemiológicos e, assim, definir políticas sociais e econômicas que contribuam para diminuir os riscos de doenças. Estas indicações implicam na adoção de direção social diversa às políticas econômicas que têm sido assentadas pelos governos neoliberais, ou seja, contra os interesses da burguesia. Eis o impasse criado pela legislação! Entendemos que este impasse resulta do sentido político que as lutas de classes imprimem, ou seja, importa ressaltar o antagonismo entre as posições de defesa de uma saúde pública estatal e uma saúde privada ou o misto público-privado. Tais posições (entendidas como algo que está na vida e, portanto, como algo que se fundamenta na economia, mas que também se faz presente na esfera da ideologia e vice-versa; como algo, enfim, que traduz a realidade das lutas de classes) estão também clara e inequivocamente postas, especificamente, na esfera do Direito.

Queremos dizer com isto que o paradoxo do SUS resulta de ser contemporâneo das crises do capital financeiro mundial, da expansão da ideologia neoliberal, dos projetos de ajuste fiscal e reforma do Estado afinados com as imposições das instituições financeiras mundiais lideradas pelo comando norte-americano. De modo que o Estado vai criar as condições para o enfrentamento desta crise da acumulação do capital - como sempre o fez - e, assim, desloca sua responsabilidade das áreas diretamente ligadas à reprodução da vida para respostas que não mais incluem sua presença e ação direta, através de parcerias com a iniciativa privada. Esta nova forma de cuidar da reprodução da população, a partir das novas demandas da acumulação capitalista, fragmenta, despolitiza e neutraliza a análise dos problemas de saúde e intervém através de programas focalizadores. No caso,

a saúde continua, de modo justificado pelas necessidades de ajustes econômicos, respondendo à lógica do mercado, que se estende, materialmente e ideologicamente, na vida social; condição que Mészáros (1993) tratou como o metabolismo do capital na vida cotidiana.

Esvaziar o Estado das suas responsabilidades com a saúde pública e universal serve como mecanismo demolidor de todas as forças que historicamente vieram avançando no sentido de introduzir o tom socializante.

Questionar esta fragmentação neopositivista, na perspectiva materialista dialética, leva-nos a observar a prioridade ontológica do todo sobre as partes de modo a identificar a função que o imperialismo alcança através das mediações estabelecidas entre os complexos universais e os complexos particulares (LÙKÁCS, s.d). Vejamos, o Brasil faz parte do conjunto de países periféricos ao imperialismo que está, segundo Harvey (2004), na linha de expansão "espaço-temporal" do capital para solução do excedente acumulado; faz parte do conjunto de territórios e populações expostas às imposições de ajuste fiscal, que só fazem acentuar e agravar a nossa vulnerabilidade. Segundo o autor:

> O lado sinistro e destrutivo da ordenação espaço-temporal como remédio para o problema da sobreacumulação torna-se um elemento tão crucial na geografia histórica do capitalismo quanto a sua contraparte criativa de construção de uma nova paisagem para acomodar tanto a acumulação interminável do capital como a acumulação interminável do poder político. [...] Uma diabólica aliança entre os poderes do Estado e os aspectos predatórios do capital financeiro forma as garras de um "capitalismo de rapina" que tem tanto de práticas canibais e desvalorizações forçadas quanto tem de alcançar o desenvolvimento global harmonioso. (HARVEY, 2004, p. 113-114).

Ou seja, neste "*capitalismo de rapina*", na expressão de Harvey, não se trata de relação interno e externo, mas da prioridade ontológica do todo, do conjunto das relações de produção, base real que impõe alianças através de contratos e formação de consciência social global

A institucionalização do SUS universalizou o acesso, mas ao mesmo tempo, não teve financiamento compatível com a amplitude de suas prescrições na seqüência de ajustes fiscais decorrentes dos acordos dos governos brasileiros com FMI e Banco Mundial. E a falta de financiamento (sem contar as oposições de ordem ideológica - práticas e processos de formação profissional centrados na abordagem hospitalocêntrica e biopatológica) tem a função de desqualificar e pauperizar o sistema. Segundo Santos (2007):

> Enquanto a participação das receitas correntes da União no PIB cresceu de 19,7%, em 1995, para 26,7% em 2004, neste mesmo período, a participação de gastos do Ministério da Saúde nessas receitas decresceu de 9,6% para 7,5%. Enquanto a contrapartida da União no financiamento público da saúde caiu, entre os anos 80 e 2004, de 75%, para 50%, neste mesmo período a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de 25% para 50%. Enquanto a contrapartida da União, entre 1995 e 2004, caiu de US$ 87,7 para US$ 62,3 per capita, entre 2000 e 2004 a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de US$ 44,1 para US$ 64,9 per capita.

Isto fica agravado diante do quadro epidemiológico do país. Se, nos países capitalistas centrais, o perfil de saúde sofre a conhecida transição epidemiológica - diminuição dos coeficientes de morbi-mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas degenerativas - na particularidade das condições da periferia capitalista brasileira coexistem altas taxas

de doenças infecciosas, de doenças crônicas e dos índices de ocorrências de causas externas. No conjunto das doenças crônicas convivem as que são expressões do aumento da expectativa geral de vida e aquelas que constituem indicadores das precárias condições de vida e, conseqüentemente, a fragilidade das práticas preventivas favorece as doenças renais, as cardiopatias, as DSTs ... . Esse quadro requer a composição de intervenções de alta e média complexidade e isto fica, objetivamente, prejudicado pelo baixo financiamento público da saúde[2] . Esta é a questão imediata e comprometedora da direção socializante do SUS e da Reforma Sanitária. A crise do SUS é a expressão da crise do capitalismo contemporâneo.

Mas a crise do capitalismo é cíclica e, segundo Mandel (2003), resulta de um conjunto de fenômenos, cada qual com maior ou menor peso histórico na particularidade de cada crise. Mas todas as crises, sem exceção, são determinadas na sua totalidade pela natureza do conjunto das contradições do capital e se manifestam através de ondas cíclicas.

Então é preciso discernir que o limite das ações de saúde pública, hoje, não decorre da necessidade de outro modelo de atenção para a saúde, mas das conseqüências das desigualdades de classe, da negação e desqualificação da Seguridade Social como princípio orientador da previdência, assistência e saúde públicas. Nesta direção, o revigoramento da luta pela Reforma Sanitária deve priorizar a luta pela socialização dos recursos a

[2] Segundo o "Fórum Brasil Orçamento", em 2007, 58,46% do total do orçamento foram planejados para pagamento da dívida pública. Os gastos com juros e amortização da dívida representam 20 vezes os gastos previstos com a saúde. Na previsão dos Programas da Função Saúde houve uma redução de 1,06% nos recursos da Atenção Hospitalar e Ambulatorial e 53,7% na Atenção Especializada em Saúde, que compreende atenção à mulher, criança e adolescente. (Disponível em: http://www.forumfbo.org.br/media/AnalisePLOA2007.pdf).

partir da democratização do poder de decisão na economia e na política. Este ideário deve se expressar na intervenção social e na produção de conhecimento de modo a por em evidência os determinantes da exploração de classe e sua expressão na saúde pública. Isto quer dizer a reafirmação das bases ontológicas da saúde, sua constituição enquanto práxis social.

Reforma Sanitária não significa humanizar o capitalismo, mas, ao contrário, partir da identificação de suas contradições, criar *dentro dele* meios para a consolidação da luta social na direção da sua superação. É relacionar projeto de saúde e projeto de sociedade. Este é o legado da consciência sanitária moderna, ideologia que criou o SUS.

Mesmo com os parcos recursos, o SUS consegue ter uma abrangência e qualidade que só fortalece o seu modelo[3] . Para termos uma idéia, em 2006 os gastos públicos com saúde totalizaram R$ 78,91 bilhões, os gastos privados R$ 87,54 bilhões e dos 186 milhões de brasileiros apenas 44,7 milhões tinham seguro privado (CARVALHO, 2007). Uma coisa é aperfeiçoá-lo, qualificá-lo preservando e avançando na sua perspectiva socializante, outra coisa é tomar a crise como justificativa para uma mudança na sua natureza.

Para as forças que defendem um novo modelo de gestão para o SUS, a noção de igualdade e universalidade está condicionada aos limites estruturais vigentes. Consideram que se não há, definitivamente, recursos para todos, então é preciso adequar seus princípios às condições do Estado (diga-se: Estado dominado pelos interesses da burguesia). Nesta visão, um novo modelo de gestão para o SUS, mais "moderno e flexível", é a

[3] "[...] em 2005 o volume de 1,3 bilhões de atendimentos básicos em 64 mil unidades ambulatoriais, 1,1 bilhão de procedimentos especializados, 600 milhões de consultas, 11,6 milhões de internações [...]" (CARVALHO, 2007).

saída para a crise[4]. Aqui a igualdade de direito corresponde às necessidades específicas de cada "grupo social", atenção focalizada, iniciativas de responsabilização social e individual, priorização de parcerias público-privado, ênfase em "novas" formas de humanização, "subjetivação" da participação política dos "atores". Há uma hipostasia da política e da cultura sócio-institucional, seus conceitos estão afinados às teses pós-modernas [5] e neo-positivistas: fragmentação, coesão social....

Contrariamente, a noção moderna de igualdade social baseada no materialismo histórico compreende as condições iguais na práxis humana para o livre desenvolvimento de cada um, ou seja, quando estas condições forem iguais para todos, quando a riqueza socialmente produzida for apropriada igualmente por todos, então as diferenças de cada um poderão se manifestar de modo pleno e emancipado, de modo que o *"livre desenvolvimento de cada um é a condição do livre desenvolvimento de todos"* (MARX; ENGELS, 1977, p. 38). No dia em que todos tiverem acesso igual à riqueza social será possível ao direito não ser igual, mas desigual: "*De cada um segundo as suas capacidades, a cada um segundo as suas necessidades*". (MARX, s.d.).

Por isto, pensar a universalidade da saúde é pensar projeto de sociedade, é pensar a respeito das condições concretas para a igual possibilidade de prevenção e recuperação. A miséria de que Marx trata é miséria objetiva/subjetiva reciprocamente

[4] Lembremos que o governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) foi enfático na defesa da flexibilização das responsabilidades relativas aos direitos sociais.

[5] A grosso modo podemos dizer que a proposição de "novos paradigmas" está relacionada ao campo do debate pós-moderno, onde as noções iluministas de universalidade, verdade, emancipação, razão são noções que não mais se aplicam. Neste sentido, a história é contingente, imprevisível, uma construção discursiva a partir das identidades particulares como etnia, gênero. Ver Eagleton (1998), Wood (1999), Harvey (2002).

determinadas, tendo em vista que, sempre, as práticas se desenvolvem a partir das condições materiais postas e, mesmo assim, nada está dado definitivamente, o homem intervém o tempo todo, consciente ou alienado. As formas de consciência são formas de expressão da objetividade da vida social, não se trata nem de "insight subjetivo" e nem de "determinismos econômicos" (MÉSZÁROS, 1993, p.85).

Disto se depreende que um dado direcionamento das práticas constituintes e constitutivas dos complexos da saúde e da educação é prática essencial para os processos de re-produção social e trans-formação social. Estas práticas favorecem a re-reprodução social, a reprodução da sociedade tal como ela precisamente é hoje. A trans-formação (no sentido da emancipação humana) dessa sociedade exige um direcionamento das práticas constituintes e constitutivas qualitativamente diverso. Uma população doente, mal alfabetizada, destituída dos bens culturais já produzidos pela humanidade tenderá à re-produção das práticas que re-produzem a sociedade nos moldes atuais, isto é, sob a regência do capital viverá sob condições de escolha reduzida, restrita, subalterna e terá, nas necessidades básicas de sobrevivência, o centro de preocupação da sua vida cotidiana. Nestas condições, haverá mais chances que a população concorde com a idéia de que o SUS deve ser para os que não têm recursos (principalmente quando esta alternativa se apresenta como meio para diminuir as filas e facilitar o acesso) porque seu tempo, sua energia vital estão totalmente concentrados na prioridade da sobrevivência. Ela não é chamada a opinar porque já elegeu seus representantes e o poder da decisão política não lhe cabe. Por isto, e porque a vida cotidiana está dividida pelo poder de classe, é "natural" que aquele que dispõe de recursos compre saúde no sistema privado e aquele

que não dispõe de recursos siga na luta da "pequena política" por programas redistributivistas, focalistas.

Na luta pelo financiamento da saúde, é preciso discernir as diferenças ideológicas que estão na base do uníssono reconhecimento da carência de recursos.

A "TERCEIRA VIA" PARA O SUS

Nas reflexões sobre a "crise da saúde pública" há uma valorização do "debate metodológico" [6] através da reivindicação de "novos modelos e paradigmas" para o pensamento e práticas profissionais. São tendências que rejeitam o materialismo dialético no debate sanitário sobre a "questão social" da saúde. É bom lembrar que a luta pela Reforma Sanitária foi motivada pela crítica às determinações sociais, econômicas e políticas das doenças, crítica ao capitalismo. A saída, a transição, foi encontrada na responsabilização do Estado por políticas públicas, universais e igualitárias. O empenho para a definição de "novos paradigmas" cria as condições favoráveis para propostas políticas de cariz liberal-social, cujas intenções, supostamente humanizadoras, ocultam as diferenças entre a esfera pública e privada.

É neste quadro que a alternativa da "terceira via" ganha visibilidade e torna-se funcional.

"Os neoliberais podem gabar-se de estar à frente de uma transformação sócio-econômica gigantesca que vai perdurar por décadas" (ANDERSON,1995, p. 19): manter um Estado forte para

[6] Segundo Mészáros (2004, p. 324), as "*disputas metodológicas*" são expressões de "*antagonismos sociais latentes*" dos períodos de crise e transição social, por isto, "[...] *não são inteligíveis em termos estritamente metodológicos, devendo ser analisadas à luz das reivindicações hegemônicas das partes envolvidas*", ou seja, são disputas de determinações ideológicas.

implementar redução de déficit orçamentário, desregulamentação, "legislação anti-sindical", corte de gastos sociais, privatização, com conseqüências no aumento da desigualdade, do desemprego. Para Anderson (1995), o ideário neoliberal, tanto na esquerda como na direita, tem efeito acentuado a partir da condição "pós-soviética". A força ideológica da noção de que "*não há alternativa*", a não ser o capitalismo, se mantém mesmo com as conseqüências do aumento da desigualdade e desemprego.

O que se constata é um quadro de aumento da potência produtiva com aumento da exploração do trabalho (ANTUNES, 2006; POCHMANN, 2006). Sabemos o alto custo que isto tem para a saúde pública.

Esta alternativa tem, cada vez mais, alcançado espaço no debate sobre a direção do projeto da Reforma Sanitária e do SUS. Façamos um breve retrospecto das fontes da "terceira via".

Seu grande intelectual é Anthony Giddens, reconhecido e solicitado por Tony Blair na assessoria do programa de reforma da social-democracia quando cunhou termos que, por si só, já denotam seu significado político num governo do capitalismo com reformas modernizantes: *governança progressiva*; *nova democracia*; *esquerda modernizante*; *parcerias público-privado*; *novo trabalhismo*; *novo individualismo*; *gestão de serviços*, apenas para ilustrar os conceitos que já fazem parte dos argumentos correntes em várias instâncias institucionais [7].

Estas posições respondem às demandas sociais da contradição burguesa através de mecanismos de "*coesão social*", consideram que o desempenho da social-democracia do Estado de Bem Estar Social e dos socialistas são ineficientes. Não há

[7] Cúpula da Governança Progressiva. Reuniões: 1999: Florença, 2000: Berlim, 2002: Estocolmo, 2003: Londres. Pauta: defesa de projeto para além da esquerda e da direita. (LIMA; MARTINS, 2005, p.44).

mais antagonismo e nem projetos de classe (direita e esquerda), mas uma nova ordem social posterior à queda do Muro-89, à derrocada do Welfare State e ao fim do marxismo.

Para esta vertente, as economias socialistas não conseguiram compreender a importância e o significado dos mercados e, do mesmo modo que a social democracia e o neoliberalismo, estão pautadas pelo velho estilo da "ordem-bipolar". A "terceira via" é a tentativa de transcender estas referências tradicionais através de uma nova etapa da modernidade. Por isto, a centralidade das dinâmicas sociais está a cargo do mercado, das instituições, do conjunto de forças não mais comandadas pelo trabalho ou por classes sociais, mas pela pressão espaço-temporal propiciada pelo declínio do trabalho manual e da ascensão do Estado de corporações empresariais (GIDDENS, 2001).

Sem perspectiva de revolução, o objeto imediato é a sociedade de mercado e o problema é responder às situações que põem em risco a "*coesão social*". Coesão nos moldes da moralidade de Durkheim[8]. A partir do "*novo individualismo*" constitui-se uma forma diferente de promover a "inclusão social". Defende-se uma forma competente e justa de governar o capitalismo, de "humanizá-lo". Esta defesa corresponde ao limite da manipulação da imediaticidade da vida cotidiana; trabalha com o aparente, com generalizações sobre o "*bem comum*". Vejamos como este ideário se materializa no Estado brasileiro.

É no governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) que esta proposta é ajustada às peculiaridades dos interesses e condições das burguesias nacional, internacional e do setor

[8] "[...] a divisão do trabalho é a fonte, senão única pelo menos a principal, da solidariedade social" "Graças à divisão do trabalho, ou pelo menos por seu intermédio, garantiria-se a coesão social; ela determinaria os traços essenciais da constituição da sociedade" (DURKHEIM,1984, p.65-66).

financeiro. Com argumentos sobre a necessidade de modernização, e abertura do Estado para iniciativa privada, de um novo projeto societário para o país[9]. Nesta linha, a base político-institucional foi definida a partir da reforma do Estado[10]. O projeto de Reforma da Gestão Pública (1995) foi realizado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE)[11]. O intelectual e executor desta reforma foi o Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira (1994-1998). Este programa é a expressão da alternativa "terceira via" na vida institucional brasileira.

Vejamos a seguir exemplos da relação existente entre o projeto ideo-político de reforma de estado para a América Latina, campo e objeto de reprodução do capital financeiro internacional, e o projeto de Fundações Públicas de Direito Privado do governo Lula da Silva.

Primeiramente tratemos da proposta "*Uma Nova Gestão Pública para América Latina*", aprovada pelo Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD) em 1998[12], e das diretrizes contidas no documento "A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde" (MARE, 1998).

[9] No período da ditadura o Estado serviu ao capital via da transferência de recursos para os setores privados em todas as áreas. A repressão ao movimento operário/sindical foi fundamental para a super exploração da força de trabalho. Hoje este processo se dá através de um modo de transferência diferente, chamado de modernização; a privatização de empresas construídas com recursos públicos é o exemplo explicito.

[10] Documentos do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) são claros manifestos deste projeto (BRASIL, 1995, 1997).

[11] O MARE foi criado em 1995 e extinto em 1998.

[12] Este documento foi preparado pelo Conselho Científico do CLAD. Em 1995 este conselho era formado por: Bresser Pereira (presidência), Leonardo Garmier Rímolo, Oscar Oszlak, Joan Ptrats i Catalã, Adam Przeworski, Enrique Alvarez Conde e Nuria Cunill Grau. Foi aprovado pelo conselho diretor, que é composto por membros que são responsáveis pela implementação de reforma de Estado em 25 países. O CLAD foi constituído em 1972. É um organismo público internacional de caráter intergovernamental.

Segundo o documento do CLAD, o *laissez faire* neoliberal e o modelo "social-burocrático estatal" não conseguiram diminuir a pobreza e nem criar mecanismos democráticos de inclusão social na América Latina. Por isso, há necessidade de um novo Estado, de ser construído um "*terceiro marco institucional*", um novo espaço "*público-não* estatal"; uma tentativa de eliminar as diferenças entre espaço público e privado, de promover inclusão social e a democratização:

> [...] o CLAD defende que o Estado deve continuar atuando na formulação geral, na regulação e no financiamento das políticas sociais e de desenvolvimento científico-tecnológico, mas que é possível transferir o provimento desses serviços a um setor público não estatal [...] não se trata de privatização dos setores públicos na área social. O Estado continuará sendo seu principal financiador e, mais do que isso, terá um papel regulador [...] Essa confusão conceitual provém de uma visão dicotômica que contrapõe o "estatal" ao "privado. Assim, se o Estado não está realizando diretamente a prestação dos serviços, logo eles foram privatizados. Para sair desta dicotomia, o CLAD reconhece a existência de um terceiro marco institucional, espaço público-não estatal. Nesta perspectiva, o conceito de público ultrapassa o de estatal e abrange a capacidade de a sociedade atuar em parceria na provisão de serviços públicos, seja no controle, seja na provisão. A Reforma Gerencial do Estado propõe a transferência da prestação dos serviços públicos sociais ao espaço público-não estatal. (CLAD,1998, p.13).

Há congruência ideológica desta proposta com a alternativa "terceira via". Para Giddens (2001, p. 81;108)., a "sinergia entre os setores púbico e privado", com vistas ao interesse público, é uma solução do problema da crise da democracia porque a democracia não foi "suficientemente democrática".

Passemos à análise das propostas do campo da saúde no Brasil. A proposta de "Reforma Administrativa do Sistema de Saúde" (MARE,1998) introduziu arranjos de descentralização do sistema, criando formas competitivas através da organização das demandas de saúde. Dentro do sistema de atendimento do SUS foi criado um "*Subsistema de Entrada e Controle de um Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar*". Os consórcios são formas específicas deste modo de descentralização, são estratégias para aumento da competitividade e controle das unidades financiadas pelo SUS. Este foi o início da "terceira via" para o Sistema Único de Saúde. Depois de organizar a demanda, o segundo momento viria com propostas de reforma para os hospitais estatais. Algumas formas de parceria publico-privado através das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS), ainda de caráter segmentado, foram implementadas. A segunda etapa da reforma, de alcance universal, ficou apenas sinalizada:

> Os Hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrarem contratos de gestão, com poder executivo e assim participarem do orçamento federal, estadual ou municipal. Esta "publicização" dos hospitais estatais, entretanto, não integra a reforma administrativa ora proposta [...] A nova idéia é a de concentrar os esforços do governo no financiamento e no controle dos serviços prestados por esses serviços, ao invés do oferecimento direto pelo Estado [...]. Os hospitais e ambulatórios deverão, em princípio, ser órgãos públicos não-estatais, competindo entre si no fornecimento de seus serviços ao SUS. (MARE, 1998, p.17).

Notemos que, no ano de 1998, foram simultâneos os projetos de reforma gerencial para o SUS e a proposta de Reforma Gerencial para América Latina do CLAD.

Mas, é no governo Lula da Silva, em 2006, que esta ideologia se materializa integralmente como proposta de governo, através do Projeto de Lei Complementar do Governo Federal, ao indicar a transformação dos hospitais estatais em Fundações Públicas de Direito Privado. O projeto foi apresentado pela primeira vez ao público durante o seminário "Fundações Governamentais de Direito Privado" no Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEENSP), em outubro de 2006. Intitulado: "*A Conversão dos Institutos e Hospitais do Ministério da Saúde em Fundações Governamentais de Direito Privado*". O projeto não se limita à saúde; começa por ela e tem objetivo de implementar a mudança de modelo "jurídico-institucional" nas áreas consideradas como atividades não exclusivas do Estado: educação, assistência social, cultura, meio ambiente, ciência e tecnologia.

Não esqueçamos que o atual Ministro da Saúde José Gomes Temporão, com apoio de segmentos de intelectuais da saúde pública, que, como o próprio ministro, foram militantes da Reforma Sanitária[13], defende, hoje, o regime jurídico de fundação de direito privado para o SUS.

No texto "*A Conversão dos Institutos e Hospitais do Ministério da Saúde em Fundações Governamentais de Direito Privado*" (CEENSP-2006) defende-se a modernização da gestão, a eliminação do burocratismo estatal, a criação de modelo jurídico mais ágil com autonomia para os gestores, com contratos de gestão, avaliação por cumprimento de metas, flexibilização das relações de trabalho, descentralização...

[13] Referimo-nos ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

> A Reforma Bresseriana, na área administrativa, não buscou introduzir processos modernos de gestão, mas tão somente transferir para o setor privado a gestão pública [...]. Daí, a urgente necessidade de se reformar a gestão. Mas não apenas na dimensão da sua transferência a terceiro, como tem ocorrido, mas também dentro do próprio Estado, sempre que possível. (SANTOS, L, 2006b).

A centralidade da crise do SUS deve-se à má gestão. Por isto é preciso reestruturar o Estado para dotá-lo de eficiência e qualidade. Segundo este pensamento, se o modelo SUS nasce na contramão da emergência do neoliberalismo, cabe então criar formas de gestão compatíveis com esta nova condição.

Este novo modelo irá conferir vantagens aos gerentes privados, entre elas imunidade tributária, isenção de pagamento da seguridade e de imposto de importação. Os servidores públicos não contarão mais com o Regimento Jurídico Único (RJU), serão transferidos, recontratados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). O gestor terá autonomia de demissão e admissão. A contratação será através de seleção pública.

A isonomia jurídica dos profissionais é instrumento fundamental para a igualdade de direitos e autonomia ético-profissional. A proposta de eliminá-la corresponde àquela indicação do CLAD de segmentação hierárquica - uma elite capacitada, estável e responsável pela avaliação e regulação e os executores, que são mencionados não mais como profissionais da saúde, servidores públicos, mas como "pessoas" submetidas à gerência de um moderno e autônomo gestor da fundação. Este gerente só deverá responder pelos itens acertados no contrato de gestão. Fora isso, ele terá "autonomia de escopo", quer dizer, liberdade para atividades não incluídas no contrato: convênios, projetos, contratos, pesquisas,

formação profissional... O SUS fica reduzido ao financiamento, controle dos contratos e elaboração das políticas para os contratos.

Vejamos a profunda identidade deste projeto com diretivas CLAD:

- *o novo papel do Estado contempla formulação, financiamento, supervisão e regulação das políticas públicas,*
- aumento da eficácia, eficiência e efetividade da administração pública,
- aumento do grau de accountability (responsabilização) do sistema,
- "inspirado nas transformações ocorridas no setor privado, as quais têm alterado a forma burocrático-piramidal de administração, flexibilizando a gestão, diminuindo os níveis hierárquicos, e, por conseguinte, aumentando a autonomia de decisão dos gerentes - daí o nome gerencial.
- "responsabilização" dos administradores, avaliados pelos resultados efetivamente produzidos
- agilidade e flexibilidade"
- profissionalização da alta burocracia/ constitui núcleo central estratégico para fundamentar, na formulação, supervisão e regulação das políticas, uma elite burocrática tecnicamente bem preparada,
- não adoção de um padrão único de regime jurídico ou de contratação;
- descentralização da gestão como caminho da modernização, contrato de gestão, baseado em metas quantitativas e qualitativas, uma administração pública baseada em resultados,

- *vantagens do espaço público não-estatal, flexibilidade da administração pública, os grupos sociais que possuem esse espaço público não-estatal, em sua maioria, possuem motivação que vai além da pecuniária, aumento da capacidade de cooperação Estado-comunidade, democratização da gestão.* (CLAD,1998).

É difícil negar que esta proposta representa o segundo momento da reforma Bresser. A primeira etapa bresseriana implantou a idéia da gerência, as Organizações Sociais foram introduzidas, principalmente em São Paulo. Agora está em pauta uma reforma ampla e interna do sistema, atingindo o SUS integralmente.

Trata-se de uma "contra-reforma" da Reforma Sanitária. E, pelo que consta, é mais ameaçadora porque, ao inserir o espírito da competição entre profissionais da saúde, num contexto de arrocho salarial e parcos recursos públicos para financiamento de pesquisa e formação profissional, completa o sentido competitivo que Bresser, na década de 90, já havia implantado na base do SUS, através do subsistema de saúde aqui mencionado.

A REFORMA DOS HUS E A PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Esta investida não se limitou ao SUS. Estende-se aos hospitais públicos universitários e à produção de conhecimento. Tomemos como exemplo as seguintes iniciativas: o relatório "*Os Hospitais vinculados às Instituições de Ensino*" (2006) do Grupo de Trabalho Interministerial (MEC/MS/MCT/MP) e a Lei de Incentivo à Pesquisa Científica.

O Grupo de Trabalho Interministerial – instituído no âmbito do Ministério da Educação através da Portaria Interministerial n. 1643 de 3 de outubro de 2006 [14] – realizou parecer técnico sobre a gestão e financiamento dos HUs vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES)[15].

A política de criação de indicadores para credenciamento e qualificação dos HUs, apesar de conter aspectos importantes para a sua qualificação, na verdade, proporcionou a oportunidade, para o governo, da construção de um diagnóstico das condições e desempenho destas unidades. Este diagnóstico forneceu dados para a implementação da proposta reformista de mudança da natureza jurídica e da função social dos HUs. Igualmente, no lugar da reivindicação de aumento do financiamento público para a

[14] Estas duas medidas foram precedias por um amplo programa de reestruturação dos hospitais universitários, integrados ao SUS. A Portaria 562, de 12 de maio de 2003, instituiu a Política de Reestruturação dos HUs com o objetivo de atuar na integração destas unidades ao SUS, a partir de mudanças no modelo de financiamento de contrato. Faz parte desta política a Portaria número 1000 do Ministério da Educação, de 15 de abril de 2004, que tratou de estabelecer parâmetros para o funcionamento dos hospitais universitários, através da avaliação dos seguintes indicadores: - Residências Médicas credenciadas, acompanhamento docente para os estudantes de graduação e preceptoria para os residentes, estruturas para pesquisa e ensino, comissões de ética em pesquisa, documentação médica, estatística e óbitos, vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância em saúde, educação permanente, atenção multiprofissional, priorização do SUS com compromisso de atingir um percentual de 100% SUS no prazo de 4 anos, serviços de emergência e urgência, adesão à Política de Humanização do SUS, formação de Conselho Gestor com a participação da comunidade universitária. Tanto esta Portaria como a Portaria do Ministério da Saúde n. 1006, de 27 de maio de 2004, estabelecem teto para o financiamento com valores fixos para metas assistenciais de média complexidade, ensino e pesquisa. E para os procedimentos de alta complexidade o teto para o pagamento fica dependente da produção real.

[15] Segundo o relatório do Grupo Interministerial do MEC: "O Brasil tem 148 hospitais de ensino ligados ao SUS. A rede de hospitais universitários (HUs) do Ministério da Educação é composta por 45 unidades (hospitais, maternidades, institutos e centro hospitalares) que integram ou se vinculam à estrutura de 30 das 58 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES)"

assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão universitária, a atenção se volta para o tema da gestão.

O relatório é claro, mesmo com a insuficiência de recursos. Principalmente para as atividades de média complexidade, o problema dos HUs reside no "*desperdício por conta das deficiências de gestão, planejamento e integração entre as esferas de governo*". A razão das deficiências é atribuída ao "*modelo jurídico institucional*", que limita a "*autonomia gerencial, orçamentária e financeira*", e à administração rígida e centralizada de pessoal, que contribui também para o não cumprimento da carga horária pelos técnicos administrativos. Tudo isto impede a "*boa governança*".

