

Direitos sociais em tempos de crise: desigualdades sociais e agravos à saúde¹

Laína Jennifer Carvalho Araújo²

Edna Maria Goulart Joazeiro³

Resumo

O artigo analisa os desafios atuais no campo da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto de fragilização da dimensão universalista das políticas sociais, de atenção à saúde, de combate à pobreza em face às desigualdades sociais. Trata-se de uma análise teórico-conceitual empreendida com base na literatura sobre o cuidado na Saúde e sua relação com o Estado. Mostra-se a relevância do artigo ante o contexto atual, cujas dificuldades vivenciadas cotidianamente pela população, em assegurar a efetividade de um direito social, sob influência da política neoliberal, evidenciam o complexo e frágil estado da saúde no país.

Palavras-chave

Estado; Direitos sociais; Desigualdades sociais; Agravos à Saúde; Saúde Pública.

Social rights in times of crisis: social and health inequalities

Abstract

This article analyzes the current challenges in the field of Health and the Unified Health System (SUS) in the context of weakening the universalist dimension of social policies, health care, and combating poverty in the face of social inequalities. It is a theoretical conceptual analysis undertaken on the basis of the literature on health care and its relationship with the State. The relevance of the article is shown in the current context, whose difficulties experienced daily by the population in ensuring the effectiveness of a social right, under the influence of neoliberal politics, evidence the complex and fragile state of health in the country.

Keywords

State; Social Rights; Social Inequalities; Health Hazards; Public Health.

Artigo recebido: novembro de 2018.

Artigo aprovado: janeiro de 2019.

Introdução

O artigo dá centralidade à relação que envolve a temática do Estado e dos direitos sociais no contexto de fragilização da dimensão universalista das políticas sociais, de atenção à saúde, de combate à pobreza em face às desigualdades sociais. Reflete ainda sobre a importância do fortalecimento do sistema brasileiro de proteção social, uma vez que esse debate tem tido destaque face às mudanças societárias, seja pelas transformações que incidem nas formas de sociabilidade, subjetividades; seja pelo “agravamento da desigualdade estrutural e na degradação da vida humana” (BARROCO, 2011, p. 206) diante do expressivo contingente de população submetido às múltiplas expressões da questão social (IAMAMOTO, 2015).

Pereira (2011, p. 99) afirma que não há como assegurar direitos sociais sem a garantia do Estado, materializada pela oferta e pela regulação dos serviços e benefícios de proteção social, uma vez que não “se consubstanciam direitos sociais sem políticas públicas que os concretizem e liberem indivíduos e grupos tanto da condição de necessidade quanto do estigma produzido por atendimentos sociais descomprometidos com a cidadania”. Assinala que a relação entre Estado e sociedade tem caráter dialético, uma vez que “propicia um incessante jogo de oposições e influências recíprocas entre sujeitos com interesses e objetivos opostos” (PEREIRA, 2011, p. 146) que comprometem em determinadas situações o direito à saúde, uma vez que “é justamente pela via do direito social que a proteção social se torna mais efetiva, reduzindo vulnerabilidades⁴ e incertezas, igualando oportunidades e enfrentando as desigualdades” (JACCOUD, 2009, p. 69).

Na atualidade, a conjuntura social e econômica tem relevantes implicações no aumento das desigualdades sociais e, consequentemente, tem levado ao crescimento das necessidades sociais e de saúde para as populações que estão submetidas às múltiplas expressões da questão social, às quais se somam as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico, marcadas pelo quadro sanitário es-

pecífico nos diferentes espaços territoriais brasileiros. Esse conjunto de aspectos tem implicações ainda, na própria organização da política pública de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estudo recente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) afirma que o Brasil mantém uma das mais altas desigualdades de renda do mundo (IPEA, 2018, p. 7). A própria Constituição Federal de 1988 enfatiza que a redução das desigualdades constitui um dos objetivos fundamentais para o país.

Na atualidade, é indispensável realizar uma análise da conjuntura levando em consideração as articulações, aliadas aos importantes aspectos das dimensões locais, regionais, nacionais e internacionais das mudanças em curso no âmbito dos Sistemas públicos de Saúde, bem como dos acontecimentos significativos que estão em curso na história recente, no bojo da relação entre Estado, a Sociedade Civil e política de ajuste neoliberal, enquanto forças sociais que estabelecem relações de interdependência e de interpenetração na dinâmica das [re]configurações socio-históricas presentes na realidade brasileira e para além dela.

Esse espaço social é fortemente marcado por contradições, dando-se em presença e, muitas vezes, em tensão, com as mudanças societárias que tem importantes implicações nas formas de sociabilidade, na subjetividade com implicações para as políticas públicas. Esse processo histórico tem levado ao crescimento da demanda dos serviços ou benefícios das diversas políticas sociais. Destacamos aqui, especificamente, o SUS, que têm enfrentado a ampliação da demanda de um expressivo contingente de população que vive situações de adoecimento, agravadas pelas situações de vulnerabilidade ou de risco social (BRASIL, 2004, p. 33).

A multiplicidade de dimensões supracitadas marca de modo inelutável a trama da realidade social e tem relações e implicações na questão social, compreendida como “mais do que as expressões de pobreza, miséria e ‘exclusão’”. Condensa a banalização do humano, que

atesta a radicalidade da alienação e a invisibilidade do trabalho [...] e dos sujeitos que o realizam” (IAMAMOTO, 2015, p. 125).