A solução está na necessidade de um novo modelo de gestão que compreenda: flexibilidade e agilidade, plano de cargos por instituição, regime CLT, limite de gastos com pessoal, estabelecimento de colegiado com poder de deliberação, contrato de gestão assinado com seus "grandes parceiros" – universidade e SUS a partir da criação da categoria *fundação estatal*. O modelo indicado faz referência e endossa plenamente a proposta das Fundações Públicas de Direito Privado:

> [...] o MP encaminha, no início de dezembro/2006, à Casa Civil, projeto de Lei Complementar que estabelece que o Poder Público poderá instituir, mediante lei específica, fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado, que atuarão em áreas como educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, turismo, comunicação e previdência complementar do setor público, dentre outras [...] prestação de serviços com base em contrato de gestão, que terá por objeto a contratação de serviços, a fixação de metas de desempenho [...] isto significa que a fundação estatal não terá assegurado recursos para o seu funcionamento nos orçamentos fiscal e da seguridade, como ocorre com os entes de direito público instituídos pelo Estado, inclusive no que tange à folha de pessoal, fixados. (BRASIL. Ministério da Educação, 2006).

Nestes termos, o relatório indica:

> [...] que os ministérios desenvolvam os estudos para a transformação dos hospitais universitários das IFES, tendo como moldura institucional a ser alcançada a fundação estatal, nos termos já elaborados pelo Ministério do Planejamento, com a participação do Ministério da Saúde. (BRASIL. Ministério da Educação, 2006).

Compondo este contexto de reforma, no campo da produção de conhecimento científico e tecnológico, a Lei 10.973, de 2 de dezembro de 2004, conhecida como Lei de Inovação Tecnológica, dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica. Num momento em que as universidades públicas vivem crise de recursos públicos, esta lei, no seu conjunto, favorece a participação da iniciativa privada na produção acadêmica.

No seu Artigo 4º existe uma indicação de qualificação das ICT (Instituições Científicas e Tecnológicas) como prestadoras de serviços:

> as ICT poderão, mediante remuneração e por prazo determinado, nos termos de contrato e convênio: compartilhar seus laboratórios, equipamentos, instrumentos, materiais e demais instalações com microempresas e empresas de pequeno porte em atividades voltadas à inovação tecnológica, para consecução de atividades de incubação, sem prejuízo de sua atividade finalística. (BRASIL. Lei 10.973, 2004).

A possibilidade de acordos com a iniciativa privada favorece a desobrigação do fomento público para a garantia da autonomia científica. O Artigo 20 desta lei tende a agravar este quadro ao criar condições para a transferência da atribuição da universidade para "*órgãos e entidades da administração pública*" que "*poderão*

contratar empresa, consórcio de empresas e entidades nacionais de direito privado sem fins lucrativos" para o desenvolvimento de pesquisas. Por outro lado, a lei permite que o setor público financie projetos privados a partir do estímulo à iniciativa individual, sob a forma de "retribuição pecuniária", criando a figura do "docente empreendedor". Isto também fragiliza a autonomia acadêmica e introduz mecanismos de competição por recursos.

No Brasil, a produção científica tem ficado a cargo das universidades públicas e, portanto, a sua reversão deveria implicar o domínio público na direção de interesses universalizantes, socializadores e fora dos interesses do mercado[16].

Entendemos que tanto a Lei de Inovação Tecnológica como o Projeto das Fundações Estatais constituem instrumentos de abertura para os interesses privados na produção de conhecimento e na atenção à saúde.

NOTA FINAL

Resumidamente, em relatório sobre o desempenho hospitalar no Brasil, o Banco Mundial (2007) avalia que o gasto com saúde no país é alto. Propõe contenção de gastos como tema para a política de saúde brasileira. Elogia as experiências das organizações sociais na saúde e reafirma a tese de que a eficiência e a qualidade no desempenho não dependem de aumento de recursos, mas de mudança no modelo de gestão.

[16] Premio Nobel de Medicina, no ano de 1993, por investigações sobre o DNA, o cientista Richard Roberts declara que as indústrias farmacêuticas privadas não têm interesse em pesquisa de fármacos que acabem com patologias. Priorizam as enfermidades de longo prazo porque seu objetivo é obter benefícios. Disponível em: (http://www.publico.es/ciencias/130193/a/farmaceuticas/interesa/buscar/curacion).

Diferentes são as conclusões do relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre as organizações sociais de saúde no Estado de São Paulo. O relatório propõe a reversão da situação jurídica diante de problemas relacionados à terceirização e/ou quarteirização dos serviços, ao uso de equipamentos públicos por agentes privados e à precarização dos contratos de trabalhos[17].

A Conferência Nacional de Saúde de 2007 rejeitou o projeto fundações. Indiferente, o governo federal segue na aprovação do Projeto de Lei 92/2007.

Este quadro mostra que a proposta de reforma do governo Lula da Silva está ideologicamente comprometida com os objetivos e posições das agências imperialistas do capital financeiro mundial. São vigorosas as mediações que estes órgãos estabelecem para dirigir a vida social no mundo. Produzem dados, diagnósticos, idéias, tudo isto para cuidar da reprodução da população para o capital.

Entendemos que as idéias dominantes, assim como o direito, são expressões da ordem produtiva dominante, do conflito e domínio de classe. Por isto, é emergente o revigoramento da crítica sanitária na perspectiva materialista e dialética. O SUS, seu sentido socializante, é resultado de disputas de classe. Reforma, para o movimento sanitário na sua origem, não significava governar o capitalismo de modo mais competente e justo, mas significava transformar as condições de saúde da população brasileira, das classes trabalhadoras. Tratava-se de uma luta ideologicamente voltada para a universalização e democratização da saúde, a

[17] O presidente do Conselho Nacional de Saúde lembrou que, em 2007, "*A Fundação Zerbini, entidade privada que administra o hospital, acumulou uma dívida de R$ 246 milhões ... Um dos tripés do SUS - o controle social - não é respeitado no Estado. O Conselho Nacional de Saúde se posicionou contra as OSS e a terceirização da saúde*" (Jornal Folha de São Paulo, 5 de Julho de 2008).

negação da sua mercantilização e a criação de condições para a transição socialista. Então, revigorar o movimento pela Reforma Sanitária é necessário, mas na sua pauta deve estar presente o debate sobre "projeto de saúde e projeto de sociedade".

REFERÊNCIAS

ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.) **Pós-neoliberalismo:** as políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p.9-23.

ANTUNES, R. (org.) **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2006.

BANCO MUNDIAL. **Desempenho Hospitalar no Brasil**. Em busca da Excelência. Relatório 2007. Disponível em: http:// siteresources.worldbank.org/INTLACBRA ZILINPOR/Resources/ HBeBook_Summ_port.pdf.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado.** Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, 1995.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde/ MARE, 1998. **Caderno Maré da Reforma do Estado;** c. 13. Disponível em: http:// www.reformadagestaopublica.org.br /documents /mare/cadernosmare/ caderno13.pdf. Acesso em jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Grupo de Trabalho Interministerial. **Os hospitais vinculados às instituições de ensino - Relatório**. Brasília: MEC/MS/MCT/MP, 2006.

CARVALHO, G.. Gasto com a saúde no Brasil em 2006. **Radis Comunicação em Saúde**, n.55, março 2007. Disponível em: <htpp:// www.ensp.fiocruz.br/radis/55/web-01.html>. Acesso em jan. 2008.

CLAD uma nova gestão pública para América Latina. **Relatório do Conselho Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento, 1998.** Disponível em: http://www.org.ve/ulltext/ngppor.pdf. Acesso em jan. 2008.

DURKHEIM, E.; RODRIGUES, J.A. (org.). **Sociologia.** 3. ed. São Paulo: Ática, 1984.

EAGLETON, T. **As Ilusões do Pós-Modernismo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

GIDDENS, A. **A Terceira Via**: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.

HARVEY, D. **O Novo Imperialismo**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

_____. **Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

LUKÁCS, G. **Os princípios ontológicos fundamentais de Marx**. São Paulo: Editora Ciências Humanas, [s.d].

LIMA, K.R.S.; MARTINS, A.S. Pressupostos, Princípios e Estratégias. In: NEVES, L.M.W. (Org). **A Nova Pedagogia da Hegemonia:** estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005.

MANDEL, E. La teoría marxista de las crisis y la actual depresión económica. Conferência em seminário: "Marxismo Crítico", Atenas, 1983. Tradução Revista Sous le drapeau du socialisme, Paris, n. 97-98, 1984, editado em Coyoacan, México, 1985. Reeditada Globalizaçion, **Revista de Economia, Sociedad y Cultura,** 2003. Disponible em: <http://www.rcci.net/globalizacion/2003/fg360.htm>.

MARX, K ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista in Karl Marx e Friedrich Engels**. São Paulo: Edições Sociais, 1977. Textos 3

Marx, K. **Crítica ao Programa de Gotha**. Disponível em: http://antivalor.vilabol. uol.com.br/textos/marx/tx_marx_02.htm.

MÉSZÁROS, I. **O Poder da Ideologia.** São Paulo: Boitempo, 2004.

_____. **Filosofia, Ideologia e Ciência Social**. Ensaio de negação e afirmação. São Paulo: Ensaio, 1993.

POCHMANN, M. Desempregados no Brasil. In: ANTUNES,R (Org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006. p.59-73.

SANTOS, L. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. **Radis Comunicação em Saúde,** n. 49, set. 2006. Disponível em: <htpp://www.ensp. fiocruz.br/radis/web-02.html>.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-12320 07000200019&lng=pt&nrm=iso.

WOOD, E. M. ; FOSTER, J. B. (orgs.) **Em defesa da história**. Marxismo e pós-modernismo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E AS FUNDAÇÕES ESTATAIS DE DIREITO PRIVADO: duas faces da contra-reforma de estado na saúde

Virginia Junqueira[1]

Resumo

Este texto aborda o advento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, no final da década de 80, como uma das mais importantes vitórias de um movimento reformista envolvendo vários setores da sociedade brasileira, cujo horizonte era a estruturação de uma Seguridade Social de caráter solidário. A onda de contra-reformas que desmantelou o Estado brasileiro a partir do início da década de 90, transferindo, de forma sem precedente, riquezas e poder para a iniciativa privada, deu origem a várias Emendas Constitucionais que desfiguraram a Constituição Federal brasileira de 1988 e que alcançaram o SUS, que apenas começava a sair do papel. Foram introduzidas formas de gestão, apresentadas como inovadoras, tais como as Organizações Sociais, que, na verdade, enfraquecem a verdadeira inovação do SUS: a possibilidade de controle público, com a participação dos usuários e dos trabalhadores do sistema, sobre a formulação e a condução da política de saúde no Brasil. Discute-se como as fundações estatais de direito privado, propostas pelo Governo Federal em 2007 como nova forma de gestão para o SUS, colocam problemas semelhantes aos provocados pelas Organizações Sociais ao não fortalecerem o controle público sobre o sistema.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Reforma de Estado. Formas de gestão. Controle publico.

[1] Doutora em Ciências pelo Dep. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, médica sanitarista e pediatra.

Abstract

This text concerns Unified Health System _ SUS advent in Brazil in the late eighties as one of the most important victories of a reformist movement, involving many sectors of the Brazilian society, which objective was the structuration of a solidary Social Security. The counter-reformist wave, that dismantled the Brazilian State apparatus since the beginning of the nineties, transferred in a unmatchable manner richness and wealth to the private sector and gave rise to several Constitutional Amendements which defaced the 1988 Brazilian Federal Constitution and reached SUS when it just began to be constructed. Some management modalities were introduced as innovation by this counter-reformist movement into the health public system, such as Social Organizations. Actually, those management forms weaken the SUS' most important innovation, which is the public control over the health services and system, afforded by the participation of users and health workers. The Private Right State Foundation, proposed by the Federal Government for the SUS, in 2007, as a new management form, suffers from the same problems as it does not strengthen the health system public control.

Key words: Unified Health System. State Reform. Managemen modalities. Public control.

INTRODUÇÃO

Fruto das conquistas do processo de redemocratização do país e do movimento da reforma sanitária brasileira - cujo coroamento havia sido a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com ampla participação de representantes de movimentos populares, dos meios acadêmicos, lideranças políticas e sindicais, entre outros - o Sistema Único de Saúde - SUS foi criado pelo texto constitucional de 1988 (BRASIL, 1988). Pela primeira vez na história brasileira, o Estado se comprometeu

com um discurso de cidadania plena e universal, garantido, no setor saúde, pelos princípios de universalidade, integralidade da atenção, participação e descentralização com comando único em cada esfera de governo. Além disso, apontava para a necessidade de intervenções intersetoriais, com um olhar voltado para a produção de saúde do cidadão e não apenas para o consumo de procedimentos médicos.

Observe-se que a totalidade do texto constitucional seguia a mesma lógica de intervenção do Estado nas várias instâncias da sociedade. Entre outros exemplos, destaca-se o estabelecimento, no texto constitucional da taxa de 12% ao ano, como teto dos juros bem como um controle inflexível do capital financeiro por parte do Estado, decisões impensáveis nos dias de hoje até pela esquerda política do país. Tratava-se, em síntese, nesse e em outros pontos, da reversão do desenvolvimentismo conservador do período militar, fortemente concentrador de renda, em um modelo que privilegiasse o bem-estar social e econômico da população.

No entanto, este foi apenas um ensaio de Welfare State brasileiro. Em 1990, com Collor, o debate acerca dos projetos políticos entrou em cheio na chamada agenda neoliberal. Na verdade, esse movimento não era absolutamente novo na história nacional. Na saúde, recrudesceu a disputa de interesses em torno do dinheiro público destinado à assistência médica. Os textos das leis federais que regulamentaram o SUS mostraram as pressões: foram incorporadas contradições aos princípios da Reforma Sanitária, notadamente no que concerne à liberdade da iniciativa privada, ao financiamento do setor, ao repasse de recursos e ao controle público do sistema. A primeira destas leis, a Lei Federal 8080, de agosto de 1990, teve os artigos sobre financiamento e participação popular vetados pelo Executivo (BRASIL,1990). Seguiu-

se daí intensa negociação que produziu a Lei 8142, em dezembro do mesmo ano (BRASIL, 1990). A partir daí, a constituição do SUS, com base nos sistemas municipais de saúde, prosseguiu com intensidade bastante heterogênea no país. As Secretarias Estaduais de Saúde, que, na década de 80, haviam conformado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), transferiram a rede básica de saúde para a esfera municipal, retendo em muitos casos a rede hospitalar, por questões de disputa de poder. Como conseqüência, não há, ainda hoje, em muitos municípios cuja rede é mais complexa, a concretização do princípio que é condição sine qua non para a existência do SUS, isto é, o comando único em cada esfera de governo.

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) passou a dirigir a política do setor através de Normas Operacionais Básicas (NOB). A primeira delas, datada daquele ano, apenas reconhecia os municípios como prestadores de serviços, que então passaram a ser remunerados por produção, da mesma forma que o setor privado. Dois anos depois, em 20 de maio de 1993, foi editada outra norma operacional, como resultado de grande mobilização de lideranças dos secretários municipais de saúde e, diga-se de passagem, resultado também de um momento no qual o governo Itamar Franco, apesar de todas as suas ambigüidades, tentava se contrapor ao discurso ultra liberal de Fernando Collor.

O título da portaria da NOB 01/93, publicada no Diário Oficial da União, falava por si: "A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei" (BRASIL, 1993). Apesar deste título, o passo seguinte para que a lei fosse finalmente cumprida só foi possível em agosto de 1994, ainda no governo Itamar Franco. Rompendo o bloqueio da equipe econômica, as principais lideranças dos secretários municipais de saúde conseguiram que o presidente assinasse o decreto Fundo

a Fundo, que permitia o repasse direto do Fundo Nacional para os Fundos municipais de Saúde. Este foi o ponto de partida da concretização da NOB 93, que estabelecia três modalidades de gestão: incipiente, parcial e semiplena.

A assunção desta última forma de gestão, a mais avançada, por um grupo inicial de 24 municípios, ainda em 1994, foi uma verdadeira aposta dos secretários municipais de saúde no SUS, não obstante a insegurança quanto ao repasse regular de recursos pelo governo federal e a incerteza sobre a capacidade em assumir novas e grandes responsabilidades, sem contar, na maior parte dos casos, com suporte por parte das Secretarias Estaduais de Saúde. Ao contrário, a atitude destas últimas era de omissão ou oposição, segundo os gestores municipais. Pode-se afirmar que o advento da gestão semiplena transformou os municípios em verdadeiros gestores do SUS, dando-lhes uma maior capacidade de gestão do sistema de saúde, principalmente em itens como: definição de prioridades mais próximas da realidade sanitária local, gestão do sistema com maior controle do setor privado-contratado e filantrópico-conveniado e considerável ampliação dos quadros de trabalhadores da saúde – em alguns casos, vale salientar, esse processo teve forte participação popular por meio dos conselhos municipais de saúde.

Apesar desta avaliação positiva da gestão semiplena, no entanto, não houve, por parte do governo federal, estratégias para que a NOB 93 avançasse.

UM SÓ PROJETO: a "intensa colaboração" entre os Ministérios da Saúde e da Administração e Reforma do Estado (MARE)

De 1995 em diante houve fortalecimento da política neoliberal - pela primeira vez, de fato, estruturada como um projeto

- acelerando-se o processo de privatização de atividades e funções do Estado. Um dos pólos de maior importância na formulação, irradiação e implantação desse projeto foi, sem dúvida, o Ministério da Administração e Reforma de Estado - MARE. Foi essa pasta a responsável pela operacionalização dos ideais de Estado Mínimo e a "aplicação de parâmetros da administração empresarial ao setor público" por meio de suas propostas gerencialistas. Resumidamente, a proposta era a privatização das estatais, profissionalização das áreas entendidas como exclusivas do Estado – justiça e fiscalização fazendária, por exemplo - e, para as áreas sociais, uma surpreendente "inovação" na gestão, a criação de um setor público não-estatal, viabilizado pela lei das Organizações Sociais (OS).

A Norma Operacional Básica, de 6/11/96 (NOB/96), não obstante ter sido editada pelo Ministério da Saúde, tem que ser interpretada como parte integrante desse projeto, o que se confirma pela informação contida nos Cadernos do MARE de março de 1998, de ser esta NOB produto de "intensa colaboração entre os dois Ministérios". Pela primeira vez, de maneira articulada e muito distante dos atropelos da era Collor, discutiu-se a remodelação do SUS, a maior conquista da sociedade brasileira das últimas duas décadas.

Esta NOB, talvez pelo elevado número de versões (chegando a 17) ou por tentar conciliar pontos absolutamente díspares, apresentava notável falta de coerência em alguns de seus pontos (BRASIL,1996). No início do documento, por exemplo, eram nomeados os três campos de atenção à saúde a serem trabalhados pelo SUS: a assistência médica propriamente dita; as intervenções ambientais "incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, etc.; e as "políticas externas ao setor saúde, que interferem nos

determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação..." etc.. A essa ambiciosa proposta de atenção à saúde a NOB propunha um "novo" modelo de atenção à saúde centrado no enfoque epidemiológico em contraposição ao clínico. Ora, "é necessário compreender que a clínica e a epidemiologia são, sempre foram, e sempre serão, instrumentos complementares da assistência". Muito simplificadamente, a resposta social adequada a ser dada às necessidades de saúde da população deve dispor e fazer uso de todos os saberes e práticas que forem pertinentes, obviamente com ênfase sempre nas ações que visam evitar que os agravos se instalem, em outras palavras, ênfase nas ações que buscam alterar o processo de determinação da saúde e da doença. Portanto, é questionável esta oposição forçada da clínica à epidemiologia.

No setor Saúde a Reforma do Estado de Bresser Pereira deu origem também à Lei Federal nº 9.637, de 1998, que instituiu as Organizações Sociais- OS (BRASIL, 1998). No estado de São Paulo foi editada uma lei estadual sobre as OS, a Lei Complementar 846, de 4 de junho de 1998 (SÃO PAULO, 1998). Nesta lei, a bancada de deputados que se opôs à privatização do patrimônio público conseguiu negociar que não fossem entregues para as entidades filantrópicas os serviços já em funcionamento e que exclusivamente os usuários do SUS fossem atendidos pelas OS. A introdução das OS, como forma de gestão, harmonizou-se totalmente à Lei da Responsabilidade Fiscal que, editada em 2000, cerceou a possibilidade de expansão do quadro de pessoal da administração direta e indireta no serviço público, nos três níveis de governo.

A NOB/96 e as Leis federal e estadual sobre as OS introduziram mudanças estrutural, funcional, no financiamento e nas relações de trabalho do SUS.

A mudança estrutural ocorreu pela criação de dois subsistemas no lugar do SUS. São eles:

a) "Subsistema" de atenção básica, executado através do Programa de Saúde da Família (PSF) e baseado na atenção simplificada dirigida aos pobres. Este "subsistema" compraria serviços das OS que compõem o segundo subsistema;

b) "Subsistema" de atenção hospitalar, centrado nas internações e procedimentos de alta complexidade, no interior do qual as OS competem entre si para prover serviços de "menor custo e melhor qualidade".

A proposta era explícita - refrear a demanda a partir do subsistema de atenção simplificada, selecionando o acesso aos serviços mais complexos, isto é, reservando-os aos economicamente viáveis, aos mais "aptos".

Durante os dois governos de FHC houve incentivo do governo federal para que a execução de ambos os "subsistemas" estivesse a cargo das entidades privadas financiadas pelo Estado. Um exemplo disto é o que se passou no município de São Paulo, onde a implantação do PSF pela Secretaria de Estado da Saúde foi operada por fundações e organizações sociais.

Já as OS são entidades regidas pelo direito privado, com financiamento estatal e gerenciadas por instituições do chamado terceiro setor (Organização Não Governamental - ONG, cooperativas e entidades filantrópicas). Entre as vantagens alardeadas estariam: a- uma maior flexibilidade na contratação de pessoal, realizada sem concurso público e fora dos parâmetros do estatuto do servidor público; b- um processo de compras mais ágil e menos corrupto; c- o estabelecimento e posterior cobrança de metas por meio de um contrato de gestão entre o Estado e a OS.

Neste sentido, é comum a afirmação de que estas entidades teriam agilidade superior à do serviço público estatal. Este

argumento, contudo, revela-se um artifício usado como fuga à prestação de contas. Segundo um dos artífices desta proposta, o ex-ministro Bresser Pereira, as OS são públicas porque atendem ao interesse geral e não a interesses corporativos ou particulares, dado que são entidades sem fins lucrativos. Em um arroubo de sinceridade, o supracitado admitiu não ser bem assim:

> Em princípio todas as organizações sem fins lucrativos são ou devem ser organizações públicas [...] são ou devem ser porque uma entidade formalmente pública e sem fins lucrativos, pode na verdade, tê-los. Nesse caso trata-se de uma falsa entidade pública. São comuns casos desse tipo. (BRESSER PEREIRA,1997, p.26).

A admissão de que são comuns os casos em que as entidades sem fins lucrativos passam a tê-los dispensa comentários. É óbvio que o problema não se resume apenas à questão contábil - ter ou não fins lucrativos. Trata-se de uma intervenção de cunho privado nas políticas estatais de Seguridade Social e de Educação expressas na Constituição e legislação ordinária.

A legalidade das OS foi questionada, já em 1998, por duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade – ADIN, uma delas movida pela Ordem dos Advogados do Brasil – OAB (OAB, 1998). Estas ADIN apontaram como inconstitucional a outorga pelos governantes, caracterizada como "imperial" por alguns juristas, da qualificação de OS a entidades privadas de fins não lucrativos, sem que um processo de licitação pública garantisse a impessoalidade desta escolha. O julgamento da liminar relativa a estas ADIN foi concluído pelo Supremo Tribunal Federal apenas em 2007, ou seja, quase 10 anos depois da edição da Lei Federal. Esta forma de gestão já havia se disseminado em vários estados brasileiros. Diante do fato consumado, a liminar foi perdida, restando o julgamento do mérito.

Cabe assinalar que, já em maio de 1997, o Conselho Nacional de Saúde - CNS já havia se pronunciado, em deliberação unânime, contrariamente ao projeto de lei que instituía as OS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997). Tal posicionamento foi ratificado em março de 2005 quando o CNS aprovou deliberação contrária "à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde assim como da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou outros mecanismos com objetivo idêntico, e, ainda, a toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde" (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005). O Conselho estabelecia então o prazo de 12 (doze) meses, a partir daquela data, para que os órgãos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) adotassem medidas para o cumprimento da deliberação (CNS, 2005). Nada foi feito neste sentido até esta data.

COMO FUNCIONAM AS OS NO ESTADO DE SÃO PAULO?

Em São Paulo, o paralelismo da rede gerenciada pelas OS e seu caráter privado, que não se submete à democracia do SUS, ficam evidentes pelas dificuldades encontradas pelo Conselho Estadual de Saúde para obter a prestação de contas destas entidades. As atividades dos hospitais das OS são decididas nos Conselhos de Administração, nos quais a população usuária não participa. Não há conselhos gestores, como manda a Lei 8080, já citada. Vários hospitais, sob responsabilidade das OS, não abrem a porta de pronto socorro para a população, posto que a abertura da porta desorganizaria o funcionamento do hospital, nas palavras de alguns dos defensores da manutenção de "pronto-socorros" atendendo apenas pacientes referenciados. A priorização das OS

por parte do governo estadual de São Paulo tem se evidenciado desde 2000 pelos recursos orçamentários destinados à construção dos novos hospitais a serem entregues, tanto estaduais quanto no município de São Paulo.

A dificuldade de enfrentamento das Organizações Sociais como modelo de gestão no setor público da saúde se manifesta sob diversas formas: como há interesse, por parte dos governantes que as implementam, em provar seu sucesso, alegam-se vários obstáculos e "emperramentos" para paralelamente aprimorar os processos de gestão e gerenciamento da rede de serviços sob administração direta. Para a população usuária apresentam-se então as Organizações Sociais como solução para as precariedades da rede de serviços sob administração direta.

Como decorrência dos obstáculos enfrentados para exercício do controle público destas entidades, no final de 2006 o Conselho Estadual de Saúde de São Paulo – CES - SP, órgão máximo de deliberação sobre a política estadual de saúde, posicionou-se contrariamente às OS e a outras formas de terceirização no SUS-SP e aprovou, em 2007, o Plano Estadual de Saúde ressalvando seu desacordo em relação à permanência das OS como forma de gestão (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2006).

No entanto, esta deliberação não produziu nenhuma mudança na política conduzida pela Secretaria Estadual de Saúde e a terceirização dos serviços avançou rapidamente abrangendo laboratórios de hospitais estatais e ambulatórios de especialidades.

Em meio a tantos percalços para o exercício do controle democrático da política de saúde, em 2007 outra forma de gestão foi apresentada como solução para o SUS, agora formulada pelo Ministério da Saúde: as fundações estatais de direito privado, cuja proposta coloca problemas semelhantes para o controle público do sistema e para os trabalhadores do sistema.

FUNDAÇÃO ESTATAL DE DIREITO PRIVADO: imbróglio jurídico, retrocesso político e no controle público do SUS

Aparentemente movido pela necessidade de resolver a situação jurídica ilegal em que se encontram alguns hospitais do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, o governo federal, através do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG e do Ministério da Saúde - MS elaborou projeto de lei instituindo fundações estatais de direito privado para a gestão daqueles estabelecimentos (BRASIL, 2007). Evidencia-se para um olhar mais atento que esta proposta deve extrapolar a resolução destes casos-problema e se tornar modelo para o setor de assistência hospitalar e especializado do SUS e, quem sabe, chegar à atenção básica.

Não se pode isolar esta aparente solução de impasses na gestão do SUS das escolhas políticas do governo Lula. Em outras palavras, o projeto de lei deve ser analisado como medida integrante das iniciativas políticas que, ainda que pinceladas por algumas contradições, mais que uma tendência, sinalizam o predomínio, no governo federal, de uma condução política e de decisões que não contrariam as teses de retirada do Estado de certas funções. Como já mencionado, esta desresponsabilização do Estado e a transferência de várias funções para a iniciativa privada, entre as quais as da saúde, educação e previdência foram o fulcro das emendas constitucionais aprovadas nos dois mandatos de FHC, que concretizaram a (contra) reforma de estado, que atingiu duramente também o SUS na década de 90.

As críticas a este projeto podem sucintamente ser divididas em quatro aspectos principais: aspectos jurídicos, referentes aos trabalhadores da saúde e à seguridade social, ao controle público do SUS e à inserção das fundações no sistema de saúde.

Aspectos jurídicos

Pela leitura de um documento de exposição de motivos do MPOG verifica-se que a legislação na qual o governo se baseia para elaborar seu projeto de lei é predominantemente oriunda de atos editados durante a ditadura militar e da reforma de estado do período FHC, atos estes que suscitam inúmeras controvérsias entre ilustres juristas. No histórico anuncia-se com clareza que

> as fundações instituídas pelo poder público surgiram no país quando o estado passou a desempenhar um papel mais participativo na sociedade, no que se refere à prestação de serviços públicos em setores nos quais o Estado não detém a exclusividade, mas atua de *forma concorrente* (grifo nosso) com a livre iniciativa em áreas como a de saúde, educação, cultura, esporte e pesquisa BRASIL, Ministério do Planejamento..., 2007, p. 4) 2007, p.4). Grifo nosso.

Este fraseado não fica nada a dever às formulações da (contra) Reforma de Estado da década de 90. É só conferir os textos do ex-titular do Ministério da Administração e Reforma de Estado - MARE, Bresser Pereira (1995 e 1997).

Resumidamente, seguem-se algumas informações colhidas no documento do MPOG que revelam o imbróglio jurídico constituído pela legislação acerca das fundações:

1. O conceito de fundação está relacionado em sua origem com filantropia e as pessoas físicas ou jurídicas que as instituem utilizam-nas como meio de transmitir seus ideais e convicções.
2. No Brasil as referências às fundações no setor público remontam à década de 40.
3. A doutrina brasileira define fundação como pessoa jurídica oriunda do direito privado, tendo como características a

figura do instituidor, o fim social e a ausência de fins lucrativos.

4. No período da ditadura militar o decreto 200, de fevereiro de 1967, definiu as fundações instituídas pelo poder público como pessoas jurídicas de direito privado, regidas pelo Código Civil, no que diz respeito a obrigações civis, comerciais e trabalhistas, e as integrava à administração indireta.
5. Ainda sob a ditadura militar, este decreto foi modificado pelo decreto-lei 900, de setembro de 1969, que subtraiu as fundações do rol das entidades da administração pública e deixou-as apenas sob a regência do código civil.
6. Em 1984 o STF, ainda nos marcos da Constituição de 1967, decidiu que as fundações públicas podiam ser de direito público ou privado, reconhecendo que as fundações tem a mesma finalidade e são dotadas dos mesmos elementos que as autarquias:

> nem toda fundação instituída pelo Poder Público é fundação de direito privado. As fundações instituídas pelo Poder Público que assumem a gestão de serviço estatal e se submetem a regime administrativo nos Estados membros são fundações de direito público, e portanto, pessoas jurídicas de direito público. Tais fundações são espécie do gênero autarquia... (BRASIL. Supremo Tribunal Federal, 1984).

7. Em 1986 o decreto-lei 2229 reintegrou as fundações à administração indireta.
8. Em 1987 o decreto 200/67 teve sua redação modificada, as fundações foram excluídas das normas de fiscalização pelo código civil e tiveram seu caráter privado mantido.
9. Na época da Constituinte, em 1987, entre os debates travados no campo jurídico, aquele que dizia respeito às

fundações também dividiu as concepções em dois campos: o dos privatistas (entre os quais Hely Lopes Meireles) e o dos publicistas (liderados por Celso Antonio Bandeira de Mello). Os primeiros defendiam "a natureza tipicamente privada das fundações instituídas e mantidas pelo Estado", isto é, que as fundações de direito público deveriam ser uma forma de prestação de serviços sem as peias do regime de direito público.

A doutrina publicista concebia as fundações de direito público como espécie do gênero autarquia e este entendimento prevaleceu na Constituição de 1988, que consagrou as fundações públicas de direito público como forma jurídica de descentralização do Estado,e lhes impôs as mesmas restrições administrativas, orçamentárias e financeiras das autarquias.

10. A Emenda Constitucional 19, de 1998, alterou o inciso XIX do artigo 37 da Constituição Federal de 1988, disciplinando a criação de autarquias, a autorização de instituição de fundações, de empresas públicas de sociedade de economia mista por lei específica. Baseados nesta emenda, os juristas que defendem as fundações estatais de direito privado, entre os quais Lenir Santos, argumentam que cabe à lei decidir se a fundação estatal (instituída pelo poder público) é de direito público ou privado.
11. Em sentença emitida no julgamento de um agravo de recurso extraordinário em 2002, Ellen Gracie (atual presidente do STF) afirma que "a denominação pública não confere... personalidade jurídica de direito público. (Suas) atividades não são típicas do Estado podendo ser desenvolvidas por qualquer outra entidade" (BRASIL.

Supremo Tribunal Federal, 2002). Verifica-se que, para emitir sua manifestação, a ministra baseia-se na classificação das funções de Estado do ideário de Bresser Pereira.

Por sua vez, julgando um mandado de segurança do Banco do Brasil, em agosto de 2005, Eros Grau argumentou que, "apesar das divergências doutrinárias, podem ser visualizadas no Brasil três tipos de fundações: as privadas, as públicas com regime de direito privado e as públicas propriamente ditas..." (BRASIL. Supremo Tribunal Federal, 2006).

O documento do MPOG afirma que foram essas decisões do Supremo Tribunal Federal – STF que balizaram o entendimento adotado pelo governo federal acerca das fundações instituídas pelo poder público.

A questão do vínculo de trabalho e a seguridade social

Por que o governo escolhe a fundação estatal de direito privado? Aqui está subjacente, novamente, a questão da previdência social: os trabalhadores devem ser contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. Esta escolha é orientada pela concepção da previdência como deficitária, a ser sustentada apenas pela contribuição dos próprios trabalhadores e não de outras fontes[2]. Ou seja, abandona-se o conceito da seguridade social solidária e os trabalhadores são vistos apenas como "recursos humanos", a exemplo do que acontece nas empresas privadas, nas quais todos os recursos, inclusive os trabalhadores, são recursos

[2] A Constituição de 1988 dispõe que a Previdência Social é sustentada por contribuição patronal dos trabalhadores e do governo federal.

para a produção de mercadorias e não sujeitos de um projeto de sociedade. Nesta visão de mundo os trabalhadores aposentados, os afastados por doenças e seus dependentes passam a constituir um "ônus". Mais que a possibilidade de demitir sem muitas delongas, o vínculo da CLT abre várias possibilidades dentro da lógica da iniciativa privada: aumentar a idade e o tempo de serviço requeridos para a aposentadoria, restrição dos tetos de aposentadorias, ou seja, é possível fixar aposentadorias inferiores aos vencimentos dos trabalhadores da ativa e os insatisfeitos que complementem sua aposentadoria capitalizando-se (este é bem o termo) com a previdência privada. O substitutivo do deputado Pepe Vargas é claro: § 5 do artigo 2: "é facultado à fundação estatal de direito privado instituir, nos termos da lei, regime de previdência complementar" (PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR nº 92/2007). A acumulação do capital busca novas formas de "aliviar" a previdência social do número crescente de idosos, portadores ou não de seqüelas de doenças e acidentes, e seus dependentes, que pouco ou nada mais produzem do ponto de vista da rentabilidade das empresas e do capital financeiro. Assim, a previdência privada entra no setor estatal da saúde.

O projeto de lei permite que cada fundação, como ente autônomo, tenha seu plano próprio de cargos, carreiras e salários. Além da segmentação da base sindical e da fragilização da organização dos trabalhadores, para os gestores é também um problema administrar pessoal cujos salários são diferenciados para a mesma função. Esta é uma dificuldade que já existe com as contratações que são feitas pelas entidades parceiras nos níveis estaduais e municipais de governo. Convivem na rede de saúde, e por vezes na mesma unidade, trabalhadores com salários muito distintos e que executam ações semelhantes.

No episódio recente de manifestação do Supremo Tribunal Federal – STF, que restringiu o direito de greve do funcionalismo,

ficou caracterizado que os assalariados das empresas privadas têm maior possibilidade de conquistar melhorias, pois contam com datas base, enquanto o funcionalismo público está sujeito à boa vontade dos governantes[3]. Além de constituírem um desrespeito aos direitos dos trabalhadores, é inegável que a falta de equalização salarial e os baixos salários deterioram as condições de trabalho e afetam negativamente a qualidade do serviço público.

CONTROLE PÚBLICO DO SISTEMA DE SAÚDE

Em todos os fóruns que debatem os impasses do SUS, o controle público do sistema e a democratização das decisões na condução da política de saúde são inevitavelmente colocados como pilares fundamentais para a construção de um sistema orientado pelas necessidades de saúde da população. Portanto, como é possível para os que defendem as fundações estatais de direito privado ignorar que seu estatuto jurídico impede que seja exercido o controle público da forma plena. Vejamos:

O Conselho Curador (ou de Administração) é o órgão de direção superior, controle e fiscalização da Fundação Estatal. É órgão colegiado, com representação majoritária do governo, sendo presidido pelo titular do órgão. Conta, entre seus membros, com a participação de representantes da sociedade civil e dos empregados. *Seus membros podem ou não ser remunerados, de acordo com o que dispuser a lei ou os estatutos* (grifos nossos).

[3] A este respeito, ver declaração de Ricardo Antunes, professor da UNICAMP, em 28/10/07, para quem o STF errou ao restringir o direito de greve dos servidores e não fazer nenhuma restrição ao governo, obrigando-o a negociar: 'os servidores dependem da sensibilidade dos governos que, em geral, têm sido insensíveis".

Esta possibilidade de remuneração dos integrantes deste Conselho Curador não aparece no projeto de lei do deputado federal Pepe Vargas. Mas não é vedada. Passa em silêncio... Trata-se de um mecanismo que pode ser usado como eficiente cooptação de lideranças, como está sendo demonstrado pelos exemplos em vigência.

A Diretoria Executiva é responsável pela gestão técnica, financeira, patrimonial, administrativa e assistencial da Fundação. Seus membros são ocupantes de cargos de confiança. O Conselho Fiscal é órgão de controle interno, responsável pela fiscalização da gestão econômico-financeira.

O Conselho Consultivo Social tem caráter consultivo, subordinado ao Conselho Curador. Constituído por representantes da sociedade civil, aí incluídos usuários e outras pessoas físicas ou jurídicas com interesse nos serviços da entidade (grifos nossos).

Nada mais longe dos Conselhos Deliberativos do SUS, instituídos pela Lei federal 8142.

Como agravante, as fundações estatais de direito privado estão fora do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – SIAPE, do Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - SICAF, do Sistema de Administração de Serviços Gerais - SIASG, do Sistema de Informações Organizacionais do Governo Federal – SIORG, do Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI e do Sistema Integrado de Dados Orçamentários – SIDOR, entre outros. Não integram o Orçamento Geral da União como unidade orçamentária e seu relacionamento com o poder público é de prestação de serviços.

O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE: a integralidade e a transparência

A construção dos sistemas municipais de saúde, que são a base do SUS, tem como pedra de toque a inserção de todos os

serviços pautada pela integralidade. Esta integração exige que se supere o caráter segmentado que hoje vigora entre os serviços próprios estatais que, em princípio, têm a mesma natureza e visam, em tese, um mesmo objetivo, a melhoria da situação de saúde da população de sua área de abrangência. Os planos municipais de saúde são o compromisso assumido pelos gestores perante seus Conselhos Municipais de Saúde. Se verdadeiramente construídos de forma democrática, como mandam as disposições legais dos SUS, ou seja, em um processo de planejamento ascendente, tornam redundantes e desnecessários os tão decantados "contratos de gestão" para a rede estatal.

As fundações estatais nestes sistemas municipais seriam entes prestadores de assistência, portanto, colocando-se em uma posição externa quando comparadas ao restante dos serviços. A adoção deste modelo para todo o sistema segmentaria ainda mais o que já está fracionado, pois cada estabelecimento ou grupo de estabelecimentos seria uma fundação prestadora de serviços.

Alguns certamente argumentarão que é indiferente a relação da entidade prestadora, desde que a mesma funcione. Tal pragmatismo ignora que o desenvolvimento de ações que envolvem desde a promoção da saúde, a prevenção de agravos e as ações assistenciais de cura e reabilitação, a integralidade enfim, só se faz, e ainda assim com dificuldades, se cada serviço for capaz de se perceber como parte constitutiva do todo, desempenhando seu papel predominante, o que não significa deixar de lado as outras dimensões da atenção. Assim, as equipes da atenção hospitalar especializada e de urgência e emergência deveriam estar atentas e estabelecer comunicação rápida e permanente com a rede de atenção básica, informando a ocorrência de agravos suscetíveis de prevenção e contra-referenciando com segurança os pacientes. O sistema deveria

abrir espaços e ocasiões, regulares e permanentes, para a troca de experiências entre equipes dos diferentes serviços, discutindo e aprimorando condutas e linhas de atenção. Deveria ser obrigatória a transparência quanto a critérios de ocupação de leitos e realização de procedimentos assistenciais e exames, com acompanhamento diário da disponibilidade de vagas. A regulação de todos os serviços pelos gestores não prescinde, e pelo contrário, deve contar com o acesso público às informações relativas aos serviços. São dados públicos e como tal devem ser tratados. Enfim, todos estes nós críticos, presentes mesmo no interior de uma rede própria estatal, configuram-se como verdadeiras caixas-pretas quando se trata de entidades prestadoras de serviço.

Como inserir, integrar no sistema e controlar estas fundações com aquelas características que mencionamos acima? Sob a direção de um conselho curador e fora de qualquer sistema de acompanhamento do governo?

Repetem-se as questões levantadas pelos Conselhos de Saúde relativas às Organizações Sociais. Por esta razão, em novembro de 2007, a 13ª Conferência Nacional de Saúde ratificou o posicionamento contrário às Fundações estatais de Direito Privado que o Conselho Nacional de Saúde já havia assumido em 15 de junho de 2007. No entanto, o Ministério da Saúde reafirmou sua disposição em levar adiante o projeto de lei.

Diante deste reiterado quadro de desrespeito aos fóruns democráticos do SUS, a conclusão é que nada será mais inovador do que um sistema público de saúde cujo controle seja exercido efetivamente pelas Conferências e pelos Conselhos de Saúde, como manda a Lei 8142.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. **Emenda constitucional n. 9**, de 4 de junho de 1998, com destaque para o art. 26.

BRASIL. **Lei Federal nº 9.637** de 1998, dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e a criação do Programa Nacional de Publicização.

BRASIL. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma de Estado "Organizações Sociais." **Cadernos MARE da Reforma do Estado**, n. 2, 4 ed. Revis. Brasília, 1998.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995.

_____. Reforma Administrativa da Saúde. **Cadernos MARE**, n. 13, março de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica - SUS nº 1/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993.

_____. ***Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde*** *- NOB-SUS 96. Brasília, 1997. 34 p.*

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos.** Brasília, 2007. 48 p.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Mandado de Segurança nº. 24.427-5, Distrito Federal. Relator Ministro Eros Grau. Impetrante: Banco do Brasil S/A. **Diário da Justiça**, Brasília, 24 nov. 2006.

_____. Recurso Extraordinário nº. 101.126-2. Recorrente: Estado do Rio de Janeiro. Decisão de 24 de outubro de 1984. Relator Ministro Moreira Franco. **Diário da Justiça**, Brasília, 1 mar. 1985.

_____. Agravo no Recurso Extraordinário nº. 219.900-1 Rio Grande do Sul – Primeira Turma. Relatora: Ministra Ellen Gracie. Agravante: Fundação de Ciência e Tecnologia – CIENTEC. **Diário da Justiça**, Brasília, 16 ago. 2002.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A Reforma do Aparelho do Estado e a Constituição Brasileira**. Brasília, janeiro de 1995. (Conferência ministrada nos seminários sobre a reforma constitucional realizados com os partidos políticos).

_____. "A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle". **Cadernos Mare da Reforma do Estado**, n.1, Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Ata da 143ª reunião ordinária**. 24 de novembro de 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – posição a respeito da proposta de criação das Organizações Sociais. Conferência Nacional de Saúde on line, na seqüência da 10ª Conferência Nacional de Saúde – deliberação da plenária de 7 e 8 de maio de 1997

_____. Deliberação n. 001, de 10 de março de 2005, a respeito da terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde.

_____. Resumo Executivo da 174ª reunião em 15 de junho de 2007, a respeito das Fundações Estatais de Direito Privado.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – OAB. Ação direta de Inconstitucionalidade nº 1943 contra a Lei Federal 9637/98.

PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR nº 92 de 2007, emenda substitutiva de plenário (regulamenta o inciso 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação das fundações instituídas pelo poder público e dá outras providências)

13ª CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório** nov. 2007. Disponível em: <<http//conselho.saude.gov.br>>.

SÃO PAULO. **Lei Complementar 846**, de 4 de junho de 1998, dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências.

MODELOS TECNOASSISTENCIAIS, GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS

Laura Feuerwerker[1]

Resumo

O artigo propõe uma reflexão crítica sobre o momento atual de desenvolvimento da construção do Sistema Único de Saúde, tendo como referência os princípios propostos pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, particularmente no que diz respeito aos compromissos democráticos em relação ao direito à saúde e à construção do sistema e de suas políticas e à transformação das práticas de saúde e do modelo tecnoassistencial. São analisadas as maneiras predominantes de organização da atenção, de fazer políticas de saúde e de enfrentar os desafios do processo de trabalho em saúde. Defende-se a idéia de que uma radicalização democrática, que possibilite a participação ativa e efetiva de gestores municipais, trabalhadores e usuários na construção do SUS, é indispensável para a consolidação do sistema e da saúde como direito do cidadão.

Palavras-chave: Saúde como direito do cidadão. Modelo tecnoassistencial. Democratização da gestão e da formulação de políticas de saúd. Micropolítica do trabalho em saúde.

Abstract

The article presents a critical reflection about the development of the Brazilian National Health System (SUS), taking into account the principles of the Brazilian

[1] Médica, doutora em saúde pública, professora colaboradora da linha de Micropolítica do trabalho e o Cuidado em Saúde da Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do.Rio de Janeiro.

Health Reform Movement, mainly in the field of the democratic commitments (about health as a citizen right) and the need of changes in the concept and practice of healthcare. The main alternatives adopted to organize healthcare provision, to formulate health policies and to face the main challenges in the health work process organization. It is proposed that SUS needs a democratic "shock" so as to allow an active and effective participation of municipal health secretaries, health workers and citizens in the organization of health public policies, which is considered mandatory for the consolidation of health Brazilian National Health System.

Key words: Health as citizen right. Political and technical alternatives for healthcare provision organization. Democratization of health policies formulation and management. Work in health micro policy.

O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

O Movimento da Reforma Sanitária foi ao mesmo tempo uma bandeira de luta específica e parte de uma totalidade de mudanças (Arouca, 1988), já que concretizava setorialmente (na saúde) os direitos democráticos pelos quais amplos segmentos da sociedade brasileira se mobilizavam.

Foi e segue sendo uma proposta, já que oferece princípios e proposições como os plasmados no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, muitos dos quais incorporados ao texto constitucional. Ao mesmo tempo é um projeto, pois representa um conjunto de políticas articuladas que incluem uma dada consciência sanitária, a defesa da participação cidadã e a vinculação da saúde com lutas políticas e sociais mais amplas. E também é um processo, pois se transformou em bandeira de lutas, possibilitou a articulação de práticas e a conformação de um projeto político-cultural consistente (PAIM, 1997).

A potência do movimento da reforma sanitária no período final da ditadura e durante a Constituinte esteve baseada em sua capacidade de construir no coletivo a idéia do direito democrático de todos à saúde (uma perspectiva de igualdade numa sociedade desigual) e propor as linhas gerais de um novo ideário sanitário (FLEURY, 1997).

Segundo esse ponto de vista, as principais idéias-força da reforma sanitária, portanto, seriam:

a) o modelo de democracia: a utopia igualitária (universalidade, equidade), a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática;
b) a proposta de reconceitualização da saúde: reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população;
c) a crítica às práticas hegemônicas de saúde: proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde.

Além disso, o movimento pela reforma sanitária se estruturou de maneira democrática, diversa, capilar, inclusiva e adotou um estilo de militância coerente com suas proposições.

No processo de luta pela democracia, portanto, a saúde foi um campo em que os diferentes atores sociais, comprometidos com a derrota da ditadura, contaram com um discurso alternativo ao hegemônico, com formulações e proposições (de saúde, de democracia) e com modos de fazer política compatíveis com a radicalidade da proposta em questão.

É possível que essa seja uma das explicações para que compreendamos a diferença significativa da capacidade de

mobilização (e de conquista) do movimento da reforma sanitária quando comparado aos movimentos democráticos no campo da educação, por exemplo.

E provavelmente é essa ainda a explicação para a capacidade que o processo de construção do SUS tem tido de continuar apaixonando, mobilizando e conquistando militantes ao longo dos últimos 15 anos, apesar de todas as dificuldades enfrentadas.

No entanto, o SUS real, apesar de todas as acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária. Mais grave, as fragilidades atuais do sistema põem em risco sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa social em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e as maneiras de construí-la.

O modelo tecnoassistencial, a organização da gestão e as maneiras como se faz a política de saúde são todos elementos críticos nesta situação, pois contribuem ou obstaculizam a mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS.

Por essa razão esses são temas de relevância fundamental para os formuladores das políticas, para os gestores do SUS em todas as esferas e para todos os atores implicados com a construção democrática da saúde no país. E precisariam ocupar um lugar de destaque em sua agenda política, ao contrário do que vem ocorrendo.

A CONSTRUÇÃO DO SUS

O SUS vem conseguindo superar obstáculos importantes em seu processo de implantação. Em tempos de políticas de redução do Estado e de desfinanciamento dos setores sociais, os serviços

públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país e, a duras penas, recentemente se conseguiu assegurar recursos mínimos para o setor. Além disso, hoje em dia há um sistema descentralizado que conta com mecanismos democráticos de funcionamento que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social.

No entanto, ao mesmo tempo em que houve avanços na implementação do sistema público, também o subsistema privado, designado constitucionalmente como complementar, avançou em sua organização e na conquista de legitimidade social.

O subsistema privado reforça na sociedade e junto aos profissionais de saúde valores que o SUS procura desconstruir. O direito à saúde é traduzido como direito a consumir serviços médicos, procedimentos e medicamentos, já que existe uma supervalorização dos procedimentos e da incorporação de tecnologia a qualquer preço. A oferta de serviços diferenciados, de acordo com o poder de compra da pessoa ou do segmento populacional, é considerada "normal". Persistem a supervalorização do trabalho do médico, em detrimento do trabalho dos demais profissionais de saúde, e também a centralidade do hospital como instância articuladora do sistema, por ser este o serviço que concentra equipamentos e tecnologia dura (SANTOS, 2004).

Além disso, em seu processo de constituição, o SUS herdou um conjunto de serviços – hospitais, ambulatórios e unidades básicas – que funcionavam em estreita relação com os serviços privados conveniados por meio da compra de serviços (de internação, laboratoriais e de diagnóstico, por exemplo). Todas essas unidades e serviços operavam com os conceitos hegemônicos de saúde e de organização do trabalho em saúde. E, majoritariamente, assim continuam operando.

As idéias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico são, portanto, predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS. Essas idéias e os interesses que elas representam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS.

Um exemplo desta interferência: as forças construtoras do SUS lutam por assegurar saúde como direito, acesso universal e equidade. Mas não conseguiram transformar a lógica de distribuição dos recursos da saúde, que seguem fortemente orientados à atenção terciária (chamada de alta complexidade), onde estão concentrados os procedimentos e a tecnologia dura. Em 2004 esse segmento concentrou 73% dos gastos em saúde, embora tenha sido responsável por um terço dos atendimentos. Ademais, esse segmento é remunerado a preços de mercado, ao contrário de tudo mais no sistema.

Para complicar, atualmente não se pode dizer que siga existindo um movimento sanitário, organizado e militante. Existe, sim, um contingente expressivo de atores mobilizados por tentar construir um sistema de saúde que se aproxime das proposições originais do movimento. Mas não existe mais, como nos tempos pré-conquista do SUS, o debate intenso, a circulação ampla de propostas, a mobilização contínua em torno de uma disputa política e ideológica que segue sendo feroz.

É no campo da saúde coletiva que se trabalham as idéias herdadas da reforma sanitária e tem cabido aos intelectuais e militantes desse campo a formulação de proposições que ajudem o SUS a se aproximar de seus princípios, num jogo complexo em que existe uma tensão permanente entre saúde como direito do cidadão e saúde como mercadoria.

Parece interessante considerar, como diz Bourdieu (2003), que, no campo da saúde, além da lógica de acumulação de bens materiais

por meio da compra e venda de equipamentos, insumos, planos de saúde e seguros, está em disputa um mercado de bens simbólicos que tem seu capital específico, sua forma específica de acumulação, objetos de disputas e lucros diferenciados que conferem identidade aos diversos campos componentes da sociedade.

Na construção do SUS, portanto, a capacidade de formulação de propostas alternativas para a compreensão da saúde e sua prática é elemento fundamental para a luta por um projeto de sistema, por um projeto de sociedade para a disputa pela hegemonia setorial.

A hipótese que apresento neste artigo é que é exatamente no campo da política e da formulação das propostas de organização do sistema e das práticas de saúde que temos cotidianamente, e ao longo dos últimos anos, perdido batalhas em defesa da concepção igualitária de direito e de acesso à saúde e do conceito ampliado de saúde.

OS MODELOS TECNOASSISTENCIAIS E A DISPUTA PELO CONCEITO E PRÁTICAS DE SAÚDE

Durante todo o processo de construção do SUS tem existido uma disputa permanente entre, digamos assim, um campo público e as propostas privatizantes oriundas do setor privado da saúde e das diretrizes internacionais para as políticas sociais (Estado Mínimo, Cesta Básica etc.).

Além disso, no interior do campo da saúde coletiva, longe de haver acordo, tem existido um importante dissenso acerca das estratégias e dos conceitos centrais para a construção democrática na saúde.

Durante os primeiros anos de organização do sistema, em suas instâncias de gestão, os principais debates e polêmicas

giraram em torno dos mecanismos de financiamento e de gestão. Havia consensos em relação à necessidade de estabelecer fontes fixas e investimento mínimo indispensável para o financiamento da saúde (luta que acabou desaguando na proposta de emenda constitucional 29 que estabelece investimentos mínimos em saúde para cada uma das três esferas de gestão). Há desacordos, entretanto, em relação às modalidades de organização do financiamento: críticas do Conasems em relação ao repasse fragmentado de recursos por parte do Ministério da Saúde, vinculados muitos deles a programas e ações específicos, o que reduz a possibilidade de o gestor municipal organizar os serviços de acordo com políticas municipais de saúde e com as diferentes realidades locais (SANTOS, 2004).

Havia também dissensos e intensas disputas em relação à efetivação de mecanismos descentralizadores, ao papel de cada esfera na gestão do SUS e à constituição de mecanismos que possibilitassem combinar a autonomia de cada esfera na gestão do sistema com a responsabilidade pelo cumprimento dos compromissos pactuados em torno da oferta dos cuidados indispensáveis à saúde da população.

Embora existam progressos significativos (reconhecimento da gestão plena da atenção básica para todos os municípios, praticamente todos os estados com gestão plena do sistema), as responsabilidades de cada esfera de governo na saúde continuam em disputa (ver debates sobre o novo Pacto de Gestão, BRASIL. Ministério da Saúde, 2005) e seguem sendo buscados mecanismos mais efetivos para a efetiva responsabilização das diferentes esferas de gestão pela superação dos problemas do SUS (ver debates sobre Responsabilidade Sanitária, BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

Existe o reconhecimento de que a mudança das práticas de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial são campos em que o SUS ainda não foi capaz de produzir avanços significativos. No entanto, no âmbito das Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartites) e do Conselho Nacional de Saúde, tem sido escasso o debate acerca das razões para essa dificuldade ou de alternativas para sua superação. Há, apenas, algum nível de tensionamento produzido, sobretudo, por parte dos gestores municipais para que exista liberdade, principalmente no espaço municipal, para a implementação de diversos arranjos de organização da atenção, respeitados os princípios do SUS.

A partir de 1994, entretanto, o Ministério da Saúde capitaneou um processo de reorganização da atenção básica / atenção primária à saúde por meio do programa/ depois estratégia/ depois política de Saúde da Família que articula elementos das propostas originalmente conhecidas como Sistemas Locais de Saúde / Distrito Sanitário, Programação em Saúde e Promoção à Saúde.

De acordo com o conceito pactuado pela Comissão instituída pela Portaria 676 GM/MS (03/06/2003), composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems, as equipes de Saúde da Família trabalham em um dado território, compreendido não somente como uma área geográfica, mas incluindo toda a complexidade das relações sociais e econômicas estabelecidas em seu interior.

A epidemiologia é a principal ferramenta para o planejamento local e para a definição / identificação dos problemas prioritários, que são a base para a articulação das ações e práticas de saúde, e a Programação em Saúde é a principal estratégia para organização das práticas de atenção.

Como elementos inovadores em relação à organização das UBS e dos Distritos de Saúde, a Saúde da Família traz o fato de o

trabalho não estar centrado na unidade e sim no território, mais precisamente nas famílias. Traz de maneira mais forte a idéia da equipe de saúde, tendo o Agente Comunitário como principal novidade, por sua capacidade de ampliar o diálogo com a população bem como a compreensão sobre o contexto local, além de fortalecer as possibilidades de vínculo e responsabilização (SOUZA, 2001).

Vários dos temas polêmicos no campo da saúde coletiva em torno do desenho tecnoassistencial da atenção vêm à tona ao se examinar os dilemas enfrentados no trabalho das equipes de saúde da família e na organização predominante do sistema de saúde.

Qual o melhor caminho para se construir a integralidade: rede hierarquizada com a atenção básica definida como porta de entrada a priori ou rede como arranjo variável em que se pode entrar por qualquer ponto, ser acolhido e incluído nas ações de acompanhamento, a depender das necessidades de saúde? (CECÍLIO, 2003). Qual a melhor maneira de assegurar a integralidade: os mecanismos de referência e contrarreferência (eternamente propostos e raramente concretizados) ou a constituição (mais flexível) de equipes de apoio matricial e de mecanismos de educação permanente em saúde de acordo com as necessidades dos trabalhadores da atenção básica? (CALDAS; ELLER, 2003).

O SUS – e a Saúde da Família - têm prosseguido com a tentativa de disciplinar a demanda ao afirmar a atenção básica como porta de entrada do sistema e não se preocupar em criar outros mecanismos de acolhimento e inclusão em outras portas de entrada efetivamente operantes (como são os pronto-Socorros, por exemplo).

No entanto, esse esforço de racionalização esbarra exatamente na baixa capacidade das equipes de efetivamente resolver problemas. Baixa resolubilidade que tem várias explicações, dentre as quais:

- a desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde, já que os sistemas de saúde são organizados por níveis – atenção básica e atenção especializada (dividida em média e alta complexidade) - e não há mecanismos e de articulação entre eles, operados e financiados segundo lógicas distintas (per capita x procedimentos).
- as importantes limitações da chamada "média complexidade" (que restringem o acesso a procedimentos diagnósticos e ao apoio de especialistas)
- o próprio perfil de formação dos profissionais, particularmente os médicos, que encontram profundas dificuldades para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde mais freqüentes (tanto em seus aspectos estritamente clínicos como em sua relação com as questões sociais, como as condições de vida e a violência, por exemplo).

A articulação intersetorial e a promoção à saúde são propostas incorporadas pela Saúde da Família, mas também como atribuição fundamentalmente das equipes da atenção básica. Se, por um lado, multiplicam-se iniciativas criativas nos espaços locais, a potência política que o trabalho intersetorial exige – tanto no controle de recursos como no estabelecimento de prioridades de ação – escapa da governabilidade das equipes e está ausente da agenda da maior parte dos gestores da saúde e dos prefeitos.

Duas outras polêmicas significativas em relação aos modelos tecnoassistenciais dizem respeito às tecnologias mais adequadas para organizar as práticas de saúde e às possibilidades de inovação das práticas de saúde no âmbito concreto da atuação das equipes e dos trabalhadores da saúde.

Segundo a lógica da Programação em Saúde, adotada como referencial pela Saúde da Família, haveria uma polarização entre

epidemiologia e clínica: uma centrada na saúde e a outra na doença, uma operando com a determinação social do processo saúde-doença e a outra com a concepção biológica da saúde (MERHY et. al., 2003). A programação em saúde levaria os trabalhadores a adotarem práticas de saúde orientadas pela epidemiologia e pelo referencial da saúde e, portanto, mais potentes que as ensejadas pela clínica e pelo referencial das doenças (SCHRAIBER, 1990). Os condicionamentos políticos, materiais e ideológicos tornariam escassas as possibilidades de renovação da clínica, levando a que os profissionais, atuando livremente, estivessem condenados a reproduzir as práticas hegemônicas de saúde (SCHRAIBER; MACHADO, 1997).

Segundo a proposta pela Defesa da Vida (CAMPOS, 1992; CECÍLIO, 1993; MERHY, 1997) a epidemiologia seria uma ferramenta útil para dimensionar e priorizar problemas, mas não poderia substituir a clínica, que é a tecnologia de que dispomos para o cuidado individual. A clínica deveria ser ampliada, enriquecida por novos referenciais e pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a ampliar a capacidade dos trabalhadores de lidarem com a subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários. Ao invés de restringir a liberdade e a autonomia dos trabalhadores da saúde por meio da programação, a aposta seria investir ao máximo nesse espaço, ampliando os mecanismos e oportunidades para comprometê-lo com a atenção às necessidades dos usuários, com a produção de um cuidado integral à saúde (MERHY, 2003).

Na prática da Saúde da Família constatamos múltiplas tensões na organização do trabalho. Apesar de as práticas com o coletivo, com as famílias, nas casas, locais de trabalho e convivência serem teoricamente uma atribuição do conjunto da equipe, elas são assumidas principalmente pelos agentes comunitários, seguidos pelos profissionais da enfermagem. A carga de atenção por meio das consultas clínicas é extremamente pesada e ocupa grande parte da agenda dos médicos.

Os programas efetivamente produzem um certo ordenamento das práticas de saúde, ao tempo em que criam uma carga grande de "procedimentos obrigatórios". Ou seja, as necessidades de saúde definidas tecnicamente por meio da epidemiologia e as práticas estabelecidas por meio da Programação em Saúde definem, e ao mesmo tempo limitam, o repertório de ação dos trabalhadores, pois desconsideram as singularidades e oferecem poucas tecnologias para os aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e adoecer. Sem novas tecnologias, o cuidado clínico ou fica restrito ou reproduz o hegemônico. Além disso, as equipes enfrentam muitas dificuldades para lidarem com a demanda espontânea e a atenção a elas quase sempre se conforma no esquema queixa-conduta.

A contraposição entre epidemiologia e clínica está por trás da opção por investir na atenção básica para reorganizar as práticas de saúde. A atenção básica seria o mundo das práticas coletivas, portanto mais favorável às inovações programáticas e paradigmáticas, e os demais segmentos do sistema seriam o mundo da clínica, subjugado pelos conceitos e práticas hegemônicos de saúde.

Em conseqüência, não houve políticas ou iniciativas significativas para reconfigurarem as práticas de saúde na atenção especializada e nos hospitais (no máximo trabalhou-se pela humanização desses serviços, particularmente dos hospitais), que, portanto, continuam efetivamente operando na lógica hegemônica.

Na prática, então, não se construíram os meios para haver um diálogo entre a atenção básica e os serviços especializados e hospitalares. São dois mundos supostamente articulados, mas operando com lógicas distintas. E nesse enfrentamento a atenção básica sai perdendo, pois socialmente ela é o local das "práticas simplificadas", da "medicina de pobre para pobres", sempre "culpabilizado" por sua ineficiência e desqualificação.

Ou seja, ao não enfrentar a disputa ideológica em todos os campos da saúde e ao não buscar inovar a prática clínica, o modelo tecnoassistencial, implementado de maneira predominante no SUS vem propiciando a reafirmação dos conceitos e práticas hegemônicos em saúde e condenando a um gueto o espaço da atenção básica, onde se espera haver a produção de práticas de saúde inovadoras.

As equipes de Saúde da Família, que efetivamente se comprometem com a construção do SUS, e se responsabilizam pelo cuidado à saúde dos usuários (e são muitas em todo o território nacional), angustiam-se diante de seu isolamento e da falta de governabilidade para enfrentar problemas decisivos para a produção da saúde nos diferentes contextos (MATUMOTO et al, 2005).

Sem romper o isolamento, sem a produção de novas tecnologias para o cuidado em saúde e sem colocar a construção de linhas de cuidado na agenda da gestão do sistema (rompendo com o isolamento da atenção básica e com a hierarquização burocrática), dificilmente romperemos com os conceitos e práticas hegemônicos de saúde ou produziremos atenção à saúde de qualidade, atendendo às expectativas dos usuários, todos esses elementos indispensáveis para a consolidação política do SUS.

Mas isso não é tudo. A gestão do sistema e o modo de fazer política de saúde são também elementos fundamentais nesse processo.

A GESTÃO DO SUS E OS MODOS DE FAZER POLÍTICA DE SAÚDE

Uma outra polêmica importante no campo da saúde coletiva gira em torno das maneiras de se fazerem cumprir os compromissos democráticos e democratizantes na construção do SUS, um elemento importante da "alma" do movimento pela Reforma Sanitária.

Há vários âmbitos para se pensar a democratização do sistema: o dos conselhos e conferências – mecanismos de participação representativa de prestadores, trabalhadores e usuários na gestão; o das relações entre os gestores das três esferas (bipartites e tripartite) e o da participação direta de trabalhadores e usuários no cotidiano dos serviços de saúde.

O movimento pela reforma sanitária produziu muitos de seus conceitos e propostas a partir de experimentações e da mobilização ativa de diferentes atores sociais. Assim como a descentralização dos serviços de saúde iniciou-se antes da constituição do SUS, por meio do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e das AIS (Ações Integradas de Saúde), os mecanismos de participação social foram sendo gestados antes de 1988, por meio das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS). Foi a partir dessa experiência que foram concebidos os Conselhos de Saúde, legalmente instituídos pela Lei 8142.

Os Conselhos de Saúde (locais, municipais, estaduais e o nacional) existem, funcionam e, apesar de todas as suas limitações, constituem-se num dos mecanismos mais democráticos de controle das atividades públicas existentes no país. Suas limitações têm a ver com o grau de organização da sociedade civil, com os problemas intrínsecos dos mecanismos representativos de participação e com as práticas políticas dominantes no país, entre outros elementos (BOGUS, 1998).

Apesar disso, os conselhos e as conferências de saúde são ainda um espaço de militância e por meio deles milhares de brasileiros participam de debates e interferem de algum modo nos destinos do sistema de saúde. Mas ainda falta muito para serem mecanismos efetivos de gestão democrática e participativa, como se pretendia com o movimento da reforma sanitária (CARVALHO, 1997).

No que diz respeito às relações entre os gestores das três esferas do SUS também houve avanços e há mecanismos de negociação, impensáveis para outros setores da sociedade brasileira. As Comissões Intergestores, tanto as estaduais como a nacional, configuram-se como espaço de disputa e negociação, constituindo-se como os principais fóruns de pactuação das políticas de saúde no país. São esses mecanismos de pactuação que tornam possível o funcionamento descentralizado e articulado do SUS bem como a existência de políticas nacionais de saúde (ao contrário do que acontece na Educação, em que os Conselhos Estaduais de Educação têm completa autonomia em relação à esfera federal) .

No entanto, a "autonomia de gestão" dos entes federados e as atribuições de cada esfera de gestão do SUS continuam sendo objeto de intensa disputa. A descentralização por meio da municipalização ocorreu, é fato. Saúde é responsabilidade de cada gestor municipal deste país, já que os municípios efetivamente são os principais prestadores de serviços de saúde e os maiores empregadores de trabalhadores de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

No entanto, é restrita sua autonomia para a definição das políticas e das prioridades de ação, especialmente pelo fato de, sobretudo o Ministério da Saúde, utilizar intensivamente mecanismos financeiros para "induzir" a adoção e a implementação de políticas. Como a esfera federal é responsável por aproximadamente 50% do financiamento da saúde, seu poder de pressão/ "indução" é muito significativo.

A esfera estadual deixou de ter um papel significativo na prestação dos serviços, sobretudo na atenção básica, embora ainda cumpra papel significativo na prestação de serviços especializados com âmbito regional e estadual. Sem papel importante na prestação de serviços, as secretarias estaduais de modo geral ainda não se

qualificaram para um papel político de formulação ou de apoio técnico aos municípios (MARTINS JÚNIOR, 2004) . As SES disputam, particularmente com os grandes municípios, a gestão de hospitais e equipamentos especializados de atuação regional e também o controle sobre a distribuição dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, sob o lema de assegurar a equidade. (BARATA; TANAKA; VILAÇA, 2004).

Existe também um desequilíbrio importante na capacidade de ação articulada entre secretários estaduais e secretários municipais de saúde. O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) articula apenas 27 secretários e desenvolve mecanismos potentes de pactuação entre pares (Assembléias, Câmaras Técnicas etc.), além de contar com um corpo de assessores praticamente profissionalizado (ver, por exemplo, a produção de documentos técnicos preparatórios aos debates da Tripartite, disponíveis no site www.conass.org.br).

Já o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) conta com um corpo de assessores mais restrito (CONASEMS, 2005) e enfrenta dificuldades para uma articulação mais ágil e orgânica. São mais de 5600 municípios no país, a grande maioria (73%) com menos de 20 mil habitantes, com realidades, governabilidade e problemas muito distintos entre si. Desde 2003, existe a preocupação explícita com a necessidade de formular políticas específicas para municípios de diferentes portes nas diferentes regiões do país. (CONASEMS, 2003).

Há dificuldades significativas de comunicação e de articulação, implicando limitações para a participação efetiva dos gestores municipais nas múltiplas comissões tripartites de trabalho instituídas pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde (por essa razão, a partir de março de 2004, o Conasems só se compromete a enviar representantes "com poder de deliberação" às reuniões das

Comissões Técnicas Oficiais da Comissão Intergestores Tripartite) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

Além disso, os braços estaduais do CONASEMS - os COSEMS - enfrentam também muitas dificuldades. Falta de estrutura, falta de recursos para operar, falta de quadros de apoio e, em muitos casos, um importante grau de dependência em relação às Secretarias Estaduais de Saúde.

A coesão e a capacidade de sustentar posições e de conduzir enfrentamentos dos dois Conselhos Nacionais na Comissão Intergestores Tripartite, portanto, são muito diversas. E justamente a voz e os interesses dos municípios, os mais próximos da realidade e dos atores locais, é que ficam em relativa desvantagem.

Em função de todos esses elementos, apesar dos avanços inegáveis e da efetiva pactuação existente no SUS, no campo da formulação das políticas de saúde existe um predomínio importante da esfera federal e, portanto, de políticas nacionais que tendem a prescrever uma uniformização da organização da atenção à saúde em todo o território nacional.

A Saúde da Família é um bom exemplo desse modo de fazer política. Em função dos mecanismos financeiros de "indução", ela é o modo predominante de organização formal da atenção básica no país e suas diretrizes são muito pouco flexíveis para possibilitar, por um lado, o exercício de liberdade do gestor municipal para configurar seu sistema municipal, e, por outro, para contemplar a diversidade de realidades locais. (CALDAS; ELLER, 2003), (MARQUES; MENDES, 2003).

E aí aflora uma contradição, pois, pela força da indução financeira, todos "obedecem", mas, ao mesmo tempo, desobedecem, pois há tantas "saúdes da família" quantas equipes de saúde da família existem no país. Para compensar, então, são instituídos mecanismos de controle e acompanhamento, exercidos

geralmente pelas secretarias estaduais de saúde por meio de coordenações de programa (BARATA, TANAKA, VILAÇA, 2004).

São múltiplas as dificuldades que essa lógica da organização do sistema impõe ao processo de trabalho. Um bom exemplo é o do planejamento. De acordo com a própria Saúde da Família, o planejamento local seria uma das atividades fundamentais para organizar o trabalho das equipes.

O planejamento, então, deveria ser local, mas na Atenção Básica as metas são pactuadas nacionalmente num calendário definido centralmente, que praticamente impede a participação ativa e efetiva das equipes e dos espaços locais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001). Além disso, apesar de coletarem os dados e alimentarem os sistemas de informação, muitas das equipes da atenção básica não dispõem da informação processada para ser utilizada no seu espaço de ação.

Existem, portanto, contradições entre os princípios do SUS e a maneira como os próprios atores constitutivos do sistema operam. Essas contradições, embora esperadas, legitimam as velhas idéias e valores e, portanto, precisam ser debatidas e superadas.

É assim também no que diz respeito à articulação das políticas e à construção da integralidade. Tradicionalmente o Ministério e as Secretarias de Saúde trabalham com as políticas de saúde de modo fragmentado: gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância e cada uma delas dividida em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. (SANTOS, 2004).

Cada área técnica parte do máximo de conhecimentos acumulados em seu campo e dos princípios políticos considerados mais avançados para examinar os problemas de saúde do país. A partir dessas referências são propostos os programas de ação e, para a implementação de cada programa de ação, propõe-se uma linha de capacitações.

Como a maior parte dos programas estão dirigidos à atenção básica, as equipes de saúde da família são a "via final comum" ou o "braço efetor" de praticamente todas as "políticas setoriais" produzidas no Ministério da Saúde.

Os trabalhadores são considerados "caixas vazias", orientadas pelas normas. Ou seja, por meio dos programas - que estabelecem e padronizam ações- e das capacitações e dos manuais - que levam as orientações programáticas aos trabalhadores - espera-se normalizar e ordenar o seu trabalho, no caso do SUS, em direção à práticas inovadoras de saúde. (CAMPOS,1997).

De modo geral, esses processos se reproduzem na esfera estadual e na esfera municipal e há escassas oportunidades de participação direta dos trabalhadores e dos usuários na formulação das políticas e na construção das práticas.

Ora, a centralização dos processos políticos e a fragmentação do trabalho levam os profissionais à loucura ou ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização em relação aos resultados finais. Se, no campo da produção em geral, essa maneira de operar a organização do trabalho traz problemas, em saúde a coisa é ainda mais complicada e os resultados, medíocres, e, no caso do SUS, mais grave ainda, pois é impossível transformar práticas com esse tipo de condução política e técnica (CAMPOS, 1997),(MERHY, 2002).

No campo da democratização, portanto, o SUS real também fica devendo aos princípios e proposições do movimento pela Reforma Sanitária. E, pior, esse assunto não ocupa um lugar central na agenda política de construção do sistema.

A política de educação permanente em saúde, instituída durante os primeiros dois anos e meio do governo Lula, procurou de algum modo endereçar esses problemas, mas nunca foi debatida, nesses termos, nas instâncias do sistema e nem mesmo dentro do próprio Ministério da Saúde, pois ainda predomina uma

visão instrumental da construção dos modelos tecnoassistenciais (centrada nas normas e nos mecanismos de financiamento) e não se atribui à política de educação um papel estruturante no sistema (é considerada uma política meio).

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde, a formação de facilitadores de educação permanente em saúde, os municípios colaboradores da educação permanente em saúde, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS), o Fórum Nacional de Ensino das Profissões da Saúde (FNEPAS), a formação de ativadores de processos de mudanças na graduação e as Vivências e Estágios no SUS (VER-SUS) foram todos dispositivos e estratégias para criar novos espaços democráticos de debate e construção descentralizados de políticas de saúde, que incluíam a participação ativa de novos atores (estudantes e professores da área da saúde e os movimentos sociais) e ampliação da possibilidade de gestores municipais e trabalhadores do SUS participarem ativa e decisivamente desse processo.

Os novos espaços criados, particularmente os Pólos, sofreram com a dificuldade dos vários atores de construírem mecanismos de convivência, comunicação e pactuação. Necessitariam de ajustes para operar de maneira mais efetiva. Mas será que foi diferente nos momentos iniciais das Comissões Interinstitucionais de Saúde? Será que a solução, face ao despreparo dos diferentes atores diante do desafio da formulação de políticas, é a abolição dos espaços democráticos ao invés do desenvolvimento de estratégias específicas para o seu fortalecimento?

A partir de julho/2005 houve a troca da equipe do Ministério da Saúde e a revisão das políticas e estratégias implementadas anteriormente. Valeria a pena analisar e debater técnica e politicamente a experiência vivida, especialmente considerando os diferentes aspectos inovadores implementados.

O TRABALHO EM SAÚDE

Para começar, o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização, e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática.

Muito longe de ser uma "caixa vazia", cada trabalhador e cada usuário tem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses. (HELMAN, 2003).

Os serviços de saúde, então, são palcos da ação de um time de atores que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador. (MERHY, 2002).

Os gestores (federais, estaduais e municipais) do SUS cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento, etc., mas não governam sozinhos. Apesar de haver uma direção - os gestores - a quem formalmente cabe governar - na verdade todos governam - os trabalhadores e os usuários.

Matus (1996) diz que todos são agentes da organização (g) e alguns estão em posição de "alta direção" (G). Então, a verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que todos fazem no dia-a-dia. Ou seja, planeja (governa) quem faz.

Quer dizer, então, que todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da ação, utilizando para isso os recursos de que dispõem. Claro que os atores em situação de governo dispõem, em princípio, de maior controle sobre recursos, mas eles precisam saber governar (e necessitam para isso de uma dada caixa de ferramentas que compõe sua capacidade de governar). Quando um ator "joga bem", pode ampliar sua governabilidade. Esse é um elemento fundamental para a gestão das organizações de saúde e para os que pretendem favorecer a transformação das práticas de saúde.

Existem, então, pelo menos três campos de tensão que operam dentro das organizações de saúde. (MERHY, 2002):

- O território das práticas de saúde é um espaço de múltiplas disputas e de constituição de políticas, desenhado a partir da ação de distintos atores que, dependendo de seus interesses e capacidade de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar uma certa conformação da saúde que faça sentido. A única maneira de enfrentar esse jogo, de modo a fazer valer os interesses dos usuários, é por meio do controle social e da pactuação política.
- A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo (isto é, um terreno no qual predominam as tecnologias leves – relacionais - em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados). Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem

a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção.

- O terreno das organizações de saúde, por ser um espaço de intervenção de diferentes atores a partir de suas capacidades de autogoverno que disputam a orientação do dia-a-dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. Este também é um espaço de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizarem seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários).

Esses três campos de tensão são lugares estratégicos para qualquer intervenção com o objetivo de aumentar a governabilidade do gestor ou para definir as possibilidades de implementação de um dado desenho organizativo da atenção.

A intervenção pode estar orientada a aumentar a governabilidade do gestor por meio da ampliação dos controles, impactando os exercícios privados dos profissionais (restringindo-a, por exemplo, por meio do controle de custos ou por meio da instituição de programas), atuando sobre as disputas que ocorrem cotidianamente, buscando impor controle sobre elas e, finalmente, impondo os interesses particulares de alguns como sendo os interesses de todos.

Mas eles podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder. A grande possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas. (MERHY, 2002).

A MODO DE CONCLUSÃO, ABRINDO NOVOS DESAFIOS

É fundamental construir um olhar analisador sobre as "fragilidades" do SUS. As idéias, propostas e políticas implementadas na gestão e na organização da atenção, de maneira predominante no SUS, não têm produzido alternativas políticas e técnicas suficientes para operar as transformações do conceito e das práticas de saúde bem como a democratização que o projeto da Reforma Sanitária propõe e supõe.

O SUS, que é uma política, um projeto e várias outras coisas ao mesmo tempo, pede atores sociais para ser produzido, sustentado e recriado. No entanto, a construção do sistema vem sendo operada numa realidade em que, de fato, não há atores totalmente consolidados para cumprirem estas tarefas (lembremos da realidade do controle social, da configuração de gestores estaduais e municipais, da não participação direta e cotidiana de trabalhadores e usuários na construção das políticas de saúde).

Em função de tudo isso, o SUS não é hegemônico. Na prática é frágil e está em plena construção. Não há indícios claros de que será possível implantá-lo em sua profundidade básica, pois, para tanto, dependemos, decisivamente, da fabricação de atores para cumprir esses papéis em novos espaços de encontro e produção das práticas e políticas de saúde.

Segundo o postulado da coerência de Testa, um movimento (ou projeto) tem que adotar meios e organizações coerentes com o conteúdo de suas propostas. O SUS, para consolidar-se, tem que buscar coerência com os princípios do movimento da Reforma Sanitária tanto no que diz respeito à consciência sanitária como aos modos de fazer política e de organizar o processo de trabalho.

Para consolidar a saúde como direito democrático do cidadão (e não como objeto de consumo), para trabalhar com um conceito

ampliado de saúde, articular-se com outras políticas para enfrentar os determinantes sociais da saúde e da doença e para satisfazer as necessidades de cuidado expressas pelos usuários, **o SUS vai novamente ter que ousar no campo da política**.

O SUS precisa restaurar a possibilidade do debate político intenso, da militância por um projeto de saúde. O SUS precisa ampliar a descentralização e o respeito à autonomia das diferentes esferas de gestão. O SUS precisa ampliar a liberdade para a construção de novos arranjos tecnoassistenciais (regionais e locais). O SUS precisa ser radical nas estratégias políticas para ampliar o contato entre os usuários e os trabalhadores de saúde na reorganização do processo de trabalho e na instituição da gestão democrática.

Muitos municípios brasileiros vêm desenvolvendo experiências relevantes no campo da reorganização da atenção, da educação permanente, da democratização da gestão, da instituição de linhas de cuidado, construindo redes mais flexíveis, espaços de gestão participativa, coletivos produtores de cuidado. (SANTOS, 2004), (MERHY et al, 2003), (FRANCO et al, 2004).

É fundamental recuperar a disposição e os meios para uma ampla participação na construção das políticas e das práticas de saúde. É fundamental a abertura sistemática de novos espaços de experimentação. É fundamental que se amplie a produção de conhecimento a respeito das estratégias de gestão democrática, do processo de trabalho em saúde, das diferentes possibilidades de construção da rede de atenção à saúde e que se produzam novas tecnologias de cuidado orientadas às necessidades de saúde dos usuários.

A construção dos espaços democráticos e dos atores necessários à construção do SUS não está plenamente contida na institucionalidade já produzida e consolidada no sistema. Novos

arranjos políticos de gestão e de participação são, portanto, indispensáveis. (MERHY, 2005).

Este é o desafio posto a amplos segmentos técnicos, políticos e acadêmicos e que parecem indispensáveis para a consolidação do SUS que queremos: usuário-centrado, democrático e em defesa da vida.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. A reforma sanitária brasileira, **Tema, Radis**, v.11, p. 2-4, 1998.

BARATA, L.R.B., Tanaka, O.Y, VILAÇA, J.D.V. O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde In:___. **Progestores:** convergências e divergências sobre a gestão e a regionalização do SUS. Brasília, CONASS, agosto de 2004.

BOGUS, C.M. **Participação popular em saúde:** formação política e desenvolvimento. São Paulo: Annablume; FAPESP, 1998.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento base para discussão tripartite do pacto pela saúde.** Brasília, agosto de 2005: Disponível em: www.saude.gov.br.

_____. **Pacto pela Atenção Básica**. Brasília, 2001. Disponível em: www.saude.gov.br - psfinfo9.

_____. **Relatório da CIT 2004**, Brasília, 2004. Disponível em: www.saude.gov.br.

CALDAS, E. L ; ELLER, E. P. **Programa Paidéia de Saúde da Família.** Campinas: [s.n.], 2003.

CAMPOS, G.W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **A reforma da reforma:** repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CARVALHO, A.I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado In: FLEURY, S. (org) **Saúde e Democracia – a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos LTDA, 1997.

CECÍLIO, L.C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R (org) **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abraco, 2001.

CONASEMS. Apresentação sobre nova estrutura do escritório do Conasems em Brasília, 2005. Disponível no site: www.conasems.org.br.

_____. **Carta de Belo Horizonte**, 2003 Disponível no site: www.conasems.org.br.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia – a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos LTDA, 1997.

FRANCO, T.B.; PERES, M.A., FOSCHIERA, M, Panizzi, M. **Acolher Chapecó:** uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MARQUES, R. M, MENDES. A.atenção básica e Programa de Saúde da Família: novos rumos para a política de saúde e de financiamento? **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, Abrasco, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MARTINS JUNIOR, F. Análise do processo de implantação do SUS no Brasil in **Progestores:** convergências e divergências sobre a gestão e a regionalização do SUS. Brasília: CONASS, agosto de 2004.

MATUMOTO, S., et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005.

MATUS, C. **Política, planificação e governo**. Brasília, IPEA, 1996.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: **Progestores:** convergências e divergências sobre a gestão e a regionalização do SUS. Brasília: CONASS, agosto de 2004.

_____.(org) **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, R. **Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO; L.C.O. (org). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Engravidando as palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro, R; MATTOS, R. **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; Abrasco, 2005.

_____. et al **O trabalho em Saúde:** olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V.(org) **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

_____. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org) **Saúde e Democracia – a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos LTDA, 1997.

SANTOS, N.R. Ética social e os rumos do SUS. In: CONASEMS, jul. 2004.coluna Opinião. Disponível em: www.conasems.org.br.

SCHRAIBER, L. ; MACHADO, M.H. Trabalhadores de saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia – a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos LTDA, 1997.

_____. (org) **Programação em Saúde hoje.** São Paulo: Hucitec, 1990.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde:** o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUSA, M.F. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: **desafios atuais**[1]

Maria Inês Souza Bravo[2]

Resumo

O artigo é fruto de reflexões sobre a característica do Serviço Social brasileiro na saúde e quais os desafios que a atualidade apresenta para os profissionais da área. Visa contribuir para o fortalecimento dos projetos ético-político profissional do Serviço Social e o da reforma sanitária, adensado nos anos oitenta. Aborda a Saúde e o Serviço Social nas décadas de 1980 e 1990, períodos importantes de formulação dos projetos de Reforma Sanitária e Ético-Político do Serviço Social. Na Saúde, nos anos noventa, consolida-se um outro projeto, o privatista. Faz-se uma análise da Política de Saúde no Governo Lula e as tensões entre o Projeto de Reforma Sanitária e o Privatista. São apresentadas algumas questões relacionadas ao Serviço Social e sua interface com a saúde, com destaque para as influências neoconservadoras. Para finalizar, são levantados alguns impasses enfrentados pelo Serviço Social e pela Saúde na atual conjuntura e expostas algumas proposições para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde universal, público, de qualidade e com participação social.

1 O texto está baseado em diversos artigos publicados pela autora na realização do seu pós-doutorado, efetuado na Escola de Serviço Social da UFRJ, com estágio pós doutoral realizado em Portugal, com o apoio da CAPES; além da participação da mesma nos Seminários Regionais intitulados "Serviço Social e sua interface com a saúde", fruto do convênio de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

2 Assistente Social; Doutora em Serviço Social – PUC/SP; Professora Aposentada da UFRJ; Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ; Procientista da UERJ e Coordenadora do Projeto "Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro", financiado pelo CNPq e UERJ.

Palavras chave: Serviço Social; Saúde; Reforma Sanitária; Projeto Ético-Político

Abstract

The article is the result of reflection on the character of the Brazilian Social Service on health and what the challenges that currently presents for professionals in the area. It aims to contribute to the strengthening of projects ethical-political professional Service and the health reform. It addresses the Health and Social Service in the decades of 1980 and 1990, periods important for the formulation of projects for Health Reform and Political Ethics of-Service. In Health, in the nineties, consolidates itself another project, the private. It is an analysis of Health Policy at the Lula government and the tensions between the Health Reform Project and Privatista. They are presented some issues related to the Service and its interface with health, with emphasis on the influences neoconservadoras. Finally, some are raised by the impasse faced by the Health Service and the current situation and exposed some proposals to strengthen the Single Health System universal, public, quality and social participation.

Key Words: Social Work; Health; Health Care Reform; Project-Political Ethics

INTRODUÇÃO

Para analisar o Serviço Social e sua interface com a Saúde no Brasil é fundamental verificar como as tendências internacionais, relacionadas às reformas do Estado[3], estão influenciando as elaborações no país.

[3] O termo reforma está sendo empregado face a sua utilização por diversos autores. Entretanto, considera-se que a denominação mais adequada é "contra-reforma", pois as mesmas vão na direção de supressão de direitos enquanto as reformas têm sua origem nas lutas sociais e progressistas.

O debate acerca das Reformas do Estado ou contra-reformas, como afirmam alguns autores, tem relação com o fenômeno da globalização[4] e/ou mundialização[5], quando se observa um movimento de acelerada expansão do capital financeiro e da universalização de mercados, que ocorre a partir dos anos setenta, em decorrência da crise do capitalismo monopolista.

Estas propostas têm influenciado as políticas sociais de diversas formas: com corte nos gastos sociais, retração significativa do setor público, através de processos de privatização, e introdução de mecanismos típicos de mercado no setor público.

Em relação à administração pública, as "reformas" têm sido orientadas por medidas que usam a redução dos gastos e o aumento da eficiência dos equipamentos públicos, o que é um paradoxo, pois os cortes excessivos vão prejudicar o desempenho da administração a longo prazo. (KETTL, 1998).

Outra perspectiva tem sido o fortalecimento do gerencialismo[6] como fio condutor das agendas das reformas em diversos países

[4] A discussão acerca dos significados e características do fenômeno de globalização foge ao âmbito desse estudo. Para Fiori (1995), o conceito procura dar conta de uma nova formatação capitalista gerada nas últimas décadas pelo acelerado processo de acumulação e internacionalização de capitais. Esse processo teria se dado em várias dimensões, culminando numa reorganização espacial da atividade econômica e na re-hierarquização dos seus centros decisórios. Dessa forma, para além da dimensão econômica, o autor enfatiza os aspectos políticos e ideológicos envolvidos nesse processo, que seriam resultado também das decisões políticas tomadas ao nível dos governos, sob a hegemonia liberal-conservadora. O autor destaca ainda a heterogeneidade entre países quanto à posição de poder que ocupam na nova ordem internacional e às diferentes respostas desses países ao novo contexto.

[5] Chesnais (1996) explicita que a fase de mundialização representa um novo estilo de acumulação, com predomínio financeiro e rentista, e ocorre pelas novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros. Para o autor, este fase foi antecipada pelo imperialismo e pelo período fordista.

[6] O termo original é *managerialism*, que seria uma corrente original dos EUA- mas nunca implementada radicalmente naquele país- e norteadora da reforma administrativa no Reino Unido na década de 1980 (KETTL, 1998; ABRUCIO, 1998; MACEDO; ALVES, 1997). Abrucio (1998) aponta uma "evolução"das correntes do gerencialismo ao longo dos anos 80 e 90, com tendência de retomada de princípios como transparência, eqüidade e justiça social. As três correntes discutidas pelo autor são: o "gerencialismo puro"; o *"consumerism"*; e a *"public service orientation"*.

(KETTL, 1998, ABRUCIO, 1998) que tem como características: ênfase na flexibilização da administração e das modalidades de contratação de funcionários; diminuição de mecanismos de contratualização entre governo e instituições públicas.

A literatura recente aponta que vem ocorrendo uma modificação no debate acerca da reforma do Estado nos anos 1990. Na década de 1980 predominou uma agenda minimalista face aos imperativos do ajuste estrutural macroeconômico. Nos anos noventa a ênfase se deslocou para as reformas institucionais, com vistas ao aumento da capacidade do Estado para viabilizar o sucesso das medidas de ajuste e atenuar suas conseqüências sociais. Neste período, ganham centralidade os conceitos de governança e governabilidade.[7] (MACHADO, 1999).

Haggard (1997), ao discutir as tendências das reformas na América Latina, afirma que nos anos oitenta predominou, na maioria dos países, as medidas de ajuste macroeconômico e de balanças de pagamento, sendo que as medidas institucionais se restringiam às privatizações em algumas áreas. Na década de 1990, entretanto, o debate passa a enfocar as mudanças institucionais necessárias para a implementação das reformas.

As propostas de mudanças relacionadas ao papel do Estado vão repercutir efetivamente na política de saúde e no Serviço Social. A partir da década de 1980, observa-se uma tendência de "reformas" no setor saúde em vários países, em geral relacionadas à reformulação dos sistemas de proteção social.

Almeida (1996), ao analisar as reformas européias na década de 1980, aponta quatro linhas norteadoras: separação entre

[7] Uma análise das origens e significados da categoria *governabilidade* pode ser vista nos trabalhos de Melo (1995) e de Fiori (1995). Mattos (1996) também aborda a questão da governabilidade e traça uma descrição detalhada do surgimento do conceito de "*good governance*" no interior do Banco Mundial. Diniz (1997) discute as duas categorias como elementos auxiliares no debate acerca da construção de um novo paradigma de Reforma do Estado.

financiamento e previsão de serviços, com redefinição do papel do Estado; utilização de incentivo e subsídios, visando à reestruturação do mix público-privado; racionalização da assistência médica, com redirecionamento dos gastos para práticas extra-hospitalares; introdução de mecanismos de competição nos sistemas de saúde. A mesma autora ressalta que, nos anos noventa, os modelos reformadores tentam suavizar o discurso ideológico exacerbado da década de 1980, partindo da crítica às propostas neoliberais sem, entretanto, significar um retorno às premissas do Estado de Bem Estar Social. A agenda pública na década de 1990 tem como questão central reconstruir a capacidade do Estado e ao mesmo tempo reestruturá-lo (FIORI, 1993). Cinco temas têm influenciado a agenda de reformas internacionais para a América Latina, desenvolvidos pelo Banco Mundial e outras organizações internacionais (KAUFMAN, 1995, p. 2): a centralização e insulamento político do controle da política macroeconômica; a descentralização e privatização das burocracias; a introdução da competição entre provedores de bens e serviços como forma de aumentar a eficiência; a delegação de funções regulatórias a agências independentes encarregadas de monitorar os prestadores de serviços; a criação de um quadro restritivo de funcionários públicos "essenciais" mais capazes, com considerável poder operacional, que seriam avaliados segundo padrões de desempenho.

A partir destas considerações, vai-se abordar a saúde e o serviço social no Brasil, nos anos oitenta e noventa.

SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL, NOS ANOS 1980 E 1990[8]

No Brasil, a década de 1980 foi um período de grande mobilização política como também de aprofundamento da crise

[8] Este item tem por base o artigo publicado por Bravo & Matos, 2004.

econômica, que se evidenciou na ditadura militar[9]. Nessa conjuntura, há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo.

O movimento sanitário, que vem sendo construído desde os meados dos anos 1970, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado.

Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde no país[10]. O relatório desta Conferência, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da reforma sanitária no processo constituinte e na elaboração da Carta Magna. No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 é a mais progressista do país, onde a Saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, integra a Seguridade Social[11].

É evidente que esta conquista não foi dada, na medida em que no processo constituinte foi visível a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um, formado pela Federação

9 Apesar de entre 1979 e 1985 o país ter sido presidido pelo General Figueiredo, esta gestão diferenciou-se dos governos militares anteriores, já que, neste período, ficou evidenciada a incapacidade da ditadura continuar como tal, frente à articulação e mobilização de setores da sociedade civil, principalmente do movimento popular, e o acúmulo de forças da resistência democrática (PAULO NETTO, 1996).

10 A Conferência reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, e o temário teve três eixos: "Saúde como direito de cidadania", "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde" e "Financiamento Setorial". Foi aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária e configurada em proposta legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento.

11 À saúde coube cinco artigos (Art. 196 - 200) e neles está inscrito que esta é um direito de todos e dever do Estado, e a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único.

Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas Internacionais, que defendia a privatização dos serviços de saúde, e outro, denominado Plenária Nacional da Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária, que podem ser resumidos como: a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social[12]. A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. (BRAVO, 1996).

Uma questão importante de ser identificada é a preocupação da categoria dos assistentes sociais nesse momento.

Sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira), mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional, havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão.

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas, por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado um nexo direto com outros debates que buscavam a construção de práticas democráticas como o movimento pela reforma sanitária. Em nossa análise, esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde. (BRAVO, 1996).

No entanto, é importante identificar como se deu a relação do Serviço Social com o Movimento da Reforma Sanitária na década de 1980.

É impossível falar do Serviço Social sem se referenciar aos anos oitenta. Estes são fundamentais para o entendimento da

12 A categoria controle social significa a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas, onde se compreende que o público deve ser expressão do conjunto das necessidades apresentadas pelos diferentes segmentos da sociedade.

profissão hoje, pois significam o início da maturidade da tendência hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria - intenção de ruptura - e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. No entanto, os profissionais desta vertente se inserem, em sua maioria, nas Universidades, onde, dentro do processo de renovação da profissão, pouco efetivamente intervêm nos serviços (PAULO NETTO, 1996; BRAVO, 1996). Se o Serviço Social cresceu na busca de fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças consegue apresentar na intervenção. Sem dúvida, para se avançar na profissão na atualidade, faz-se necessário recuperar as lacunas da década de 1980. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde - a maior área de trabalho profissional[13].

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos oitenta, observa-se uma mudança de posições: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 e 1989; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela ABESS, ANAS e CFAS para o Serviço Social do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde.[14] (BRAVO, 1996).

[13] Na atualidade, a área da Assistência Social ampliou-se em decorrência da Lei Orgânica da Assistência (1993) e do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Entretanto, a saúde até os anos 1990 era a maior área de atuação dos assistentes sociais.

[14] ANAS – Associação Nacional dos Assistentes Sociais, entidade atualmente desativada, que congregava os Sindicatos e Associações Profissionais de Assistentes Sociais do país. CFAS – Conselho Federal de Assistentes Sociais, denominado desde 1993 como Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). ABESS – Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social, designada desde 1997 como Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

Os avanços apontados são considerados insuficientes, pois o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua, enquanto categoria, desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre "as demandas postas à prática em saúde". (BRAVO, 1996).

Para analisar o Serviço Social e a Saúde nos anos 1990, faz-se necessário ter em mente ser este o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, o qual o governo de Fernando Collor de Mello foi o primeiro a tentar implementar.

O projeto político-econômico consolidado no Brasil nesta década, denominado projeto neoliberal, confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social[15], tecido desde os anos 1980, e com o projeto da reforma sanitária. A partir das contradições evidenciadas, surgem algumas questões: Como, numa realidade político-conjuntural adversa, construir e concretizar uma prática que garanta um Estado participativo, formulador de políticas sociais equânimes, universais, não discriminatórias? Como ficam o Serviço Social e os defensores da reforma sanitária nesta trincheira?

Nas proposições referentes à política de saúde o projeto da reforma sanitária é questionado e consolida-se, na segunda metade dos anos 1990, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder

[15] Pelo que já foi explicitado nesse texto, o projeto hegemônico profissional no Serviço Social tem seus principais formuladores nas entidades da categoria e na academia.

central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores[16].

A partir do exposto, identificou-se, já nos anos 1990, que os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social[17] (Bravo, 1998).

O projeto privatista requisitou e vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psico-social através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.

Destaca-se, a partir do exposto, que há uma relação entre o Projeto Ético-político e o de Reforma Sanitária, principalmente nos seus grandes eixos: principais aportes e referências teóricas, formação profissional e princípios. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980. As demandas democráticas e populares e a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais

[16] Como principais características destacam-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a privatização dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso.

[17] Esta disputa e, em conseqüência, as requisições para a profissão continuam presentes na atualidade.

aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade[18].

Nos anos 1980, no Brasil, o Projeto Democracia de Massas foi fortalecido, tendo por suporte a luta das classes subalternas no processo de redemocratização, apesar da conjuntura internacional desfavorável, conforme sinalizado na introdução.

Os principais sujeitos políticos do movimento sanitário foram o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde – CEBES, criado em 1975, o Movimento de Renovação Médica – REME e a articulação com os outros movimentos sociais (associações de moradores, sindicatos e igreja) [19]. No Serviço Social destacam-se as entidades da categoria já referidas, a saber: ANAS; ABESS/ABEPSS; CFASS/CFESS e ENESSO.

Uma diferença que se evidencia é que o Projeto Ético-Político do Serviço Social continua seu processo de fortalecimento nos anos noventa, face à resistência das entidades da categoria e sua articulação com profissionais da academia, havendo um adensamento da teoria social crítica, ou seja, da tradição marxista, para pensar a profissão, apesar de já se identificar a reação a esta concepção, como será abordado no próximo item.

O Projeto de Reforma Sanitária teve maior dificuldade face à conjuntura e à desmobilização das suas principais entidades. O pacto de unificação foi a defesa do Sistema Único de Saúde – SUS que, entretanto, não abrange toda a proposta da Reforma Sanitária, apesar da sua importância. A abordagem teórica pautada no marxismo, principalmente em Gramsci, e de um de seus seguidores, Berlinquer, autor principal da Reforma Sanitária Italiana

[18] A diferença entre projetos societários e projetos profissionais é elaborada por Paulo Netto (1996a).

[19] Para maior aprofundamento do Movimento Sanitário, vide Bravo (1996) e Escorel (1987)

e que teve grande repercussão no Brasil, na década de 1980, começa a ser questionada. A partir dos anos noventa, outras concepções teóricas passam a influenciar, com maior vigor, as elaborações na saúde coletiva, cabendo destacar: Habermas, Foucault[20], postulações pós-modernas, o paradigma da vitalidade/ energia. Alguns autores começam a questionar as concepções teóricas mais abrangentes e ressaltam a necessidade de estudos do cotidiano, das práticas em saúde sem, entretanto, relacioná-las com a Política de Saúde. Os adeptos da Reforma Sanitária, de tradição marxista, pontuaram, no final dos anos oitenta, a necessidade de estabelecer relações entre as elaborações mais gerais com o cotidiano institucional e as práxis, considerando como desafio a ser enfrentado na perspectiva da totalidade.

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesta direção destaca-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho; a importância dos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde, através da construção do SUS, em consonância com os princípios da integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde e financiamento efetivo do Estado.

O projeto profissional da categoria do Serviço Social defende uma nova concepção da profissão, com compromissos éticos e políticos da justiça social, garantia dos direitos sociais, defesa da democracia social, econômica e política e construção de uma nova ordem social sem discriminação de gênero, raça e etnia e classe.

[20] Foucault teve influência também no período anterior.

No que se refere aos princípios, também há relação entre os projetos em debate. O SUS defende a universalidade, eqüidade, integralidade, intersetorialidade e controle social. O Serviço Social afirma a importância do acesso universal, da justiça social, dos determinantes sociais, da seguridade social e da participação social.

Com relação à formação profissional, os dois projetos defendem a formação generalista. A Reforma Sanitária questiona a especialização precoce e propõe que as profissões vinculadas à saúde precisam de diretrizes que atendam ao SUS. Uma das propostas é a interdisciplinaridade e, com relação à formação médica, considera relevante o médico generalista, com o conhecimento das grandes áreas, sendo a residência o momento da especialização. Propõe ainda articulação docente-assistencial (formação nos três níveis de atenção: básico, média e alta complexidade), treinamento na rede de serviços (Centros de Saúde, Ambulatório e no Hospital Universitário) e reforço nas disciplinas de medicina preventiva: política de saúde, epidemiologia, saúde do trabalhador.

O Serviço Social propõe formação generalista com especialização no nível de pós-graduação. O objeto profissional são as expressões da questão social e ressalta também a necessidade da articulação ensino, pesquisa e extensão[21].

A seguir, vai-se abordar a Saúde e o Serviço Social no Governo Lula.

SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL NO GOVERNO LULA[22]

A eleição de Luís Inácio Lula da Silva significou um marco político na história do país, pois foi a primeira vez que se elegeu

[21] Não é objetivo deste artigo o debate sobre a formação que se encontra em outros artigos desta Revista.

[22] Este item está baseado nos artigos de Bravo e Menezes (2007) e Bravo e Matos (2004).

"um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política" (Braz, 2004: 49). A consagração eleitoral foi resultado da reação da população brasileira contra o projeto neoliberal implantado nos anos 1990, vencendo o projeto que não representava, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes[23].

A análise realizada por Behring (2004) explicita que no plano econômico todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC estão sendo mantidos, permanecendo intocáveis: o superávit primário, a desvinculação de receitas da união (DRU)[24], taxas de juros paramentradas pela Selic; apostas na política de exportação, com base no agronegócio; o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; o aumento da arrecadação da União.

Essas orientações econômicas têm impactos nas políticas sociais. De acordo com Soares (2004), a tese central do governo é que a solução não está na expansão do gasto social e, sim, na focalização. Continua-se com políticas focais, em detrimento da lógica do direito e da seguridade social universalizada.

Para Marques e Mendes (2005), as políticas sociais no governo Lula estão estruturadas em três eixos que fundamentam a concepção de proteção social utilizada. O primeiro é o Projeto Fome Zero, que ficou basicamente concentrado no programa Bolsa-Família; o segundo, a contra-reforma da Previdência Social e o terceiro refere-se ao trato da equipe econômica aos recursos da Seguridade Social.

[23] Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro acreditava-se que no Brasil estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentariam as políticas de ajuste. Não se esperavam transformações profundas, face aos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social.

[24] Esta desvincula 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para pagamento da dívida pública.

As políticas sociais, apesar de algumas inovações, ficam com a agenda subjugada à estabilidade fiscal e, conseqüentemente, os investimentos são muito reduzidos, não apontando na direção de um outro projeto para o país.

O Ministério da Saúde, no início do governo, vai sinalizar como um dos desafios à incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária. A análise da política adotada, entretanto, aponta para a manutenção da disputa entre os dois projetos: Reforma Sanitária e Privatista. Em alguns aspectos o governo procura fortalecer o primeiro projeto e, em outros, o segundo. Evidencia-se que, em decorrência da falta de vontade política e do financiamento, o projeto privatista tem sido priorizado[25].

Segundo Paim et. al. (2005), com relação à Assistência Farmacêutica, o governo buscou a ampliação de laboratórios oficiais e criou as farmácias populares[26], aumentou a fiscalização e o controle dos medicamentos. Ressalta que um aspecto que não foi enfrentado, apesar do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ter apontado como desafio para o SUS, refere-se à subordinação das agências reguladoras às instâncias gestoras públicas, mesmo se tratando de autarquias especiais: esta é a situação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O governo tem se posicionado de forma tímida em relação à regulação e ao controle da saúde suplementar.

Em relação ao Controle Social, ressalta-se, como avanço, a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa que tem como competência fortalecer a participação social e a

[25] Para maior aprofundamento dos aspectos de inovação e continuidade da política de saúde, vide Bravo & Menezes (2007).

[26] Apesar de ter sido apontada como um aspecto de inovação, por Paim et al. (2005), a proposta de Farmácia Popular tem sido objeto de diversos debates, pois permitindo o co-pagamento dos medicamentos fere os princípios do SUS, como ressalta Bravo (2004).

realização de diversas conferências em articulação com o Conselho Nacional de Saúde[27]. Outro aspecto importante foi a eleição do presidente do Conselho Nacional de Saúde, em 2006, pela primeira vez em 70 anos de existência[28] (Radis 53), e a realização da 13ª CNS, em 2007.

Um dos aspectos centrais da Política de Saúde refere-se aos trabalhadores de saúde, que foram terceirizados nos anos noventa. Nesta direção algumas propostas têm sido defendidas e foram objeto de discussão na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde como: a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salário (PCCS) para o SUS; Educação Permanente; proteção social do trabalhador e regulação pública das especialidades, a partir das necessidades de saúde da população e do SUS; desprecarização do trabalho e implementação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), aprovada como Política Nacional por meio da Resolução n° 330, em 2004. As ações necessárias para sua viabilização, entretanto, não foram efetivadas.

A Política de Saúde no primeiro governo Lula, conforme evidenciado, sofreu os impactos da política macroeconômica e as questões centrais não foram enfrentadas, tais como: a

[27] Entre as conferências realizadas, destaca-se a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, em caráter extraordinário, e das seguintes Conferências Temáticas: 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2004); 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2005); 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006). Um aspecto que merece reflexão, entretanto, é que os relatórios das conferências temáticas não foram socializados e suas propostas não foram viabilizadas. O relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde também foi divulgado muito depois da conferência.

[28] O presidente do Conselho Nacional de Saúde eleito foi o farmacêutico Francisco Batista Júnior, representante dos trabalhadores pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, filiada à CUT, e venceu com 76% dos votos (Radis 53).

universalização das ações; o financiamento efetivo; a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos.

No segundo governo Lula é escolhido para ministro da saúde um profissional que participou da formulação do Projeto de Reforma Sanitária na década de 1980. Em seu discurso de posse, o ministro José Gomes Temporão afirmou que há uma tensão permanente entre o ideário reformista e o projeto real em construção assim como aspectos culturais e ideológicos em disputa como as propostas de redução do Estado, de individualização do risco, de focalização, de negação da solidariedade e banalização da violência[29].

O atual ministro tem levantado para o debate questões polêmicas como a legalização do aborto, considerado como um problema de saúde pública[30]; a ampliação das restrições à publicidade de bebidas alcoólicas e a necessidade de fiscalizar as farmácias[31].

O ministro, entretanto, não tem enfatizado algumas questões centrais ao ideário reformista, construído desde meados dos anos setenta, como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

[29] O ministro apresenta que um dos possíveis caminhos de superação deste conflito certamente passa pelo reconhecimento da sociedade de pensar a saúde como um bem e um projeto social. É necessário, portanto, retomar os conceitos da Reforma Sanitária Brasileira que não se limitam à construção do SUS, mas ao aumento da nossa capacidade para interferir crescentemente na determinação social da doença. E os sujeitos deste processo são os usuários e os profissionais de saúde. Sem eles o projeto será derrotado.

[30] Neste debate, entretanto, não fez uma articulação com os Movimentos Feministas. Esta questão precisa ser amplamente discutida com os movimentos sociais que colocam a questão da descriminalização do aborto.

[31] Foram assumidas algumas medidas pelo ministério. Entre elas, a de maior impacto foi a quebra de patente do medicamento Efavirenz (Stocrin), da Merk Sharp & Dohme, elogiada amplamente pelas entidades de combate à AIDS (Revista Época, 14 de Maio de 2007).

e Saúde do Trabalhador. Apresenta, por outro lado, proposições que são contrárias ao projeto como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a criação de Fundações Estatais.

A proposição mais preocupante do atual ministro é a criação das Fundações Estatais cujo debate está mais avançado na saúde[32], mas pretende atingir todas as áreas que não sejam exclusivas de Estado, tais como: saúde, educação, ciência e tecnologia, cultura, meio ambiente, desporto, previdência complementar, assistência social, dentre outras[33].

Algumas questões podem ser levantadas, com relação a esta proposta, tendo por referência a saúde: as fundações serão regidas pelo direito privado; tem seu marco na "contra-reforma" do Estado de Bresser Pereira/FHC; a contratação de pessoal é por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Curadores; não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; não obedece as proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão

32 Na saúde este debate inicia-se com a crise da saúde no Rio de Janeiro e tem impulso com a criação e elaboração, pela equipe de trabalho constituída pelos Ministérios do Planejamento e Saúde com a participação de professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), Sunfeld Advocacia/SP, do documento que foi apresentado, inicialmente, no Congresso da ABRASCO, em 2006, com o título "Gestão em Saúde: Novos Modelos de Gestão para os Institutos e Hospitais do Ministério da Saúde" e, posteriormente, teve revisão no título para Fundações Estatais. Atualmente, há uma articulação entre os Estados da Bahia, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Sergipe para a adoção deste modelo bem como para os hospitais federais do Rio de Janeiro.

33 Em 2007, é apresentado ao Congresso Nacional Brasileiro, pelo Poder Executivo, o Projeto de Lei Complementar n° 92/07 que propõe a criação das Fundações Estatais de Direito Privado para todas as áreas que não sejam exclusivas do Estado. Este projeto objetiva regulamentar a emenda constitucional n° 19, de 4 de junho de 1998, mais conhecida como emenda da contra-reforma do Estado brasileiro, do governo Fernando Henrique Cardoso.

do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações.

Os movimentos sociais têm reagido a esta proposição. Em 2007, o Conselho Nacional de Saúde se posicionou contrário na sua reunião do mês de junho[34]. Neste ano foram realizadas Conferências Estaduais em todos os Estados brasileiros e a 13ª Conferência Nacional de Saúde, maior evento envolvendo a participação social no país. Em todas estas conferências a proposta de criação das Fundações de Direito Privado foi rejeitada.

No Estado do Rio de Janeiro a saúde já é objeto de Lei Regulamentar[35]: 24 unidades hospitalares e institutos integrariam a estrutura de três fundações gestionárias do serviço público de saúde. Entre o Estado, devedor de um serviço público essencial, e o usuário, detentor de um direito fundamental, surge um intermediário, um gestor, as fundações privadas instituídas pelo Poder Público.

Um fórum permanente, composto por centrais sindicais, sindicatos, representantes de conselhos estaduais e municipais

34 O Pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS) decidiu pelo debate da proposta, uma vez que o ministro Temporão já havia admitido durante a reunião de maio de 2007, do Conselho Nacional, que o projeto, ainda em fase de construção, seguiria direto para o Congresso Nacional, onde ocorreria o debate e não passaria pelo Conselho. A reunião do CNS que discutiu e rejeitou o projeto contou com a participação de representante do Ministério do Planejamento, da consultora em saúde e do presidente da Confederação Nacional de Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS). O Conselho Nacional, mesmo tendo tirado posição, reconheceu a necessidade de ampliar o debate com a sociedade civil organizada sobre as diferentes modalidades de gestão do SUS. Foi realizado um Seminário em julho de 2007 e o II Seminário irá acontecer em 12 de maio de 2008 (Jornal do CNS, novembro de 2007).

35 A Lei n° 5.164, de 17 de dezembro de 2007, autoriza o poder executivo a instituir a "Fundação Estatal dos Hospitais Gerais", a "Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência" e a "Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante" e dá outras providências.

de saúde, projetos de pesquisa universitária e outras entidades, foi o caminho de unidade encontrado pelo movimento social no Rio de Janeiro com a criação do Fórum em Defesa do Serviço Público e Contra as Fundações. Instalou-se para intervir no processo de tramitação da Lei e se manteve, buscando abrir para outros movimentos, especialmente nas áreas futuramente afetadas pelo projeto de fundações[36].

A análise que se faz após o primeiro governo Lula e os encaminhamentos do segundo mandato é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existente nos anos 1990 – continua. Algumas propostas procuram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não tem havido vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a universalização excludente, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado.

O Serviço Social não passa ao largo desta tensão. Ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência intenção de ruptura e, não por acaso, o Serviço Social é uma profissão que atingiu sua maioridade intelectual. É também nesta mesma década que se identifica o início da ofensiva conservadora a esta tendência, que se amplia nos anos 2000. A crítica à tendência intenção de ruptura não se apresenta como antimarxista e sim afirmando que o marxismo não apresenta

[36] Este fórum realizou um Ato Público no dia 7 de abril de 2008, na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ), congregando seiscentos participantes e diversas forças políticas,ou seja, dirigentes e militantes de diversos sindicatos e conselhos profissionais da área da saúde (assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, fonoaudiólogos e médicos); centrais sindicais (CONLUTAS e CTB); estudantes e servidores de hospitais universitários e outras unidades de saúde; militantes de movimentos populares, como as Federações de Associações de Moradores (FAMERJ, FAFERJ e FAM-Rio), além de movimentos em luta pela terra e por moradia; militantes dos partidos políticos que se posicionaram e/ou votaram contra as Fundações Privadas (PSOL, PSTU, PCB, PC do B, PDT e PPS), além de dissidentes do PT.

respostas para o conjunto dos desafios postos à profissão pela contemporaneidade[37].

Na saúde, onde esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção; pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social quanto para o trato exclusivo dos estudos, na perspectiva da divisão clássica da prática médica.

Sobre o último eixo assinalado, cabe aqui apresentar algumas expressões[38]. Ênfase no exercício profissional na dimensão subjetiva, que tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico[39]. Criação de entidades ou de realização de fóruns de capacitação e debates dedicados à produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada[40].

Sobre essas ações, cabem algumas reflexões. O problema não reside no fato dos profissionais de Serviço Social buscarem estudos na área da saúde. O dilema se faz presente quando este

[37] Segundo Paulo Netto (1996a), as críticas apresentam, em comum, o fato de apontarem como problemas o dogmatismo, quando, de fato, trata-se de ortodoxia, e os equívocos da tradição marxista quando, na realidade, tratar-se-ia de possíveis lacunas desta tradição no âmbito do Serviço Social.

[38] Para maior aprofundamento (vide Bravo e Matos (2004)).

[39] Esta proposição é decorrente de um movimento composto de um grupo de assistentes sociais com formação especializada em diversas abordagens clínicas: holística, bioenergética, psicodrama, terapia familiar sistêmica. É um grupo heterogêneo que reivindica, das entidades da categoria e unidades de ensino, o reconhecimento do caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional.

[40] Os adeptos desta tendência têm impulsionado a criação de associações de assistentes sociais na oncologia, nefrologia, entre outras especialidades. Já existe uma entidade nacional que pretende envolver os assistentes sociais que atuam na saúde, com a realização de eventos e publicações.

profissional passa a exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos e etc.), e não mais as identifica como as de um assistente social. Assim, o profissional recupera uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde[41]. As novas demandas colocadas como gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional - explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares, aprovadas pela ABEPSS (1996) - na maioria das vezes, não são consideradas.

Uma outra questão é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, quando o profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão que, na área da saúde, passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e pela busca de estratégias para o enfrentamento destas questões[42].

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária – construído nos anos oitenta - e ético-político do Serviço

[41] Estas consistem somente na ação direta com os usuários, o que Paulo Netto (1990) denomina de execução terminal da política social.

[42] O exercício profissional do assistente social não se reduz a ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais, nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas patologias médicas, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde com visão generalista e não fragmentada.

Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários[43].

IMPASSES E DESAFIOS AO SERVIÇO SOCIAL E SUA INTERFACE COM A SAÚDE NA ATUAL CONJUNTURA

Na atualidade identifica-se um questionamento difuso aos projetos Ético-Político e de Reforma Sanitária, buscando a flexibilização dos seus referenciais e a subordinação de determinados segmentos das diversas categorias profissionais que atuam na saúde às políticas sociais do governo federal. O discurso do possibilismo, conforme identificado por Bráz (2004) e Paulo Netto (2004) se faz presente e concorda-se com os autores citados que os profissionais não podem perder sua autonomia, tendo como desafios a defesa dos projetos construídos.

Desta forma, ressalta-se que várias questões estão postas para os assistentes sociais e os demais trabalhadores da saúde.

No cotidiano profissional, cabe aos profissionais de Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular em estratégias que busquem reforçar ou criar experiências

[43] Quando se faz referência ao projeto de Reforma Sanitária tem-se pontuado que é às suas bases, formuladas nos anos oitenta, porque identifica-se mudança no discurso dos protagonistas do Projeto de Reforma Sanitária, principalmente, a partir de 2007, com a escolha do ministro da saúde. Há uma flexibilização de suas proposições pautada nas possibilidades de ação no atual contexto brasileiro. Diversos sujeitos sociais do Movimento Sanitário não têm enfrentado a questão central do governo que é a subordinação da Política Social à política macroeconômica. A grande bandeira do movimento, nos anos oitenta, era a perspectiva de Reforma relacionada à mudança de projeto societário, ou seja, tendo como horizonte a transição para o socialismo. Esta questão aparece, na atualidade, de forma muito tênue. Não se percebe a busca de articulação com outros movimentos sociais, como ocorreu na década de 1980.

nos serviços de saúde, que efetivem o direito social à saúde. Considera-se que o nosso código de ética apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde[44].

Pensar uma atuação comprometida do Serviço Social na área da saúde deve ter como pressupostos: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde da Instituição e não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta do SUS; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas instituições que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde e sua relação com o Serviço Social.

Outras alternativas para a ação profissional referem-se à assessoria e ao trabalho dos assistentes sociais nas instâncias de controle democrático[45].

No Serviço Social identificam-se diversas produções que analisam os mecanismos de controle democrático construídos nos anos oitenta, no processo de redemocratização da sociedade brasileira e implementados na década de 1990, período de crise e aprofundamento da política de ajuste que tem impactos na

[44] Destacam-se, entre seus 11 (onze) princípios fundamentais: a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; o posicionamento em favor da eqüidade e da justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; a articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

[45] Para maior aprofundamento . ver Bravo, 2007.

organização e mobilização dos sujeitos sociais. Estas produções, entretanto, não têm como preocupação central a análise do trabalho do assistente social nestas instâncias. Algumas pontuam questões a serem enfrentadas, demandas para o profissional, mas não se detém nesta análise.

As publicações que tratam desta temática são produzidas a partir dos anos 2000, sendo resultado da inserção dos profissionais em diversos espaços de controle democrático como conselhos, conferências, fóruns, plenárias, comitês, orçamento e planejamento participativo, bem como de projetos de extensão que articulam ensino e pesquisa nas universidades[46].

As ações técnico-políticas desenvolvidas pelos assistentes sociais, junto aos conselhos e/ou segmentos dos conselhos, envolvem a democratização e socialização da informação, realização de pesquisas e devolução dos seus dados aos sujeitos investigados e ação sócio-educativa na perspectiva libertadora. Elas configuram um trabalho de assessoria que não deve ser pontual, mas estar articulado com outras ações. É importante, nesta atividade, a colaboração da Universidade para garantir uma relativa autonomia na análise com relação às políticas sociais[47].

Outra questão refere-se ao desafio posto aos profissionais de Serviço Social vinculados à Universidade para retomar a articulação ensino-pesquisa e extensão[48]. A extensão também tem sofrido mutações. A concepção que se defende pauta-se na

[46] As proposições apresentadas abrem a possibilidade para que os assistentes sociais passem de meros executores das políticas para atuarem na formulação e assessoria aos diversos sujeitos coletivos e movimentos sociais participantes deste processo. Identifica-se, entretanto, que esta produção é ainda muito restrita.

[47] Os governos têm como intenção divulgar as suas políticas e a crítica não é realizada. Por isto, é importante a presença da Universidade para garantir a análise crítica e elaboração de proposições.

[48] Nos anos oitenta houve um dinamismo das experiências de extensão articuladas ao estágio. Estas, entretanto, tiveram um recuo a partir de 1990.

universidade compromissada com a sociedade e com as transformações necessárias para o fortalecimento da democracia de massas e não a prestação de serviços, com viés privatista.

Ressalta-se que as entidades da categoria, principalmente o conjunto CFESS/CRESS, têm estimulado a inserção dos assistentes sociais nos espaços de controle democrático, desde 1998 (CFESS, 2002). O CFESS tem participado do Conselho Nacional de Saúde e do FENTAS (Fórum dos Trabalhadores de Saúde) que se articula antes das reuniões do Conselho Nacional, bem como de diversas comissões do Conselho Nacional.

A partir das indicações pontuadas, considera-se que a assessoria às instâncias públicas de controle democrático, articulada aos movimentos sociais, é um espaço de trabalho para os assistentes sociais contribuírem para o fortalecimento dos sujeitos políticos na perspectiva da garantia e/ou ampliação dos direitos sociais, entre eles o da saúde, tendo no horizonte a emancipação humana.

Os defensores da Reforma Sanitária, dos Projetos Ético-Político do Serviço Social e Democracia de Massas só conseguirão contribuir para o enfrentamento das profundas desigualdades existentes na atual conjuntura brasileira aliando-se a um amplo movimento de Massas que exija a redução do fosso entre a política macro-econômica e as políticas sociais com a elaboração de uma agenda que defenda a garantia dos direitos humanos e sociais e a ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando L. Os avanços e dilema do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional. In: PEREIRA, Luiz C. B.; SPINK, Peter (orgs.). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

ALMEIDA, Célia M. de. Novos Modelos de Atenção à Saúde. Bases Conceituais e Experiências de Mudanças. In: COSTA, Nilson Rosário; RIBEIRO, José Mendes (orgs.). **Política de Saúde e Inovação Institucional** – *Uma Agenda para os Anos 90.* Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 1996.

AZEVEDO, C. et al. Gestão em Saúde: Novos Modelos de Gestão para os Institutos e Hospitais do Ministério da Saúde. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8; CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 11.** Rio de Janeiro. Agosto de 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti. Políticas Sociais no Governo Lula: uma reflexão. In: **Revista INSCRITA,** n.9. Brasília: CFESS, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federeativa do Brasil.** Brasília, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

_____. Superando Desafios - O Serviço Social na Saúde na década de 90. In: **Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do HUPE,** 3. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

_____; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. In: **Ser Social** – Revista do Programa de Pós-graduação em política Social, 10. Brasília: UnB, 2002.

_____; MATOS, Maurílio Castro. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês et all. **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez/UERJ, 2004.

_____.; MATOS, Maurílio Castro. O Potencial de Contribuição do Serviço Social na Assessoria aos Movimentos Sociais pelo Direito à Saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de (Orgs.). **Assessoria, Consultoria & Serviço Social.** Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

_____.; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Política de Saúde no Governo Lula. In: BRAVO, Maria Inês Souza [et al.] (orgs.). **Política de Saúde na Atual Conjuntura:** Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

_____. O trabalho do Assistente Social nas instâncias públicas de controle democrático. In: CFESS. **Curso de Especialização a distância** – Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CFESS: 2007 (no prelo).

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: **Serviço Social & Sociedade,** n. 78. São Paulo: Cortez, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional do assistente social.** 3. ed. rev. Brasília, 1997.

_____. **Brasil, mostra tua cara – Relatório final – gestão 1999-2002**. Rio de Janeiro / Brasília, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Jornal do CNS** – Edição Especial Modalidade de Gestão. Novembro de 2007.

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital**. Trad. Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 1996.

DINIZ, Eli. **Crise, Governabilidade e Reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.

ESCOREL, Sara. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ 1987. Dissertação de mestrado. (mimeo).

_____. ; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

FIORI, José Luis. Ajuste, Transição e Governabilidade: o Enigma Brasileiro. In: TAVARES, MC ; FIORI, J. L. (orgs.). **(Des)ajuste Global e Modernização Conservadora**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1993.

_____. **Em Busca do Dissenso Perdido**. Rio de Janeiro: Insight Editorial, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em questão. Brasília: CFESS, 2002.

HAGGARD, Stephan, 1997. A Reforma do Estado na América Latina. In: LANGONI, Carlos G.(org.). **A Nova América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

KAUFMAN, R. The Politics of State **Reform:** a Review of the Theorethical Approaches. 1995 (mimeo) 33 p.

KETTL, D. *The global revolution: reforming government sector management.* Trabalho apresentado no Seminário Internacional "A Reforma do Estado na América Latina e Caribe – Rumo a uma administração Pública Gerencial. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, patrocinado pelo BID e pela ONU. Brasília, 16-17, 1996 (mimeo).

MACEDO, Marcelo E. ; ALVES, Andrea M. Reforma Administrativa: o caso do Reino Unido. **Revista do Serviço Público**, ano 48, n.3, p. 63-82. 1997.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Contexto, Atores, Instituições**: um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos do município do Rio de Janeiro nos anos 90. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999. Dissertação de Mestrado.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Desvendando o Social no Governo Lula: a construção de uma nova base de apoio. In: PAULA, João Antônio de (Org). **Adeus ao Desenvolvimento** – a opção do governo Lula. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

MATTOS, Ruben. **The Good Governance**: a nova aposta do Banco Mundial. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1996 (mimeo).

MELO, Marcus André B. C. Ingovernabilidade: desagregando o argumento. In: VALADARES, L. ; COELHO, M.P (orgs.). **Governabilidade e Pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

OLIVEIRA, Jaime A ; TEIXEIRA, Sônia. M. F. **(Im) previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ ABRASCO, 1986.

PAIM, Jairnilson et. al. Políticas de Saúde do Governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão. **Saúde em Debate** – Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, v. 29, n. 70, Rio de Janeiro, CEBES, 2005.

PAULO NETTO, José. **Ditadura e Serviço Social** - uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social (50)**. São Paulo: Cortez, 1996a.

_____. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo: Cortez, n.79, 2004.

RADIS - COMUNICAÇÃO EM SAÚDE. N°. 53. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, jan. 2007.

REVISTA ÉPOCA. 14 de maio de 2007.

SOARES, Laura Tavares. O Debate sobre o Gasto Social do Governo Lula. In: SOARES, Laura Tavares et al. (Orgs.). **Governo Lula – Decifrando o Enigma**. São Paulo: Viramundo, 2004.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PROFISSÕES DE SAÚDE E FORMAÇÃO

Ana Maria de Vasconcelos[1]

Resumo

Este trabalho trata da formação e capacitação de recursos humanos para a saúde tendo como referência a implementação do SUS, como garantido na Constituição de 1988. Contém reflexões iniciais a partir de dados de uma pesquisa realizada com profissionais de saúde de Hospitais Universitários públicos do município do Rio de Janeiro.

Palavras chave:Democracia; saúde; profissões de saúde; Hospitais Universitários.

Abstract

This effort is about the formation and capability of human resources to the health care area, referring to the SUS implementation as granted in the Constitution of 1988. It contains its initial considerations from the result of a research made with professionals from the health care area from public university hospitals in Rio de Janeiro."

Key words: democracy, health, professions of health; University hospitals.

INTRODUÇÃO

Os interesses e necessidades sociais dos trabalhadores/ usuários[2] na organização social vigente, expressando e

[1] A autora é assistente Social, professora adjunta da Faculdade de Serviço Social/ UERJ e realiza pesquisa com apoio do CNPq/FAPERJ.

[2] Utilizamos a denominação usuários entendidos como integrantes dos diferentes segmentos das classes trabalhadoras que, enquanto sujeitos de direito, agem, empreendem ações, intervêm, lutam, reivindicam, exigem, implementam, no sentido de usufruir e/ou desfrutar de alguma coisa coletiva ligada a um serviço público ou particular, dessa forma mobilizando-se, organizando-se, pleiteando bens e serviços, exercendo controle social e sua autonomia na busca de emancipação.

consubstanciando a questão social[3], são multi-determinados e revelam a forma de organização social que tem como base a exploração do homem pelo homem - a organização social capitalista. Manifestadas pelos usuários - na saúde, na assistência, na previdência, na habitação, na educação, por exemplo - e apreendidas por diferentes profissionais como demandas[4], as necessidades dos usuários não têm uma existência em si e não podem ser "resolvidas" ou "solucionadas" quando manifestadas ou identificadas, ainda que possam ser contornadas nas suas manifestações aparentes. As necessidades sociais, enquanto manifestações da questão social, mais obscurecem do que revelam sua natureza. Assim, independente de como são identificadas e reconhecidas pelos profissionais e pelos usuários, as demandas dos trabalhadores expressam necessidades imediatas que exigem enfrentamento imediato, necessitando de mediações e conexões necessárias para que seja apreendida sua natureza e revelada a impossibilidade de sua solução nessa organização social – o que, reiteramos, não deixa de exigir seu enfrentamento.

Desde o início da década de 1990 os governos brasileiros vêm radicalizando uma política macroeconômica, subordinada ao capital financeiro, que tem resultado em perdas cumulativas para a classe trabalhadora. Assim, o Brasil, nas últimas décadas, está

[3] Como afirmam Netto e Braz (2007,p.139), a "questão social" é determinada pela lei geral da acumulação; "tal "questão", obviamente, ganha novas dimensões e expressões à medida que avança a acumulação e o próprio capitalismo experimenta mudanças. Mas ela é **insuprimível** nos marcos da sociedade onde domina o MPC (Modo de Produção Capitalista). Imaginar a "solução" da "questão social", mantendo-se e reproduzindo-se o MPC, é o mesmo que imaginar que o MPC pode se manter e se reproduzir sem a acumulação do capital".

[4] Demandas no sentido de pleito manifestado espontaneamente ou presentes nas manifestações do usuário, individual ou coletivamente; de necessidades identificadas por alguma instância ou profissional frente às condições de vida, trabalho, cultura e estilo de vida dos usuários que vão de encontro às requisições, exigências e interesses institucionais e dos governos, nas suas diferentes instâncias.

submetido à vulnerabilidade externa e cada vez mais refém de uma "dívida pública" crescente capitaneada por uma alta taxa de juros, o que determina um crescimento econômico pouco sustentável. Um crescimento econômico, na ordem capitalista, desejável e necessário, mas não suficiente como mostra a recente história brasileira que plasmou uma das sociedades mais injustas do planeta. A redistribuição da riqueza socialmente produzida exige um crescimento econômico mediado por uma ampla e eficiente política de desconcentração da propriedade privada.

Este cenário exige dos profissionais[5] que se pretendem comprometidos com os interesses e necessidades históricas dos diferentes segmentos das classes trabalhadoras (Antunes:1995) combinar resistência nos espaços de prática com a tarefa de contribuir na organização política daqueles segmentos, rompendo com particularismos, corporativismos e com a ideologia da "ajuda" e da solidariedade abstrata - que obscurece a solidariedade de classe. Nesse sentido, faz-se necessária a transformação dos espaços ocupados pelas diferentes categorias profissionais de nível superior na saúde, de espaços históricos de controle, dominação e busca de consenso e consentimento em espaços de exercício de relações democráticas, de organização e de luta política para resgate do potencial revolucionário, inovador e de rebeldia frente à ordem vigente, presente no cotidiano dos segmentos populares e, freqüentemente, dirigido ao seu igual ou possível aliado, mas não a seu antagonista, a classe proprietária dos meios essenciais de produção.

[5] Profissionais que integram corporações reguladas juridicamente - profissões - as quais exigem uma formação teórica e técnica de nível superior, o que supõe a apropriação de conhecimentos produzidos historicamente para a prestação de serviços à sociedade a partir de compromissos éticos, expressos nos seus Códigos de Ética. Nessa condição, esses profissionais têm uma relativa **autonomia** na condução de suas ações. Dentre essas profissões, destacam-se as reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, em 1997. (ver nota 20).

As demandas dos trabalhadores por saúde exigem um enfrentamento com a ordem econômica e política dominante. No entanto, elas não têm sido atendidas por meio de mediações necessárias entre a proposta do Sistema Único de Saúde, tal qual garantido na Constituição Federal de 1988, e a prática na saúde indispensável na realização deste projeto.

A saúde no Brasil, integrada à assistência e à previdência, compõe a seguridade social e é entendida como direito de todos e dever do Estado. Este direito resultou de um importante movimento que marcou a saúde no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que tem início na década de 1960, a partir de aliança entre intelectuais com atuação no campo da saúde e movimentos sociais comprometidos com a luta pela saúde como bem público e política pública. Movimento que teve a luta pela transformação das condições de saúde da população brasileira mediada pela luta pela transformação da sociedade.

Ao eleger a estratégia de atenção básica como eixo reorganizador, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro coloca, para a universidade e os serviços, desafios a serem enfrentados, os quais exigem uma relação de unidade entre pesquisa, ensino e serviços.

A busca de efetivação da saúde como direito de todos, dever do Estado e com controle social[6] exige, para além do financiamento e da gestão, uma prática na saúde que realmente concretize uma

[6] Controle social, no sentido de controle da sociedade sobre o Estado, a partir da efetiva "participação da comunidade", em respeito ao principio constitucional de que o cidadão pode exercer o poder diretamente ou por pessoas eleitas por ele. Na saúde, os Conselhos de Saúde, nos níveis regional, municipal, estadual e federal consubstanciam a participação paritária dos cidadãos usuários dos serviços de saúde de um lado, e, de outro, da administração, prestadores e trabalhadores de saúde. As Conferências de Saúde, também nos diferentes níveis, abertas e com participação de vários segmentos e pessoas, realizam-se nos períodos de 2 a 4 anos.

conexão orgânica das profissões de saúde[7] com os setores mais progressistas da sociedade - o que envolve os setores organizados e os desorganizados - na busca de efetivação de uma Seguridade Social brasileira cada vez mais ampliada. Uma realidade que requer quadros teóricos e técnicos qualificados para a formulação de modelos curriculares e práticas articuladas aos *interesses e reais necessidades* de saúde dos usuários, para efetivação do controle social dos serviços prestados. Uma prática inter-profissional que supere o modelo centrado na hegemonia da medicina e da doença.

Tomam destaque, neste processo, as diretrizes do SUS para a formação de recursos humanos na saúde: o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, a partir do reconhecimento/investigação do processo de determinação social das doenças – enquanto "expressões da questão social".

Frente a essas exigências, realizar uma prática na saúde, que reforce a construção do Sistema Único de Saúde, demanda mais do que petição de princípios: demanda preparação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que forje um intelectual[8] e não somente um técnico.

A relação universidade?serviços é fundamental para a área da saúde na busca de novos modelos de gestão e modelos

[7] Na busca de assegurar a saúde como "direito de todos, dever do Estado e com controle social", o Plenário do **Conselho Nacional de Saúde** reconheceu como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (CNS, Resolução nº 218 de 06.03.1997).

[8] O perfil de um intelectual supõe uma formação generalista - teórico-metodológica, ético-política e técnico operativa - e crítica que garanta um profissional que compreenda a lógica e as leis fundamentais da organização social capitalista, sua complexidade e contradições na geração da questão social e como essa lógica impacta as relações sociais e os indivíduos, apreendendo os mecanismos de exploração e de dominação. A formação de um técnico dá prioridade ao treinamento técnico-operativo para intervir num campo de ação determinando com a máxima eficácia operativa

assistenciais na formação de recursos humanos como também prioritariamente, e de forma indissociável, na produção de conhecimento. Os próprios objetivos do Sistema Único de Saúde explicitam isso: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dever do Estado de garantir a saúde, reduzindo riscos de doenças e outros agravos e estabelecendo condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações, aos serviços e à assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (Lei Orgânica da Saúde: Art. 5º)

A Universidade – e o Hospital Universitário - são um lugar privilegiado para conhecimento, crítica e produção da cultura universal e das várias ciências. Tem um papel central na formação e capacitação dos intelectuais necessários a qualquer sociedade. É o lugar da crítica, da busca pelo saber, da democratização do saber produzido socialmente. Na contradição da sociedade capitalista a universidade pode tanto servir aos interesses dominantes – ou seja, ao capital – quanto, pela mesma ação, servir aos interesses dos segmentos majoritários da sociedade – ou seja, ao trabalho.

Realizar e ampliar a direção social do SUS – sua perspectiva socializante e emancipatória - depende de formação e capacitação profissional relacionadas a um projeto de sociedade orientado para o enfrentamento das contradições centrais que se manifestam na crise social da saúde[9] .

[9] Dentre as profissões de saúde destaca-se o projeto ético político dos assistentes sociais orientado para a construção de uma nova ordem societária, tendo como princípios a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Este projeto se apóia no Código de Ética profissional do assistente social /1993, na Lei de Regulamentação da profissão de assistente social – Lei n° 8.662/1993, nas Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social da ABEPSS/1999, na produção de diversos autores na área de Serviço Social e na luta política do Conjunto CFESS/CRESS e da ENESSO.

A partir dos dados da segunda fase da pesquisa (HUs) estamos confirmando a hipótese da existência de uma desconexão entre a prática na saúde e as possibilidades de prática contidas na realidade da prática na saúde.

PROFISSÕES DE SAÚDE E PRÁTICA NA SAÚDE

A profissão, supondo determinado preparo, vem sendo definida historicamente como um ofício com prestígio e poder especial, pelo seu caráter social ou intelectual. Nesse sentido diferencia-se da ocupação por adquirir autoridade cognitiva e normativa por meios políticos, econômicos, culturais e ideológicos, o que permite o exercício da atividade do profissional no mercado de trabalho desenvolver-se **com ampla autonomia técnica e econômica**, como afirma Machado (1996).

Historicamente, à medida em que uma categoria profissional convence seus "clientes" a deixarem sob seu controle o aspecto técnico e econômico da sua prática, o profissional passa a empreender um conjunto de estratégias de persuasão sobre os "clientes"/"consumidores de serviços"/usuários para que eles se submetam a sua autoridade. Assim, sem informação e sem organização para defesa de seus interesses e necessidades, o cidadão se submete a receber, sem contestar, as determinações do profissional. Desse modo, a cronificação de uma relação entre um sujeito que pensa – o profissional - e um objeto a ser modificado – o usuário[10] - resulta numa ação que passa a ser entendida,

[10] Seguindo a denominação utilizada pelo Código de Ética do assistente social, optamos pela utilização do termo usuário em vez do termo cliente/paciente, utilizado pela maioria dos profissionais de saúde, inclusive por alguns assistentes sociais, na saúde.

pelos usuários dos serviços, como algo a ser obedecido, consumido e não refletido/usufruído, visto que, distante de sua realidade.

Ora, o conceito de profissão é válido, desde que se considerem as heterogeneidades históricas que o constituem. Para Paulo Netto (1996), numa sociedade democrática, uma profissão é sempre um campo de lutas em que diferentes segmentos da categoria, expressando a diferenciação ideo-política existente na sociedade, procuram elaborar uma direção social estratégica para sua profissão.

No contraditório mundo capitalista, em constantes transformações, atualmente atingindo de forma marcante o mundo do trabalho, os profissionais contam, não com uma "ampla autonomia técnica e econômica" como afirma Machado (1996), mas com uma autonomia relativa, como afirma Iamamoto (1998a). Para as profissões ditas liberais, que ao longo de suas histórias vão se tornando majoritariamente assalariadas, a radical reestruturação do mercado de trabalho, no sentido de regimes e contratos de trabalho mais flexíveis e da redução do emprego regular em favor do trabalho em tempo parcial (HARVEY,1993) resulta, entre outras coisas, em perdas econômicas e as relacionadas à organização política dessas categorias. Um contexto que impõe tendências neocorporativistas e individualistas aponta para obstáculos na constituição de uma *consciência de classe para si* que, minando a solidariedade de classe, enfraquece a resistência dos trabalhadores à reestruturação produtiva, dentre eles os profissionais de saúde.

O lugar ocupado pelos profissionais de nível superior - as profissões de saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde em 1997 - nas unidades de saúde públicas, principalmente nos Hospitais Universitários Públicos, é um lugar privilegiado onde emergem as questões cruciais da saúde coletiva para o ensino e

para a pesquisa. É pela *relativa autonomia* que dá aos profissionais, que este espaço, por um lado, pode resultar em práticas conformistas, aparentemente neutras, mas, por outro lado, em especial, pode reservar um potencial para ações que rompam com o conservadorismo quando reconhecidas as contradições e mediações necessárias entre as necessidades sociais de saúde dos trabalhadores e as possibilidades de respondê-las através da implementação e aprofundamento do modelo de atenção preconizado pelo SUS.

A medicina, voltada quase que exclusivamente para a doença e não para a saúde, destaca-se entre as profissões de saúde ao participar, principalmente, dos momentos onde a vida do "cliente" está em risco e, com muita freqüência, servindo de intermediária entre o saber generalizante e o caso particular. Assim, as circunstâncias de sua presença nos momentos em que a doença instala um sofrimento agudo, principalmente quando a luta com a morte é iminente, favorecem a aceitação/dominância da indicação médica, criando uma dependência construída, cultural e ideologicamente, ao longo de um processo histórico. Os demais profissionais de saúde, submetidos historicamente à hegemonia médica, acabam reproduzindo este modelo, repetindo com os usuários a relação de um sujeito que pensa e um objeto a ser modificado. Desse modo, inserem-se na prática na saúde não como profissionais que têm um papel na garantia da integralidade da atenção à saúde e da participação social, mas como profissional "não-médico" ou "para-médico". Na medida em que vinculam sua ação ao que subsidiário e complementar ao tratamento das doenças, abrem mão das ações necessárias, definidas nas suas competências e atribuições, para garantia da saúde como direito universal e com controle social, não respondendo pelo papel de profissionais de saúde que foram chamados a assumir no Sistema Único de Saúde.

O investimento de poder, que historicamente a sociedade vem conferindo aos médicos – ou à profissão – autoriza a centralização das decisões na categoria médica, estabelecendo uma hierarquia entre as profissões de saúde. Não se sentindo investidos do mesmo poder ou não sentindo segurança para disputar poder de decisão e escolha, os demais profissionais colocam-se numa posição de subalternidade, o que resulta em reconhecimento pelos mesmos dessa hierarquia.

A ruptura com este tipo de hierarquização – reproduzida tal qual a hierarquização dos trabalhadores no âmbito da produção - passa pelo compartilhamento da responsabilidade de decisão e escolha, ao mesmo tempo em que pode contribuir para que a responsabilidade de decisão e escolha seja compartilhada por todas as profissões na prática na saúde.

É a integralidade da atenção à saúde e a participação social que remetem à importância da "ação interdisciplinar" no âmbito da saúde e ao reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior na realização do Sistema Único de Saúde.

Princípios e referências – teórico-metodológicos e ético-políticas - expressam visões de mundo que, se tomados conscientemente como parâmetro, podem fornecer os horizontes, a direção e as estratégias de ação. Na direção social e política, aqui exposta, podem revelar, também, as bases de um **ato reflexivo partilhado**, portanto crítico, consciente e criativo. As referências teórico-metodológicas e ético-políticas dos profissionais constituem determinantes da prática na saúde.

Pelos dados do estudo realizado com os profissionais de saúde no âmbito dos HU´s públicos do Rio de Janeiro, podemos observar que, para além da hierarquia presente na relação entre médicos e demais profissionais de saúde, os quadros para a saúde

estão sendo formados por profissionais que, mesmo formados após a década de 1980, em sua maioria, não conhecem, não apreenderam e não tomam como objeto de interesse e atenção a lógica e o sentido do Sistema Único de Saúde brasileiro na medida em que desconhecem, antes de tudo, o movimento da Reforma Sanitária do qual o SUS é fruto. Isso os leva, em sua maioria, a conceber saúde como o faz a Organização Mundial da Saúde (OMS): bem-estar físico, mental e social. São profissionais que criticam o direito universal à saúde e os espaços dos Conselhos sem conhecimento e análise dos ganhos constitucionais, do seu desenvolvimento e consolidação e das novas bases do Sistema Único de Saúde: seus princípios, suas diretrizes e as exigências para sua consolidação como política pública universal e com controle social. São profissionais que, em sua maioria, consideram papel da universidade a formação para o mercado de trabalho; não realizam pesquisa; não se envolvem com a educação permanente, na medida em que estão afastados da pós-graduação, principalmente *stritu sensu.* Profissionais que, desagregados e desarticulados[11], desconhecem e não tomam como objeto de conhecimento as reais necessidades de saúde da população e nem dos indivíduos aos quais prestam assistência, o que tem como conseqüência a reprodução da pesquisa, do ensino e da assistência com base num modelo de saúde centralizado na doença, na figura do médico e na (super) especialização de forma fragmentada. Nesse contexto, grande parte dos profissionais avalia a atividade que desenvolve como "boa, justa, voltada para o bem".

[11] Reflexo da própria universidade que potencializa a fragmentação do saber, dividida em Centros - Biomédico, Educação e Humanidade, Tecnologia e Ciências e de Ciências Sociais - os quais, divididos em especialidades, atuam paralelamente, cada um com seus objetivos, sem interação ou cooperação entre si.

Desse modo, podemos perceber que os aspectos socializantes e emancipatórios da Reforma Sanitária e do SUS não estão sendo apropriados pelos profissionais, nem estão mediando a prática na saúde nos Hospitais Universitários. Disso resulta que esses profissionais não se reconhecem como sujeitos do SUS na sua dupla função de trabalhadores da saúde e formadores em interação com os demais sujeitos: usuários, gestores e demais trabalhadores de saúde da rede de serviços assistenciais.

Ora, o indivíduo atua nas objetivações cotidianas no âmbito da singularidade. O acesso à consciência humano-genérica só se dá quando ele, superando a singularidade, comporta-se como inteiramente homem, instaurando-se como particularidade: espaço de mediação entre o singular e o universal. Para Lukács, há três formas de objetivação que superam a cotidianidade: o trabalho criador ("trabalho posto como a objetivação não alienada, como a objetivação privilegiada do ser social, como modelo de prática social, já que nele comparece cristalinamente a teleologia e a valoração que fundam a socialidade e a comunicação interindividual"), a arte e a ciência. "Estas três objetivações mais altas constituem esferas que se destacaram das objetivações cotidianas graças a um longo processo histórico de complexa diferenciação, adquirindo autonomia e legalidade próprias – processo que, em si mesmo, é o da constituição do ser social". (PAULO NETTO, 1987, p. 68-69).

A formação de nível superior contém, de forma cumulativa, a possibilidade de se constituir em suspensão fruidora que engendra aquelas objetivações, justamente pela possibilidade de se alçar à consciência humano-genérica que permite ao indivíduo retornar à cotidianidade enquanto sujeito modificado, podendo concebê-la

como espaço compulsório de humanização (de enriquecimento e ampliação do ser social).

Mas, diante dos achados da primeira fase da pesquisa e dos dados da segunda fase, até agora sistematizados, podemos afirmar que, tanto dentro quanto fora da universidade, os profissionais de saúde – de nível superior - vêm desenvolvendo uma prática na saúde subordinada aos avanços técnico-científicos e/ou a concepções de "ajuda humanitária" em detrimento de princípios ético políticos que favoreçam os interesses e necessidades dos usuários do sistema de saúde e que estejam sintonizados com a proposta do Sistema Único de Saúde, como está assegurado na Constituição de 1988.

Uma prática, resultado da própria formação que receberam e que reiteram, que está assentada no pressuposto de que o domínio e a transmissão de conhecimentos e habilidades, alicerçados nos últimos avanços técnico-científicos, resultam num fazer profissional "adequado", sem consciência do caráter dessa adequação. Aos interesses de mercado? À classe dominante? Àqueles que podem pagar pelas conquistas técnico-científicas, ainda que resultem de conquistas sociais? Ou aos interesses da classe trabalhadora e/ou da massa da população brasileira que necessita da saúde enquanto bem público universal?

Nesse contexto, os profissionais de saúde de nível superior, sem as condições necessárias à superação da cotidianidade[12],

[12] O retorno à cotidianidade, após suspensões que engendram formas privilegiadas de objetivação, contém uma dialética de tensões: "o retorno à cotidianidade após uma suspensão (seja criativa, seja fruidora) supõe a alternativa de um indivíduo mais refinado, *educado* (justamente porque se alçou à consciência humano-genérica); a vida cotidiana permanece ineliminável e inultrapassável, mas o sujeito que a ela regressa está modificado. A dialética cotidianidade/suspensão é a dialética da processualidade da constituição e do desenvolvimento do ser social." (Netto, 1987, p.69)

equiparam-se ao homem comum[13], pois permanecem numa ligação direta e imediata com seu cotidiano; relação consciente, "mas nela a consciência não distingue ou separa a prática como seu objeto próprio, para que esta se apresente diante dela em estado teórico, isto é, como objeto do pensamento". (VAZQUEZ, 1977, p.10).

Nessas condições, os profissionais vocalizam e/ou viabilizam propostas heterônomas – determinadas por planejadores, gestores ou coordenações/chefias – impossibilitados de criticamente enfrentarem este quadro com estratégias e ações necessárias, calcadas numa análise crítica da realidade, objeto da ação profissional. Aqui não se demarca como exigência uma condição intelectual revolucionária[14], o que a radicalização da proposta do SUS exigiria, mas uma condição intelectual, o que os princípios do SUS explicitam.

Os assistentes sociais, dentre os profissionais de saúde, destacam-se com concepções que fortalecem os princípios constitucionais[15], mas isso pode não assegurar, por si só, uma

[13] Entendemos por homem comum aquele indivíduo social que, condicionado por relações sociais determinadas, reproduzidas pela ação histórica dos homens, é levado a uma ligação direta e imediata com seu cotidiano, impossibilitado de participar do crescimento humano na sua genericidade: o homem em estado de alienação. "A consciência comum pensa os atos práticos, mas não faz da práxis - como atividade social transformadora - seu objeto: não produz - nem pode produzir... - uma teoria da práxis." (VAZQUEZ, 1977, p. 10).

[14] O nosso parâmetro, mas não uma exigência para todos, não é uma cidadania calcada em direitos civis e políticos, mas sua superação na busca da emancipação humana: uma forma de sociabilidade na qual os homens sejam efetivamente livres, fundada no trabalho associado. Sob a hegemonia do capital não se constituirá uma sociedade emancipada. Mesmo assim, não se podem descartar os aspectos positivos da luta pela cidadania - social, civil e política - para a emancipação humana.

[15] O projeto de formação da ABEPSS (1997) define o perfil do assistente social como um intelectual que tenha uma formação que garanta a compreensão da lógica e das leis fundamentais da organização social capitalista, sua complexidade e contradições na geração da questão social e como essa lógica impacta as relações sociais e os indivíduos apreendendo os mecanismos de exploração e de dominação. Assim, o grupo dos assistentes sociais, nos HU's, com formação recente, pode dar elementos para um debate teórico prático sobre a questão social no campo da saúde, fruto de uma formação mediada pela proposta da ABEPSS.

prática de ensino, pesquisa e extensão na direção da consolidação do Sistema Único de Saúde (VASCONCELOS, p. 2002), ainda que se constitua em possibilidades na busca da prática necessária e, principalmente, na solidificação do papel que esta categoria pode ter, e vem tendo, junto aos demais profissionais de saúde, de pólo aglutinador, ao integrar as equipes inter-profissionais[16].

OS TRABALHADORES E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde, envolvendo o direito à vida, é um campo privilegiado da luta de classes. A participação dos trabalhadores organizados na luta pela garantia do direito e pela implantação e implementação da saúde como direito universal e com controle social é um fato. Mas este é um campo permeado de contradições, o que complexifica, cumulativamente, a luta pela saúde como direito universal e com controle social.

Não só a elite econômica, mas a elite da classe trabalhadora vem recusando o SUS ao priorizar os planos de saúde com isenção fiscal, deixando na sombra a contabilidade da utilização da saúde pública, desde as ações mais caras (grandes emergências; transplantes; AIDS; tratamento de doenças raras, etc.) até algumas mais baratas (a insulina, o tratamento para tuberculose e hansen) e, principalmente, as ações de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, estas, sim, universais porque beneficiam todos.

Nesse contexto crítico, observam-se profissionais que desqualificam o SUS, o que decorre, de forma inter-relacionada,

[16] Tanto na rede de saúde do município do Rio de Janeiro (Vasconcelos, 2002) quanto no âmbito dos HU's, a presença de assistentes sociais na quase totalidade das equipes constituídas por profissionais de saúde tem sido, freqüentemente, elemento de aglutinação na defesa dos princípios e ações programáticas na direção do Sistema Único de Saúde, o que também pode ser observado nas demais áreas onde o assistente social integra equipes multiprofissionais.

tanto do componente corporativo como do desconhecimento das verdadeiras causas da crise da saúde pública.

O desconhecimento, que se expressa, como vimos acima, no âmbito das próprias unidades formadoras, diz respeito à ausência de reflexão teórico/crítica sobre a questão social da saúde e sobre a diferença ético-política e teórico-prática dos projetos para o sistema de saúde brasileiro, antes e depois da Constituição de 1988, o que aproxima os profissionais de saúde, uma vez mais, do senso comum. Desconhecendo os princípios, as diretrizes, os objetivos e os conceitos fundamentais que sustentam o SUS e influenciados pelos interesses e necessidades do mercado - a indústria de medicamentos, equipamentos e insumos e os Planos de Saúde - em transformar os direitos sociais em mercadoria, os profissionais de saúde, em sua maioria, passam, junto ao segmento médio ao qual pertencem, a afirmar e difundir a idéia de que o que é público é ruim. E aí caem na vala comum da crítica da chamada opinião pública, e da mídia, não só a saúde, mas a educação, o transporte, a segurança. São as injunções da inserção/determinação de classe que se espraiam. Diante disso, enquanto parte integrante da elite da classe trabalhadora - ainda que do segmento mais pauperizado dentre os trabalhadores de elite - os profissionais de saúde também fizeram e continuam fazendo opção contra um sistema público e universal através das "fundações de seguridade social" ou "plano empresa"[17] .

A saúde, integrante da seguridade social com a previdência e a assistência, ao ser garantida de forma universal e com controle

[17] Enquanto os trabalhadores na produção fizeram opção pelos planos de saúde empresa, os funcionários públicos usufruem da Patronal, hoje GEAP. A Fundação oferece aos **servidores públicos federais** planos e programas de saúde, assistência social e previdência complementar. São **760 mil servidores** e seus familiares atendidos por **25 mil prestadores de serviço** em todo país.

social, ao mesmo tempo em que abriu a oportunidade de participação dos demais segmentos da classe trabalhadora que não tinham acesso a esse direito, ampliando a seguridade social, facultou e persuadiu a migração dos trabalhadores assalariados, de melhor poder aquisitivo, para os planos de saúde privados.

O componente corporativo se manifesta na luta surda pela transformação do direito à saúde em mercadoria a ser consumida, o que interessa não somente aos planos de saúde, mas a determinados segmentos dos próprios profissionais que se beneficiam desse mercado.

A saúde é um mercado de trabalho promissor para a maioria das profissões de saúde. É a própria Constituição que, contraditoriamente, garante a saúde como direito universal e, não só abre a saúde à iniciativa privada, mas vai além, garantindo a participação da iniciativa privada na atenção pública de saúde através de contratos ou convênios. A Constituição Federal de 1988, no seu Art.199 reza:

> A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
> § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL. Constituição 1988...., 2000).

Diante disso, torna-se necessária, principalmente para as profissões que podem exercer a sua condição de profissional liberal, uma demanda por serviços assistenciais que pode se constituir através dos planos de saúde e em menor número diretamente por quem pode pagar. Este processo é acompanhado de uma legislação que favorece o duplo, triplo ou mais vínculos

empregatícios[18], que tem início com a categoria dos médicos, mas que vai se ampliando cada vez mais para as demais categorias na saúde.[19]

O serviço público tem salários baixos, mas nem estes, nem as condições de trabalho não são as mesmas para todos os trabalhadores. Há não só uma diferença expressiva de salário e carga horária (número de horas e no seu cumprimento) entre as categorias de nível elementar, médio e superior, mas essa diferença se dá, na saúde, também entre os profissionais de nível superior. Mas, se o sistema público de saúde paga pouco aos profissionais de saúde, não se pode abrir mão dele.

A percepção dos profissionais de saúde sobre a coisa pública - presente nas manifestações dos profissionais sobre a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde – remete-nos a sua inserção de classe. Os profissionais de saúde de nível superior dos HU´s

[18] Diante disso, pode-se compreender a dificuldade dos serviços públicos de saúde, nas suas diferentes instâncias, federal, estadual e municipal, em exigir o cumprimento do horário de trabalho pelos profissionais de saúde de nível superior, principalmente dos médicos. Enquanto o nome dos profissionais, em consultórios particulares, está sempre estampado em letras garrafais, com raríssimas exceções, os usuários do sistema público de saúde contam com o direito de estarem informados sobre o nome e o horário dos profissionais pagos pelos cidadãos.

[19] Os médicos, além de terem uma legislação específica de carga horária (máximo de 4h diárias, o que tem dificultado sua inserção nos PSFs, por exemplo), também têm garantida a acumulação de vínculos empregatícios. Assim, podem conciliar consultório particular, vários cargos públicos e os plantões de 24 horas. As demais categorias vêm lutando por um salário base e possibilidade de acumulação de cargos, o que depende da regulamentação da carga horária máxima por cargo. A contratação de profissionais de saúde pelos pequenos municípios, por 20 ou 30 horas semanais, como é o caso dos assistentes sociais, tem facilitado o acúmulo de vínculos possibilitados pelo cumprimento da carga horária em regime de plantão, ou seja, a carga horária é cumprida através de plantões de 12 horas, o que, ao reduzir os dias trabalhados, resulta em descontinuidade e desarticulação das ações não só em relação à equipe, que não se reúne, mas em relação aos usuários, que além de não poderem contar com a continuidade do acompanhamento pelo mesmo profissional, não têm condições de saber o dia do profissional na instituição.

reconhecidos como profissionais liberais[20] integram, ainda que, como vimos, com remuneração variada[21], mas muito abaixo do mercado, a elite da classe trabalhadora brasileira. Uma elite que, apesar de diferenciada[22], compõe o segmento dos "ricos" da ultra desigual organização social brasileira ao receber mais de 1000 reais e estar mais próxima, ainda que extraordinariamente distante, da extremidade que compõe a elite político-econômica.

Destaca-se, também, que a busca e o prazer de integrar a elite da classe trabalhadora não se dá somente pelos ganhos salariais, mas pelo status e prestígio[23].

[20] Dentre as 13 categorias de profissionais de saúde, a que mais tem dificuldade, mas não impossibilidade, de exercer sua condição de profissional liberal é a categoria dos assistentes sociais. Nessa condição, os assistentes sociais geralmente assumem funções de gestão, planejamento, assessoria ou realizam, a partir de formação específica, terapia de família.

[21] Ainda que geralmente a remuneração dos funcionários públicos de nível superior seja eqüitativa, a diferença de carga horária resulta numa diferenciação salarial. Assim, por exemplo, em alguns municípios, mesmo recebendo o mesmo salário, a diferença de carga horária contratual entre médicos, psicólogos e assistentes sociais pode trazer diferença nos ganhos salariais: 20, 30 e 36 horas de trabalho, respectivamente.

[22] Não podemos comparar, por exemplo, um oncologista que enriquece com o consultório particular ao veicular, para os grandes conglomerados farmacêuticos, os últimos achados da ciência - a maioria ainda em teste - para a cura do câncer, com um assistente social que pode acumular cargos em dois municípios, nem mesmo com um assistente social da Petrobrás, ainda que este tenha um salário muito maior e participe, como qualquer outro petroleiro, da PL (participação nos lucros).

[23] Concentrando-nos nos assistentes sociais, percebemos que não são raros os profissionais que, ao realizarem curso de especialização, mestrado ou doutorado, ao assumirem cargos de gestão, assessoria ou ao se dedicarem à luta política ou à docência, principalmente nas disciplinas não específicas de Serviço Social, em sua maioria, negam sua formação original, ainda que só possam ocupar aquele lugar profissional como resultado de sua formação original. O assistente social, nestes casos, passa a se denominar, por exemplo, como gestor, assessor, sanitarista, professor, cientista político, etc. e/ou a se sentir apartado da massa da categoria. Ou seja, mesmo tendo alçado àquela posição através de sua formação como assistente social, nega essa condição num claro preconceito contra a profissão de Serviço Social e sentimento de menos valia por pertencer a uma categoria não valorizada na sociedade capitalista, que só valoriza e reconhece quem favorece a acumulação de capital. Mas é destes assistentes sociais que alçaram a condição de elite da

Na luta pelas necessidades e interesses históricos dos trabalhadores, a elite da classe trabalhadora brasileira, que constitui a espinha dorsal do sistema produtivo, vem assumindo posições reformistas totalmente apartadas da perspectiva socializante, o que tem possibilitado - por escolha corporativa consciente ou fruto da alienação política e econômica - uma aliança - direta ou indireta - destes segmentos com os donos de capital, funcionando como braço da elite dominante nos seus propósitos de exploração e dominação.

Ao desprezar a coisa pública, os profissionais de saúde colocam-se na mesma posição daqueles segmentos dos trabalhadores pertencentes ao sistema produtivo - profissionais de nível superior das montadoras, da área do petróleo e do aço, por exemplo - que se prestam a servirem como instrumento de dominação e/ou gestão do capital. São segmentos que, se não participam dos lucros, como na indústria, contam com "regalias/ privilégios" não permitidos ao conjunto dos trabalhadores na saúde - principalmente aos de nível técnico, elementar[24] - como: carga horária diferenciada (de 20 ou 30 horas semanais); não cumprimento da carga horária diária contratada; acumulação de

corporação, ao conquistarem respeito e reconhecimento profissional, que se poderia esperar uma contribuição na construção de uma nova cara para a profissão e na garantia de uma direção social sem ecletismos. Mas, fruto da sociedade capitalista e das injunções de classe, necessitariam de inteligência aliada a princípios éticos claros e seguros para que, em negando o que a sociedade fez deles, poderem construir coletivamente uma singularidade que possibilitasse superar o preconceito e a vergonha de ter como objeto de ação o que é negado pela sociedade capitalista sim, mas negado justamente por explicitar o que afeta a maioria da humanidade: a concentração da riqueza socialmente produzida, fruto da exploração do homem pelo homem. E, nesse sentido, a vergonha poderia se transformar em orgulho e auto-estima por pertencer a uma profissão que, aliada às forças mais progressistas da sociedade, poderia forjar um enfrentamento de qualidade com o *status quo*.

[24] Ainda que, em raros casos, o que denominamos de regalia se estenda a estes segmentos.

postos de trabalho num mesmo horário; folgas semanais (o famoso Day off, na saúde), além da diferença salarial. Regalias que, defendidas como estratégia para compensar os baixos salários e a necessidade de tempo para estudo, se por um lado permitem possibilidades de ganhos salariais, por outro precarizam ainda mais as condições de trabalho e os serviços prestados. Uma situação dada em detrimento de uma luta coletiva na busca de redução da carga horária para todos, o que resultaria em postos de trabalho para os trabalhadores desempregados. Acontece que se sabe que esta luta, independentemente da conjuntura, resulta em redução salarial.

Por outro lado, as regalias não colocam os profissionais no melhor dos mundos, mesmo se comparados aos trabalhadores que, morando distante de seus locais de trabalho e tendo de enfrentar o ruim e caro transporte público, têm que cumprir 40 horas semanais, sem folga, por um "salário de fome". Porque são regalias que não oferecem garantia de que esses profissionais estarão livres do perigo de que, em algum momento, possam ser surpreendidos com os pés na pobreza: pelo congelamento dos salários, pela mudança de regras, pelo desemprego...

Assim, enquanto para a quase totalidade da classe trabalhadora, formal ou informal, a jornada de trabalho aumenta, o salário diminui e as condições de trabalho ficam cada vez mais precarizadas, para a elite dos trabalhadores na produção - e para uma elite no serviço público, no legislativo, no judiciário e no executivo - aqui na saúde pública, os tecnocratas da saúde - mantêm-se os ganhos salariais quando não se aumentam os salários - basicamente salários indiretos: diárias, ajudas de custo, 14º, 15º salários; participação nos lucros; auxílio moradia, transporte, etc.-, o que traz, concomitantemente, o aumento da adulação/subjugação dessa elite pela classe exploradora/

governantes de plantão[25] . São ganhos ou regalias que favorecem a competição entre os próprios trabalhadores, que são levados a desejar e competir acirradamente por determinados postos de trabalho que passam a ser disputados entre os mais qualificados dos qualificados. Qualificados tecnicamente, politicamente, culturalmente, mas cooptados ética e ideologicamente. É diante disso que tomam sentido as posições corporativas que a elite dos trabalhadores vem tomando na luta política.[26]

A diferença salarial no capitalismo é funcional ao sistema. É a forma utilizada para fomentar a competição, a fragmentação, a despolitização, a rivalidade, a inveja e a alienação entre os trabalhadores. Ela possibilita expressar a diferenciação não só do status econômico, mas do cultural e do político. Fica evidente porque a competitividade no capitalismo é incentivada e cumprida somente entre os trabalhadores, mas não entre os próprios capitalistas que, desde sempre, deram preferência às fusões[27] em detrimento da tão propalada competição.

[25] Vide o ranking dos palestrantes mais famosos do Brasil, contratados pelas grandes empresas, pelas estatais, a peso de ouro - entre 15 a 30 mil por palestra - para entreter seus trabalhadores de elite ao discorrerem sobre como manter a consciência em paz no meio de tanta desgraça, sem se referir à desgraça. Para os interessados, digite "palestra" em qualquer site de busca na internet e tenha acesso aos palestrantes da moda. Por outro lado, é costume nas grandes empresas o setor de recursos humanos promover reuniões dos "colaboradores" (não mais trabalhadores) da empresa em Hotéis de luxo onde vivenciam dinâmicas de grupo com os mesmos propósitos das palestras. Mimos estendidos, anualmente, por ocasião das "festas" a trabalhadores qualificados, mas não remunerados à altura de sua qualificação.

[26] Enquanto os petroleiros - da mesma forma, os tecnocratas da Receita Federal e do Judiciário - realizam, por exemplo, uma luta política completamente desarticulada dos demais segmentos da classe trabalhadora brasileira, os médicos, na saúde, freqüentemente, fazem greves e movimentos específicos a partir de reivindicações corporativas que excluem não só os trabalhadores de nível médio e elementar, mas os demais profissionais de nível superior.

[27] No capitalismo contemporâneo (PAULO NETTO; BRAZ, 2006), com o universo da mercantilização crescendo no limite do insondável, onde tudo é efetivamente passível de transação mercantil, não há competição entre capitais, mas autofagismo, ou seja, fusões intermináveis. Para não nos remetermos à recente história do capitalismo americano, ficamos nas fusões, na telefonia, no aço e no petróleo, brasileiras com criação de monopólios gigantescos. Assim, o capital não só se nutre do trabalho, mas é "comido pela própria fome numa autofagia erosiva" (ALMEIDA, 2002, p.5).

Mas os profissionais de saúde, nem mesmo os médicos, se considerados somente seus salários públicos e ainda que representem a elite da elite dos trabalhadores na saúde, não podem ser comparados à elite das estatais e dos poderes legislativo e judiciário. Curiosamente, as condições salariais e de trabalho destes segmentos não são encontradas no poder executivo. Ou seja, na saúde, na assistência social, na educação, na segurança, na previdência, a elite dos trabalhadores é tão imperceptível que, quando é identificada, revela-se através da corrupção. Desse modo, na desigual organização social brasileira, assim como um professor universitário ganha menos que um burocrata do Senado, um profissional de saúde não chega aos pés de um burocrata do judiciário. É interessante notar que os sindicatos mais combativos, menos corporativos[28] e mais democráticos congreguem profissionais, prioritariamente, das áreas da educação e da saúde. (Coordenação Nacional de Lutas (CONLUTAS)).

Coutinho (2000, p. 128) afirma que um dos grandes desafios que se apresentam aos sujeitos organizados[29] , setores de ponta de um projeto "não liberal ou anti-liberal", alternativo ao projeto da burguesia, é "promover uma interlocução entre os setores organizados da sociedade, interessados num projeto alternativo, e os setores excluídos que não têm condição, num primeiro momento, de se organizarem".

Ora, no enfrentamento da ordem social capitalista, a complexidade de organização da classe trabalhadora não está

[28] Na medida em que se observa a inclusão de questões relacionadas aos interesses históricos da classe trabalhadora nas suas pautas, o que não se observa, por exemplo, nos movimentos de greve no judiciário, na Receita Federal, na Petrobrás.

[29] Dentre os sujeitos dessa transição, encontram-se os profissionais de saúde, nas suas diferentes categorias, organizados em sindicatos, associações. Os assistentes sociais vêm se destacando entre essas categorias ao mostrarem a força de uma organização expressa no denominado conjunto CEFESS/CRESS-ABEPSS-ENESSO. É uma categoria pequena - se comparada à categoria dos médicos, dos advogados e dos engenheiros -, mas que consegue reunir, em seu Congresso Nacional, por volta de quatro mil assistentes sociais.

relacionada somente à organização dos setores marginalizados, os quais não participam dos benefícios do progresso econômico e na esfera política, está na extraordinária dificuldade da elite dos trabalhadores em empreender uma luta para além dos interesses corporativos, na medida em que isso exige não só abrir mão de lutas estritamente corporativas - através de um sindicalismo de resultados -, mas enfrentar o processo de cooptação da elite e das lideranças dos trabalhadores, estratégia necessária à burguesia no seu projeto de dominação. Processo que envolvendo cooptação, aliciamento e suborno está destinado a fragmentar e aumentar a ambição e a competição entre os próprios trabalhadores; os seduzidos acabam por realizar uma aliança com a elite política e econômica. Esses segmentos, em detrimento da solidariedade de classe, acabam por se envolver, através do trabalho "voluntário" exigido pelas empresas, em processos de ajuda em nome de uma solidariedade abstrata que ,se reverte em algum ganho material imediato e pontual para a pessoa ajudada, busca na realidade favorecer a imagem da empresa para a sociedade e o consumidor.

Neste complexo e contraditório campo de luta de classes, enfrentar a ordem do capital exige uma organização que, através de uma interlocução entre os diferentes segmentos da classe trabalhadora, contenha a possibilidade de abranger, além dos interesses imediatos das corporações e segmentos organizados, os interesses dos setores marginalizados e desorganizados[30].

[30] Coutinho (2000, p.128) assim se expressa: "De que maneira, por exemplo, a Central Única dos Trabalhadores (CUT) pode colocar na sua pauta de reivindicações não só os interesses dos trabalhadores empregados, mas também os dos desempregados, dos trabalhadores marginalizados? De que maneira "politizar" - no bom sentido da palavra - o sindicalismo e fazer com que ele não seja um sindicalismo de "resultados" que responda apenas aos interesses imediatos das corporações sindicais organizadas, mas um sindicalismo também voltado para esses setores que ainda não têm voz porque não têm organização própria para se expressarem?

DESAFIOS QUE AS DETERMINAÇÕES DE CLASSE COLOCAM NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em se tratando da formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde, coloca-se a necessidade de uma formação - graduada e permanente - voltada para a concepção de projetos e ações que possibilitem uma ação pensada, onde o profissional possa fazer escolhas conscientes - não só no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento, mas no que diz respeito à direção social da prática. Escolhas conscientes e ação pensada exigem uma formação, que, a partir de uma sólida base ético-política, possa se pautar na produção de conhecimento para que o desenvolvimento da ciência dê sustentação e possa possibilitar uma prática mediada por ela; uma formação e uma educação permanente que possibilite o ensino mediado pela pesquisa. Uma formação que exige, concomitantemente, condições objetivas para que as horas que a população paga por um profissional de saúde revertam em ações concretas, o que só pode resultar de condições dignas de vida e trabalho.

Assim estarão sendo garantidas a produção e reprodução dos profissionais - formação e condições objetivas de trabalho - para que eles, como sujeitos de direito, tenham condições de enfrentar e se contrapor a projetos de formação e prática pautados pelas necessidades do mercado de trabalho e pelos interesses do empresariado nacional e internacional - ou seja, a indústria de equipamentos, medicamentos e insumos - em detrimento das necessidades e interesses sociais e públicos. Enfrentar e se contrapor a um projeto que sugere que a relação entre ciência e tecnologia nos países periféricos, e, conseqüentemente, no Brasil, caracteriza-se pela adaptação/importação de tecnologias em

detrimento do desenvolvimento da ciência nacional e da produção de conhecimentos. Um projeto que, a partir da naturalização da divisão nacional e internacional do trabalho e das classes sociais, aponta para a perpetuação do modo de produção capitalista.

Na contramão dos interesses do capital, afirmar e realizar a saúde como direito universal e com controle social exige intensificar a produção de ciência e tecnologia na esfera pública que sirva de base para projetos, estratégias e ações na direção da implantação do Sistema Único de Saúde e que, dialeticamente, force a existência de espaços públicos sustentados pelo fundo público, na direção do atendimento dos interesses públicos. Exige a superação de uma prática na saúde de raízes conservadoras expressas não só no esquema referencial dos integrantes das categorias dos profissionais de saúde, mas nas Diretrizes Curriculares, nos Currículos Plenos e nos Códigos de Ética dessas categorias.

O que está em jogo, avançando da petição de princípios – das referências ético-políticas -, que politiza e favorece a organização, é a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando as condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo, que só pode se realizar na relação de unidade entre teoria e prática.

A unidade dialética entre teoria e prática não vai ser obtida apenas a partir das referências ético-políticas e teórico-metodológicas, mas a partir, também, da qualidade das conexões que os profissionais - técnicos, pesquisadores, docentes e assessores/consultores - estabeleçam com a realidade objeto da ação profissional, o que passa por uma relação consciente entre pensamento e ação, determinada pelo resgate da unidade

academia/meio profissional a partir de uma relação sistemática, projetada, permanente o que certamente reverterá em ganhos na luta política democrática e nas condições de trabalho.

Para que se objetivem as intenções contidas na Constituição de 1988, de democratização e universalização dos direitos sociais com controle social, é necessário que haja uma mobilização e organização dos trabalhadores da saúde e usuários trabalhadores: os segmentos populares. Nesse contexto, os Conselhos de política e de direitos, assegurados na Constituição, espaços ignorados e/ou menosprezados pela maioria dos profissionais formadores, são espaços fundamentais – ainda que não suficientes - de controle por parte dos usuários, das categorias profissionais e dos gestores, o que poderia contribuir para uma prática profissional sintonizada com as lutas populares históricas e com as lutas mais gerais dos segmentos progressistas organizados da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que submetido a algumas críticas, pode-se perceber que é nos Hospitais Universitários que o paradigma "flexneriano"[31] ganha fôlego para permanecer hegemônico; ganha fôlego e tem sua hegemonia reforçada pela ordenação neoliberal.

Ao colocar em foco os paradoxos destas práticas, demonstrados pelos dados da pesquisa, o que se quer é revelar condições e desafios que os profissionais de saúde têm para a

[31] O modelo *flexneriano* considerado "positivista, hospitalocêntrico e biologizante" tem sido criticado não só pelos defensores da saúde pública e universal, mas também pelos interessados na mercantilização do direito à educação que recorrem à crítica ao "padrão flexneriano" para justificar a proliferação de faculdades de medicina sem as mínimas condições de oferecer uma formação de qualidade, quanto mais na direção do que o SUS exige.

realização e consolidação do Sistema Único de Saúde da Constituição de 1988. O SUS, em tempos neoliberais de defesa das fundações de direito privado[32], é um modelo contra-hegemônico e os profissionais de saúde estão, mesmo num contexto político e econômico desfavorável a ele, ocupando espaços que têm um amplo potencial para reverter as tendências de enfraquecimento e desqualificação deste projeto. No marco da teoria social de Marx, estes paradoxos contêm, em si, possibilidades de enfrentamento e transformação.

Quando envolvidos por condições teóricas que dificultam a crítica da administração da coisa pública na sociedade capitalista, os profissionais de saúde têm grande chance de aderir às reformas neoliberais contribuindo para fortalecer propostas de desmonte ou enfraquecimento do Estado, de privatização e de centralidade do mercado como critério de organização da sociedade.

Isso quer dizer que o projeto do Sistema Único de Saúde brasileiro fracassou como querem alguns? Não. A Constituição brasileira e o Sistema Único de Saúde são assegurados por lei, no Brasil, justamente quando tem início o desmantelamento dos movimentos das classes e camadas subalternas que atinge em cheio a organização dos trabalhadores, principalmente as camadas médias onde estão situados os profissionais de saúde de nível superior, que são atingidos econômica, política e culturalmente. Assim, este quadro coloca os defensores deste projeto diante do imenso desafio que é escolher uma direção social que, na contracorrente e de forma quase isolada, enfrenta a organização social hegemônica no seu momento de maior vitória – econômica

[32] Como afirma Masson (2007, p. 14), "Num momento em que profissionais vivem no limite da falta de condições para desenvolvimento de suas atividades, baixos salários, falta de equipamentos e estímulos para o desenvolvimento profissional, esta possibilidade de acordos com a iniciativa privada favorece a solução deste problema a partir da desobrigação do fomento público à autonomia científica"

e política -, não podendo contar nem com segmentos progressistas na área das ciências sociais que têm jogado água no moinho do neoliberalismo. A defesa dos interesses públicos e coletivos é uma direção social que exige uma prática que contribua para ampliar e consolidar o processo de resistência à política do capital financeiro – às políticas neoliberais - e que, para isso, necessita investir na organização política autônoma das massas trabalhadoras, o que pode ser potencializado, no âmbito das políticas sociais, pelo fortalecimento dos Conselhos de Política e de Direitos.

Daí a necessária discussão não só das condições do financiamento público do Sistema Único de Saúde, mas também das condições de trabalho e da relação entre formação, assistência e pesquisa para consolidação de uma saúde pública pautada nos determinantes sociais e econômicos da saúde e no compromisso com a classe trabalhadora.

As idéias e prática dos profissionais de saúde não devem ser tomadas pelo seu conteúdo e significado manifesto, mas analisadas em termos das "forças" que elas ocultam, representam e/ou vocalizam. E o que se torna claro no âmbito dos HU´s é o enfraquecimento do Projeto de Reforma Sanitária e sua perspectiva socializante e emancipatória e, conseqüentemente, do Sistema Único de Saúde, seu fruto mais expressivo. A pesquisa mostra que este projeto não impregnou nem atravessa os HU´s, o berço de formação da quase totalidade dos profissionais de saúde. Um profissional que não conhece o Sistema Único de Saúde – seus princípios, suas referências ético-política, sua lógica, seus objetivos e estratégias, e de onde ele resulta, o Movimento de Reforma Sanitária -, não tem condições de realizar uma prática mediada por ele, como está assegurado, ainda, na Constituição Federal de 1988.

Diante disso, não estou afirmando que a efetivação do Sistema Único de Saúde pode se dar sem a solução do

financiamento, mas que a questão do financiamento tem de atravessar a realização do direito à saúde desde o planejamento da política como mediando a excussão e avaliação das ações necessárias. Se a questão do financiamento não atravessar o Sistema Único de Saúde real, o projeto não tem chance de se realizar porque a solução do financiamento não vai vir de uma solução pelo alto, mas da luta política dos interessados na realização do Sistema Único de Saúde/1988, ou seja, da massa dos trabalhadores brasileiros nos seus diferentes segmentos, o que envolve os próprios profissionais de saúde nos seus diferentes segmentos. Como a pesquisa mostra, o "mundo do financiamento" não permeia nem o cotidiano dos profissionais de saúde nem o dos usuários. É como se o financiamento não tivesse participação na determinação social do processo saúde/doença. Ora, quem não conhece o SUS - planejador, gestor, profissional, usuário - não tem condições de perceber o impacto que o financiamento tem na sua implementação.

Assim, a maioria dos profissionais de saúde, nos HU´s, apartados do debate público de questões centrais para a área da saúde e da negociação democrática das regras da vida social - que possam influenciar os HU´s numa perspectiva de gestão democrática, como a proposta de gestão colegiada - mergulham na despolitização inscrita em um processo conservador que reduz o usuário a um consumidor, a gestão à racionalidade técnico-administrativa e o direitos à autonomia privada de "indivíduos empreendedores".

É ao mercado – indústria de medicamentos, equipamentos e serviços - e não aos sujeitos de direito e à própria sociedade, que interessa restringir o direito à saúde ao direito a tratamento de doenças. O direito à saúde não pode ser restringido/limitado ao direito a tratamento de doenças com pena de se perder a vida em

curto prazo e de sobrecarregar a sociedade e as famílias[33] com a manutenção de pessoas doentes, vivas à custa da utilização de medicamentos, equipamentos e insumos, com o único objetivo de movimentar e acumular capital.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Américo de. **A Bagaceira**. São Paulo: José Olympio, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Proposta Básica para o projeto de formação profissional. Novos subsídios para o debate. In: **Cadernos ABESS n. 7**. São Paulo, Cortez, 1997.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez/Unicamp, 1995.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2000.

_____. Lei Orgânica da Saúde. Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990.

[33] A recorrência aos cuidadores - na maioria familiares - revela e denuncia essa questão. A disponibilização de equipamentos, medicamentos e insumos para o tratamento de doentes fora de possibilidades terapêuticas, em casa, por exemplo, não tem sido acompanhada de contratação de pessoal qualificado para a realização dos procedimentos técnicos necessários, o que vem sendo denominado "exercício do cuidado". Isso tem levado familiares - principalmente mulheres - a se sobrecarregarem com novas jornadas de trabalho para realizarem o trabalho técnico necessário no tratamento da doença. São familiares que através de "treinamento", onde, além de aprenderem a aplicar injeção, dar banho num doente, fazer curativos, ministrar soro e medicamentos, são convencidos de que aquele trabalho involuntário é o melhor para o doente. Pesquisas têm mostrado que é uma rotina tão estressante - muitas vezes, após uma jornada de trabalho - que impede o familiar de dar o apoio emocional ao seu familiar. (CHAVES, 2003).

CHAVES, Ana Raquel de Mello. **O cuidador e seu papel na atenção ao paciente com câncer avançado no Instituto Nacional de Câncer**. Dissertação de mestrado, Programa de Pós Graduação da FSS/URJ, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional do assistente social/1993.** Brasília: 1993.

_____. **Lei 8662/1993,** regulamenta a profissão de Serviço Social. Brasília: 1993.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 218**, de 6.mar.1997.

COUTINHO, C.N. **Contra Corrente.** ensaios sobre democracia e socialismo**.** São Paulo: Cortez, 2000.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna.** São Paulo: Loyola, 1993.

IAMAMOTO, M.V.. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. O Serviço Social em tempos de Globalização. Rio de Janeiro: CEFESS. **Revista Inscrita**, Ano II, n. III, p. 13-18, nov. 1998a.

LUKÁCS, G. **Introdução a uma estética marxista.** sobre a categoria da particularidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 196. p. 73-122.

MACHADO, M. H. **Os Médicos e sua Prática Profissional:** as metamorfoses de uma profissão. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1996. Tese de Doutorado.

MS/CNS. NOB/RH-SUS, Brasília, DF, 2000. Disponível em: http:// www.bvseps.epsjv. fiocruz.br/html/pt/PrincipiosDiretrizes.NOB-RH.pdf. Acesso em: janeiro de 2005.

MASSON, F.M. **Ideologia e prática na saúde**: a questão da Reforma Sanitária. Tese de Doutorado, ESS/UFRJ, 2007.

PAULO NETTO, J. Para a crítica da vida cotidiana. In: PAULO NETTO, J.; FALCÂO, Maria do C. **Cotidiano:** conhecimento e crítica, São Paulo: Cortez, 1987. p.63-93.

_____. Transformações societárias e Serviço social - notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 50. São Paulo: Cortez, Abr.1996. p.87-132.

_____. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. **Serviço Social Sociedade,** n. 79, São Paulo: Cortez, 2004. p.5-26.

PAULO NETTO; BRAZ. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006. Biblioteca Básica de Serviço Social, n. 1.

VASCONCELOS, A.M. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VAZQUEZ, A.S. **Filosofia da Práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

RESULTADOS DA PESQUISA SERVIÇO SOCIAL INTERFACES COM A SAÚDE: o ensino da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais no Brasil

Roberta Uchôa[1]

Resumo

Este artigo apresenta os dados consolidados sobre saúde, obtidos através da "Pesquisa de Avaliação da Implementação das Diretrizes Curriculares do Serviço Social" realizada pela ABEPSS com as unidades de ensino de Serviço Social de todo o país, em 2006. Os dados apresentados referem-se ao ensino, pesquisa e extensão da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais, incluindo as disciplinas com o componente curricular "saúde", os campos de estágio na área de saúde e os projetos de pesquisa e extensão. Um total de 102 (cento e duas) unidades de ensino participaram da pesquisa, ou seja, 68% das unidades de ensino que receberam os questionários. O objetivo deste artigo é contribuir para o debate entre docentes e discentes sobre o ensino, pesquisa e extensão da política de saúde na formação dos assistentes sociais assim como subsidiar à ABEPSS no desenvolvimento de ações que possam fomentar a inclusão da política de saúde em todos os currículos das unidades de ensino do Serviço Social no Brasil.

Palavras chaves: Política de saúde, direitos sociais e formação profissional.

Abstract

This article presents data on health recorded by the research entitled "Assessment of the implementation process of the Social Work curriculum guidance" undertaken by ABEPSS among the Brazilian Social Work schools in 2006. Data refers to

[1] Professora doutora do Departamento de Serviço Social, da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (rsuchoa@uol.com.br).

tuition, research and external collaboration work related to the national health policy and the professional educational curriculum, including disciplines related to health issues, internship within the health area and research and external collaboration work projects on health. A total of 102 (hundred and two) Social Work schools replied to the questionnaires (68% of total sample). The objective of this article is to contribute to the discussion between lecturers, researchers and under-graduates on how to place health policy within the Social Work curriculum and to inform ABEPSS of its development to ensure the learning of health policy among the Social Work schools in Brazil

Key words: Health policy, social rights and professional education

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) define a saúde como dever do Estado e direito da população assim como afirma que o ordenamento da formação dos profissionais da área deve ser orientado em coerência com as diretrizes constitucionais da saúde. Estas conquistas foram fruto das demandas dos movimentos de redemocratização política do Brasil e, particularmente, de reforma sanitária brasileira, que apontaram para a construção de um sistema de seguridade social - saúde, previdência social e assistência social - cuja saúde estaria baseada nos princípios da universalidade, eqüidade, integralidade da atenção, descentralização da gestão e controle social do Sistema Único de Saúde – SUS. No entanto, desde o início da década de 1990, os sucessivos governos brasileiros, subordinados aos interesses do capital financeiro internacional, adotaram políticas neoliberais e estão implementando contra-reformas na área de saúde, na seguridade social em geral e em outras áreas da vida social e econômica do país (BEHRING, 2003; PAULO NETTO, 1996).

No que se refere à formação dos profissionais da área de saúde, observa-se ainda um ensino que prioriza uma dimensão biologicista, médico-centrada e tecnicista da saúde, preocupada com procedimentos e com as especialidades da clínica que fragmentam os indivíduos. Esta abordagem hegemônica tem sido alvo de críticas de várias associações de ensino e do próprio Ministério da Saúde – MS. Identifica-se a necessidade de investimentos políticos e financeiros para incentivar mudanças nas graduações das profissões da área de saúde, na direção da adoção dos princípios da reforma sanitária, da compreensão da política pública de saúde e da integralidade da atenção à saúde, adotando-se o conceito ampliado de saúde definido pela Constituição Federal assim como o trabalho articulado entre as diferentes profissões da área de saúde.

Em 2003 o MS passou por uma reforma administrativa[2] e, dentre as mudanças ocorridas, destaca-se a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SGTES. A criação de uma instância ministerial para formular e implementar a política nacional de formação de recursos humanos na área de saúde atendeu a uma antiga demanda do movimento de reforma sanitária brasileiro. Um dos objetivos da SGTES é desenvolver uma série de estratégias para criar condições favoráveis ao ensino da política de saúde nas graduações das profissões da área de saúde. Dentre as estratégias criadas pela SGTES está o desenvolvimento de ações específicas por profissão e interprofissões em parceria com as associações de ensino da área de saúde.

Em julho / 2004, durante o "Seminário Nacional sobre o SUS e as Graduações da Área de Saúde", organizado pela SGTES / MS, foi realizada reunião com representantes de diversas associações

[2] A reforma administrativa ocorreu sob a gestão do Dr Humberto Costa, primeiro ministro da saúde do Governo Lula (janeiro / 2003 a julho / 2005).

de ensino da área de saúde, incluindo a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS[3] . Na ocasião, a SGTES propôs às associações de ensino estabelecerem cooperação técnica. Foi então firmado o compromisso para estas associações se organizarem em um fórum - Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde (FÓRUM... [s.d.]) com o objetivo de participarem nos diversos espaços de atuação com uma ação interprofissões qualificada e articulada sobre os processos de formação na área de saúde (FNEPAS, sd).

Em outubro de 2004, sob a direção da Profa. Dra. Jussara Mendes (gestão 2003 / 2004), a ABEPSS, que historicamente tem encaminhado e orientado o debate sobre a política de formação profissional, na perspectiva ético-política preconizada pelo Código de Ética da Profissão dos Assistentes Sociais, promoveu discussão junto à categoria sobre a pertinência da participação da entidade no FNEPAS e da parceria com o MS. Esta discussão ocorreu durante o "X Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais – CBAS", realizado em Fortaleza. Considerando 1) a Lei nº 8.662 / 1993 que atribui aos assistentes sociais "elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares (art. 4º)"; 2) a Resolução do CNS nº 287 / 1998 (mencionada anteriormente); 3) a forte presença da categoria no setor saúde que constitui-se no campo de maior absorção de assistentes sociais no país; e, finalmente, 4) as novas exigências à profissão frente às contra-reformas neoliberais que desfiguram o SUS; a categoria deliberou pela participação da ABEPSS no FNEPAS assim como pela apresentação de projeto para obtenção de recursos junto ao

[3] O Serviço Social é uma das 14 (catorze) categorias profissionais de nível superior consideradas da área de saúde, definidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº. 287, de 08 de outubro de 1998.

MS, visando 03 (três) principais objetivos: 1) Contribuir para a mobilização de docentes, discentes, pesquisadores, coordenadores de graduação e supervisores de estágio para o debate, visando a estimular os processos de mudança orientados pelas diretrizes curriculares do Serviço Social (ABEPSS, 1997) e pelos princípios e diretrizes da reforma sanitária e dos princípios constitucionais da saúde (BRASIL, 1988); 2) Contribuir para a formação de sujeitos críticos e reflexivos para a efetiva construção do SUS, sob a ótica da reforma sanitária brasileira; e 3) Fomentar a produção de conhecimento relativo à formação profissional, buscando articular os programas de pós-graduação em Serviço Social no sentido de fortalecer os pesquisadores e núcleos de pesquisa relacionados às políticas sociais, particularmente à política de saúde.

Em julho de 2005, a ABEPSS, sob a presidência da Profa. Dra. Ana Elizabete Mota (gestão 2005 / 2006), apresentou projeto ao MS propondo diversas atividades, incluindo a realização de seminários regionais para a discussão da política de saúde na formação profissional. Este projeto foi aprovado pelo MS em outubro do mesmo ano e os recursos públicos financeiros foram liberados através da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS / Organização Mundial de Saúde – OMS (Carta Acordo nº BR / LOA / 0500114)[4] .

Ainda no segundo semestre de 2005, a executiva nacional da ABEPSS deliberou pela inclusão da temática "saúde" na "Pesquisa de Avaliação da Implementação das Diretrizes Curriculares do Serviço Social", realizada com as unidades de ensino de Serviço Social de todo o país em 2006. A inclusão de questões sobre a

[4] O relatório final e prestação de contas financeira do referido projeto foram apresentados pela ABEPSS em março / 2007 e aprovados pelo MS / OPAS / OMS em junho / 2007. Estes documentos estão sendo apresentados à categoria na presente edição da Revista Temporalis, na sessão Memória da ABEPSS.

saúde na referida pesquisa teve por objetivo conhecer a realidade de ensino, pesquisa e extensão da política de saúde nas graduações e pós-graduações em Serviço Social do Brasil.

Este artigo tem, portanto, por objetivo apresentar à categoria os dados consolidados dessa pesquisa sobre a política de saúde na formação profissional nas unidades de ensino de Serviço Social assim como sistematizar as discussões dos trabalhos de grupo e os debates sobre as práticas profissionais apresentadas nos seminários "Serviço Social: Interfaces com a Saúde". Esperamos que os dados a serem apresentados possam contruibuir para o debate entre docentes e discentes sobre o ensino, pesquisa e extensão da política de saúde na formação dos assistentes sociais assim como subsidiar à ABEPSS no desenvolvimento de ações que possam fomentar a inclusão da política de saúde em todos os currículos das unidades de ensino do Serviço Social no Brasil.

METODOLOGIA DA PESQUISA

Os instrumentos da "Pesquisa de Avaliação da Implementação das Diretrizes Curriculares do Serviço Social" foram enviados às unidades de ensino (UE) de graduação em Serviço Social do país entre abril e setembro/2006. Esses instrumentos constituíram-se em: 1) um questionário para auto-preenchimento com cerca de 80 (oitenta) questões abertas e fechadas para obtenção de 02 (dois) tipos de dados, qualitativos e quantitativos, que se complementam um ao outro; e 2) um vídeo explicativo da pesquisa e com instruções para preenchimento do questionário. As UE de Serviço Social públicas, privadas e privadas sem fins lucrativos (comunitárias, confessionais, filantrópicas etc), cadastradas ou não no sítio eletrônico do Ministério da Educação

– ME[5] e filiadas ou não à ABEPSS[6], puderam participar da pesquisa. Na ocasião, entre maio e setembro / 2006, foram identificadas 150 (cento e cinquenta) UE. Os questionários foram enviados pelo correio e por meio eletrônico e devolvidos de igual forma. A participação das UE na pesquisa foi voluntária e a todas foi garantido o sigilo das informações. Foram devolvidos à ABEPSS um total de 102 (cento e dois) questionários, ou seja, 68% das UE que receberam os questionários. Os dados dos questionários respondidos e enviados à ABEPSS foram inseridos em um banco de dados, utilizando-se o programa estatístico SPSS®. Por se tratar de um longo questionário com perguntas abertas e fechadas, inclusive com a demanda para serem anexados os programas das disciplinas de graduação e pós-gradaução, variou muito o percentual de preenchimento das respostas e quantidade de programas anexado. Através de várias simulações, foi realizada a crítica das respostas para verificar inconsistências e incongruências internas de cada questionário[7]. Os dados sobre saúde obtidos referem-se às disciplinas que incluem o componente curricular "saúde" em suas ementas; à bibliografia utilizada; aos campos de estágio na área de saúde, incluindo a natureza jurídica e o nível de atenção; e aos projetos de pesquisa e extensão existentes na área de saúde.

O ENSINO DA POLÍTICA DE SAÚDE NAS UNIDADES DE ENSINO DE SERVIÇO SOCIAL

As disciplinas de saúde ofertadas pelas unidades de ensino (UE) variaram entre específicas e relacionadas à área de saúde,

5 Entre dezembro / 2004 e dezembro / 2006 o número de UE de Serviço Social cadastradas no ME aumentou de 122 para 201 (aumento de 65%), tendo o maior aumento ocorrido na região Leste, de 30 para 72 UE (aumento de 107%).

6 Em dezembro / 2006, das 201 UE cadastradas no sítio eletrônico do ME, 92 (46%) estavam filiadas à ABEPSS.

7 Para o detalhamento da metodologia da pesquisa, vide AMARAL, Angela & ARAÚJO, Thália. Relatório de Pesquisa: Avaliação da Implementação das Diretrizes Curriculares – Brasil – 2006, Recife, ABEPSS, 2008.

como as disciplinas de política social e seguridade social. Foram muitas as disciplinas específicas ofertadas: "Política de saúde no Brasil", "Atenção à saúde na rede pública", "Saúde pública e sanitarismo, "Seguridade social e saúde", "Seminário em política de saúde" e "Tópicos Especiais em saúde pública", dentre muitas outras denominações. Não são muitas as disciplinas ofertadas que tratam de áreas específicas da saúde, tendo sido apenas referidas as áreas de saúde mental, saúde do trabalhador e saúde do idoso. As unidades de ensino afirmaram tratar das áreas específicas (saúde coletiva, saúde da mulher, reprodutiva e da criança, dentre outras), sobretudo, nas disciplinas de supervisão de estágio e acompanhamento das práticas profissionais como "Seminário temático", "Estágio supervisionado", "Laboratório de Serviço Social em área de intervenção" e "Orientação e tratamento profissional". Além desses componentes curriculares, algumas UE também oferecem disciplinas sobre a política de saúde e Serviço Social: "Serviço Social e política social de saúde", "Serviço Social e saúde coletiva", "Tópicos avançados de Serviço Social – na área de saúde", dentre outras. Foram indicadas mais de 168 (cento e sessenta e oito) disciplinas específicas e relacionadas à área de saúde, ofertadas em 66 (sessenta e seis) UE, das 102 (cento e duas) que responderam à pesquisa (65%). Portanto, em 36 (trinta e seis) UE (35%) não há oferta de qualquer disciplina relacionada à saúde. As UE da região Sul I[8] são as que mais ofertam disciplinas específicas (11) e relacionadas (27) à saúde e, as UE da região Centro-Oeste, as que menos oferecem estas disciplinas (01 e 05, respectivamente).

[8] A ABEPSS tem uma divisão própria das regiões do país, assim compostas: Leste (LE): Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro; Sul I (SI): Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina; e Sul II (SII): Mato Grosso do Sul e São Paulo. As demais regiões seguem a mesma divisão política-geográfica definida pelo IBGE: Centro-Oeste (CO), Nordeste (NE) e Norte (NO).

A bibliografia de referência das disciplinas de saúde ofertadas inclui diversos documentos, marcos regulatórios da saúde, como a Constituição Federal, relatórios de diversas conferências de saúde, sobretudo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, normas operacionais básicas da saúde, leis e projetos de lei da área de saúde, dentre outros. Foram indicados alguns autores(as) do Serviço Social, mas, sobretudo, foram indicados livros e periódicos com produções de autores(as) que não são do campo do Serviço Social e tratam da seguridade social, da reforma do Estado, do neoliberalismo, da política social em geral e da saúde, em particular. Dentre os autores(as) do campo do Serviço Social, foram citados Ana Maria Vasconcelos, Dilséa Bonetti, Eduardo Mourão Vasconcelos, Lúcia Rosa, Maria Dalva Horácio, Maria Inês Bravo, Maurílio Matos e Vera Nogueira. As indicações foram de livros publicados pela Cortez Editora, artigos da Revista Serviço Social & Sociedade e publicações do conjunto CFESS/CRESS.

Dos mais de 8.000 (oito mil) discentes em estágio curricular em 2006, 27% estavam estagiando na área de saúde, que se constitui no principal campo de estágio nas regiões Nordeste e Leste. Nas regiões Norte, Centro-Oeste, Sul I e Sul II a saúde ocupa o segundo lugar, sendo a assistência social o principal campo de estágio nestas regiões. A maioria das instituições de saúde – campos de estágio – era de natureza pública (63%), 24% de natureza privada sem fins lucrativos (comunitárias, confessionais, filantrópicas, etc.) e 13% de natureza privada. Apenas 19% dessas instituições estão no nível de atenção primária da saúde. Em todas as regiões há uma maior proporção de estágios no nível terciário de atenção (33%), seguido do nível secundário de atenção (21%), serviços de apoio / diagnóstico (17%) e outros (exp. pesquisa) (10%). Em todas as regiões a área de maior concentração foi a da saúde pública (planejamento, gestão, controle social, etc.) (20%), seguida pela saúde mental (11%), saúde

da criança e do adolescente (11%), saúde da mulher (10%) e demais áreas da saúde (DST, idoso, violência, oncologia, cardiologia, dentre outras) (48%).

No que se refere à pesquisa, foram identificados 77 (setenta e sete) grupos/núcleos[9] de pesquisa nas UE com interesses diversos, sendo 10 (dez) grupos/núcleos, cuja temática central era a saúde, com vários projetos de pesquisa em andamento, com financiamento e participação de discentes de graduação e de pós-graduação. Estas pesquisas cobriam uma variedade de temas / problemas de pesquisa que variavam da abordagem do direito à saúde no Mercosul à atenção primária de saúde, como o Programa de Saúde da Família, passando pela análise da reorganização do SUS, educação em saúde, gestão do trabalho e inúmeras outras áreas de especialidades da saúde como oncologia, doação de órgãos, etc. Pelo título de alguns projetos de pesquisa, identificou-se a tentativa de articulação da temática saúde com o Serviço Social e as práticas profissionais na implementação, gestão e defesa da saúde como direito do cidadão.

Em relação aos projetos de extensão, foram identificados mais de 70 (setenta) grupos/núcleos de extensão nas UE de Serviço Social, sendo 05 (cinco) grupos/núcleos específicos da área de saúde. Os projetos de extensão que estavam sendo executados incluíam cursos de formação, assistência à saúde a pessoas com necessidades especiais, diabéticos, hipertensos, dentre outros.

Por fim, durante os trabalhos de grupo e apresentação das práticas profissionais nos seminários regionais e nacional "Serviço Social: Interfaces com a Saúde", realizados pela ABEPSS entre junho e dezembro / 2006, foram deliberadas as seguintes proposições com o objetivo de manter as estratégias desenvolvidas

9 Registrados ou não no CNPq.

pela entidade para ampliar e qualificar as intervenções na área de saúde: 1) o aprofundamento dos eixos temáticos "integralidade" e "interdisciplinaridade", definidos como centrais pelo FNEPAS; 2) a criação de um grupo de trabalho – GT de seguridade social na ABEPSS; 3) a articulação entre a saúde, assistência social e previdência social na formação e prática dos assistentes sociais; 4) a participação da ABEPSS no processo de articulação do GT saúde do Mercosul; 5) a necessidade de superar no âmbito do Serviço Social a concepção biomédica da saúde; e, finalmente, 6) a apreensão na formação e nos espaços das práticas profissionais da centralidade da política de saúde na defesa de direitos sociais universais assim como dos ataques que esta política vem sofrendo pelos sucessivos governos desde a aprovação do seu arcabouço legal (BRASIL, 1988, 1990a e 1990b).

CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENSINO DA POLÍTICA DE SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Cabe inicialmente ressaltar as limitações de uma pesquisa com um percentual de respostas de 68%, com grande variabilidade no preenchimento das respostas assim como da documentação anexada (WHO/UNDCP/EMCDDA, 2000; KIRKWOOD; STERNE, 1988). Mesmo considerando a complexidade de uma pesquisa nacional, o envio e recebimento de material pelos Correios e por meio eletrônico, o autopreenchimento e a demanda de um grande volume de informações/dados que incluíram a saúde, não cabem nesta análise generalizações para o conjunto das UE de Serviço Social do país, mas, sim, indicar algumas tendências sobre o ensino, pesquisa e extensão da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais, nas unidades de ensino que

participaram da pesquisa. Por outro lado, faz-se necessário reconhecer o esforço empreendido pela ABEPSS para apropriar-se da realidade de mais de uma centena de UE para fundamentar sua ação na função de orientar a formação profissional.

O interesse teórico e laborativo dos assistentes sociais pelo campo da saúde corresponde à sua presença no mercado de trabalho da saúde e ao reconhecimento do significado estratégico que a saúde passou a ter, desde os anos 1980, como política de direito universal. No entanto, este interesse ainda não representou em uma correspondente presença da temática saúde nas UE de Serviço Social. Embora tenha sido observada a oferta de várias disciplinas na área de saúde, há um percentual importante de UE (35%) que não introduziram nos seus currículos a temática saúde. Faz-se necessário ampliar para todas as UE a temática de saúde, não só considerando o mercado de trabalho e o direito universal à saúde, mas também devido às novas demandas postas às práticas da saúde, decorrentes do perfil epidemiológico da população que vem se agravando dada a precarização do trabalho, do desemprego, da violência, da fome, das drogas, das doenças mentais, etc. Apesar dos esforços institucionais em curso, como a implementação dos novos parâmetros curriculares do Serviço Social[10], fica ainda a desejar a incorporação dessas temáticas na formação profissional.

No que se refere à bibliografia utilizada pelas UE, apesar de uma vasta produção do Serviço Social sobre a política de saúde e em áreas específicas da saúde, através dos programas de pós-graduação (relatórios de pesquisa, dissertações de mestrado e

[10] Das 102 UE que participaram da pesquisa, 76 (74%) haviam implantado as novas diretrizes curriculares do Serviço Social, 18 (18%) estavam em processo de implantação e 08 (8%) não haviam iniciado a implantação (Vide "Relatório de Pesquisa: Avaliação da Implementação das Diretrizes Curriculares – Brasil – 2006", indicado na nota de rodapé n0 07).

teses de doutorado), são poucos os(as) autores(as) do campo do Serviço Social utilizados como referência nas disciplinas. Esta tendência pode estar indicando a necessidade de uma maior e melhor divulgação da produção das nossas pós-graduações assim como da busca de outras alternativas editoriais que garantam a divulgação e circulação nacional dessa produção.

Os campos de estágios, assim como como o mercado de trabalho profissional, apontam para uma forte presença do Serviço Social no campo da saúde. Mas, ao contrário do que tem sido a ênfase da política nacional de saúde na atenção primária, os estágios ocorrem, sobretudo, na atenção terciária e secundária da saúde. A pouca inserção dos assistentes sociais na atenção primária talvez esteja relacionada à não inclusão da profissão na quase totalidade dos Programas de Saúde da Família – PSF no país.

A quantidade de grupos/núcleos e projetos de pesquisa e extensão específicos de saúde (10 e 05, respectivamente) não evidencia a importância da saúde como área de trabalho para os assistentes sociais, como campo estratégico de luta política na defesa de direitos sociais assim como arena privilegiada de expressão das inúmeras seqüelas da questão social (PAULO NETTO, 2001). Mesmo considerando não ser um número expressivo de grupos/núcleos de pesquisa e extensão específicos da área de saúde, há que se questionar sobre a socialização da produção do conhecimento na área pelo Serviço Social. Esta produção pouco aparece nos programas das disciplinas de graduação da saúde nas UE. Com algumas exceções, as referências bibliográficas citadas parecem ficar restritas à UE produtora do conhecimento. Apesar de um discurso (títulos dos projetos de pesquisa e extensão) em defesa do SUS, as produções acadêmicas não necessariamente apontam para um mesmo projeto de SUS assim como não incorporam os mesmos conceitos

de universalidade, integralidade, controle social, dentre outros princípios constituintes do sistema público de saúde (BRAVO; MATOS, 2002). Mas como a pesquisa realizada pela ABEPSS não acessou o conteúdo dos projetos de pesquisa e extensão da área de saúde, não cabem especulações. Mas fica a proposta de uma nova pesquisa a ser realizada pela ABEPSS com o intuito de conhecer o conteúdo da produção do conhecimento da área de saúde pelo Serviço Social. Onde estão os nossos tensionamentos? O quanto nos aproximamos ou nos afastamos dos princípios do movimento de reforma sanitária brasileiro?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os interesses econômicos hegemônicos têm sido incapazes de organizar política e socialmente o país. A corrupção generalizada e o aumento da violência são alguns exemplos desta incapacidade. Por outro lado, têm sido muito competentes para impor reformas políticas e sociais que atendem aos seus interesses econômicos. O esvaziamento do direito universal à saúde é um exemplo desta competência. A saúde nos últimos vinte anos está cada vez mais inserida nos discursos oficiais, mas relegada a ações focais, assistenciais e seletivas para aqueles que não podem comprar a saúde diretamente no mercado dos serviços, grupos e seguros privados de saúde. Para os governos neoliberais, o princípio da universalidade é um impedimento para o barateamento do SUS, devendo a cobertura ser "universal" apenas para os mais pobres e na atenção primária.

Frente a esses ataques, para que os assistentes sociais, juntamente com empreedimentos organizativos da categoria[11] e

[11] No qual o conjunto CFESS/CRESS deve cumprir um papel estratégico.

das outras categorias que integram a saúde, possam realizar uma prática em defesa dos princípios da reforma sanitária e de um SUS efetivamento universal, faz-se necessária uma permanente formação teórica, metodológica e política que permita a compreensão das contradições da realidade social e como estas atravessam a saúde. Uma maior aproximação entre as unidades de ensino, os diferentes níveis e serviços de atenção à saúde e os movimentos sociais faz-se necessária quando a direção social que se busca é a da consolidação de um projeto/modelo de saúde forjado nos anos 1980, mas que cada vez mais atende menos às necessidades sociais de saúde do conjunto da população brasileira. As profissões, como campos de luta de diferentes projetos políticos e teóricos, estão sempre em tensionamento pela direção social estratégica na formação de seus profissionais (PAULO NETTO, 1996). A afirmação do ensino, pesquisa e extensão, de forma indissociável e crítica, da política de saúde na formação dos assistentes sociais é condição necessária, embora não suficiente, dada a autonomia relativa da profissão (IAMAMOTO, 1998), para a estruturação de uma política de saúde,no bojo de um sistema de seguridade social de caráter solidário e universal, conquista legal das mais importantes na história dos movimentos sociais do país.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Propsota básica para o projeto de formação profissional – novos subsídios para o debate. **Cadernos ABESS**, n. 07, São Paulo, Cortez Editora, 1997.

BEHRING, Elaine. **Brasil em contra-reforma** – desconstrução do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Feferal, 1988.

_____. Lei 8.080, de 19/09/1990, Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1990a.

_____. Lei 8.142, de 28/12/1990, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursoso financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990b.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara. **Política social e democracia.** São Paulo: Cortez Editora, 2002.

FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO DAS PROFISSÕES NA ÁREA DE SAÚDE – FNEPAS. **Projeto Coletivo de Cooperação Técnica do FNEPAS com o Ministério da Saúde.** Brasília, Secretaria Executiva, sd. (mímeo).

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez Editora, 1998.

KIRWOOD, Betty; STERNE, Jonathan. **Essential medical statistics**. London: Balckwell Science Ltda, 1988.

PAULO NETTO, José. Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise perspectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 50, São Paulo: Cortez Editora, 1996.

_____. Cinco notas a propósito da "questão social". **Temporalis**, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2001.

WHO/UNDCP/EMCDDA. Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment – Workbook 07 – Outcome evaluations, WHO, Genebra, 2000.

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os interessados em publicar artigos deverão apresentar trabalhos científicos originais, contendo informações novas e relevantes, devendo apresentar contribuição considerável para o desenvolvimento científico na área do Serviço Social.

Todos os trabalhos devem ser apresentados em disquetes ou cd-rom, digitados com utilização de editores *Word* for Windows V6.0 ou 7.0, com o uso da fonte arial, corpo 12, um e meio entre as linhas do texto, acampanhados de três cópias impressas.

Os artigos não devem ultrapassar 25 laudas, trazendo, assim organizados:

a. como garania de anonimato no processo de avaliação, os artigos devem ser apresentados da seguinte maneira: ter uma folha de rosto, separada das demais, onde deverá constar o título, nome do autor, profissão, vínculo institucional e título acadêmico, endereço, telefone e e-mail;
b. na primeira página do texto, deve incluir somente o título do trabalho em versal (maiúscula) negrito e centralizado e resumo de até 250 palavras em portugês, acompanhado das palavras chave que identifiquem o conteúdo, a 5 centímentros da margem esquerda, sem parágrafos e, logo abaixo, sua versão para o inglês (Summary), com as respectivas palavras chave (Key words):
c. o subtítulo, se houver deve vir em redondo (minúscula), sem negrito;
d. o corpo do artigo deve começar com a Introdução, seguida das demais seções primárias, enunciadas por títulos digitados em versal (minúsculas), em negrito e sem numeração, ajustados à margem esquerda;
e. os títulos das seções secundárias, também ajustados à margem esquerda, deverão ser digitados com letras minúsculas, em negrito, com o mesmo corpo do texto, exceto a inicial e os nomes próprios que devem ser maiúsculas;
f. os títulos das mesmas seções (terciárias, quaternárias etc.) deverão ser digitados utilizando outros recursos, tais como: redondo (minúsculas) ou itálico, em corpo menor que o do texto. Deve-se deixar em espaço duplo entre os parágrafos que se seguem aos títulos das seções.

No caso dos trabalhos conterem ilustrações, os títulos das tabelas e quadros devem ser numerados consecutivamente em algarismo arábicos. Esses algarismos devem vir acima dessas ilustrações, seguidas dos respectivos títulos, apenas com a inicial maiúscula. Quando da transcrição de Tabelas e Quadros, deve-se colocar abaixo uma legenda indicando a fonte. As demais ilustrações (desenhos, gráficos, fotografias, plantas, mapas etc.) são consideradas figuras e devem ser restritas ao mínimo indispensável, com títulos abaixo das mesmas, numeradas, em sequência com números arábicos. as fotografias devem ser em preto e branco.

As citações indicadas nos trabalhos devem ser pelo sobrenome do autor, seguido da data da publicação e da página consultada, de modo que, quando o nome do autor fizer parte da senteça, somente a data e a página aparecem entre parênteses.Ex.: Silva (1997, p. 32). Qunado o nome do autor não estiver incluído na senteça, este é indicado no final da frase. Ex.: (SILVA, 1997, p. 78), Quando o trabalho citado pertencer a dois autores, o sobrenome dos dois é indicado separadamente, separado por ponto e vírgula. Ex.: (SILVA ; COSTA, 1997, p. 34). Quando se tratar de trabalho de mais de dois autores, o sobrenome do primeiro é indicado seguido da expressão et al. Ex.: FERNANDES et al., 1998, p. 3). Quando se tratar de trabalho sem autoria, a chamada é feita pela primeira palavra do título, em maiúsculas seguida de reticências, data e páginas. Ex.: COMUNIDADE..., 1997, 9. 89.

As referências bibliográficas devem ser elaboradas de conformidade com o disposto na NBR 6023, da ABNT, devendo todo autor citado no texto constar das REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, dispostos em ordem alfabética, pelo sobrenome do primeiro autor.

O parecer sobre a aceitação ou não dos originais será comunicado ao autor, ou ao primeiro autor, quando forem mais de um, não se obrigando a revista Temporalis e devolver or originais a ela enviados.

Todo trabalho aceito será submetido a revisão: caso o texto exija modificações substanciais, será devolvido ao autor para que ele mesmo as faça.

A revista Temporalis não remunera os autores que tenham seus artigos nela editados, porém lhes enviará um exemplar da edição onde seu(s) texto(s) for(em) publicados.

A Revista Temporalis está aberta para colaborações, mas reserva-se o direito de publicar ou não o material espontâneamente enviado a redação. Os artigos assinados são da responsabilidade de seus autores.