Nesse sentido, os espaços onde se expressam cotidianamente a questão social, “o traço mais marcante é atribuído à interrupção de um processo em curso pela universalização de direitos sociais, produto da luta social, com a substituição de políticas e programas universais por programas focalizados na pobreza e na extrema pobreza” (YAZBEK, 2016, p. 10).

Desde a criação do SUS, de sua consagração como política de direito universal promulgada pela Constituição Federal de 1988, inúmeras são as tensões que tem se colocado no horizonte da efetivação e do fortalecimento dessa política pública fundamental. Mendes (2015, p. 76) tem assinalado o efeito do histórico subfinanciamento estrutural do SUS no Brasil consubstanciado sob a forma do tripé juros altos/ metas de inflação/ superávit primário e valorização da moeda que “restringe a possibilidade de gastos públicos, mesmo os sociais, incluindo a saúde”. Mendes e Carnut (2018) afirmam a importância de se reconhecer a existência desse histórico subfinanciamento da Saúde, especialmente do SUS, materializado sob a forma da:

[...] fragilidade financeira de seu financiamento, por meio de destinação insuficiente de recursos e do baixo volume de gastos com recursos públicos; de indefinição de fontes próprias para a saúde; de ausência de maior comprometimento do Estado brasileiro com alocação de recursos e com melhor distribuição de recursos no Orçamento da Seguridade Social [...] das elevadas transferências de recursos para o setor privado, com recursos direcionados às modalidades privatizantes de gestão (MENDES, CARNUT, 2018, p. 1112).

Destaca Mendes (2015, p. 68) que, no tempo de vigência do neoliberalismo, entre 1980 até a atualidade, não foi possível identificar a retirada do Estado da economia, uma vez que se “assistiu a uma particular forma de ‘presença’ do Estado na economia”. Segundo o autor,

na presente crise do capitalismo, se assiste a “adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais, inclusive da política de saúde, no mundo e no Brasil” (MENDES, 2015, p. 68). Um aspecto importante destacado por Mendes (2015) consiste na permissão do Estado à apropriação do fundo público pelo capital, uma vez que “no contexto da crise do capitalismo contemporâneo, sob a dominância do capital financeiro, o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal” (MENDES, 2015, p. 69). Essa tendência pode ser apreendida:

[...] de um lado, nas crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs) – de gestão privada – e o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêutica, enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando o financiamento do Sistema Único de Saúde (MENDES, 2015, p. 69).

Nessa perspectiva, ao considerar a conjuntura de crise do capitalismo, a crise econômica e de austeridade fiscal e o predomínio de políticas neoliberais, é possível compreender o atual quadro crítico materializado nas dificuldades e nos retrocessos presentes no campo da Saúde e da Saúde Mental no âmbito do SUS, bem como de suas consequentes implicações na vida dos sujeitos que buscam o atendimento nesse campo de cuidado com a vida.

Cumprir destacar que houve significativas mudanças a partir da Emenda Constitucional nº 95/2016, referente ao congelamento do teto dos gastos públicos durante vinte anos, que limita os gastos em Saúde e Educação, alterando o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, assim sendo, cada ente federativo deverá investir percentuais mínimos dos recursos arrecadados, o que significa que essas mudanças terão implicações para além do financiamento, impactando diretamente, por exemplo,

na Política Nacional de Atenção Básica e na Política de Saúde Mental, ao mesmo tempo em que acarretará uma redução da presença do Estado nas políticas públicas.

O campo da saúde tem sido objeto de preocupação e, de análise na atualidade, à medida que se trata de um campo particularmente sensível às condições econômicas de restrição financeira acarretada pelas políticas de ajuste neoliberal, ao qual tem sido imposto um financiamento regressivo. Assim sendo, as políticas sociais passaram a sofrer cortes significativos prevalecendo o “trinômio articulado do ideário neoliberal⁵ para as políticas sociais, qual seja: a *privatização*, a *focalização* e a *descentralização*” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 156, destaques das autoras).

A política de saúde enquanto política pública se relaciona com políticas sociais de combate às vulnerabilidades e as desigualdades sociais, pressupondo a necessidade da integralidade do cuidado e da intersetorialidade das políticas sociais nos espaços territoriais os quais a rede de serviços de saúde e a rede de atendimento das demais políticas sociais estão situadas. Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 13) afirmam que no governo Temer deu-se a aceleração dos processos de contrarreforma, a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, o congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais, a proposição de planos de saúde acessíveis e de propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Afirma Paim (2018) que os insuficientes recursos destinados ao SUS, acarretam problemas na manutenção da rede de serviços, limitam os investimentos para a ampliação da infraestrutura pública e para a remuneração dos trabalhadores. Diante dessa realidade, a decisão de compra de serviços do setor privado e a ideologia da privatização são fortalecidas. Afirma ainda que, além dos já citados fatores, o SUS tem enfrentado obstáculos relacionados aos grandes interesses econômicos e financeiros ligados as operadoras de planos de saúde e as indústrias

farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, além de enfrentar a crítica sistemática e a oposição da mídia (PAIM, 2018, p. 1.725).

A partir dos anos 1990, com o advento da Constituição Federal de 1988, as políticas sociais brasileiras passaram a ter uma nova concepção de direito e de justiça social, entendendo que as necessidades deveriam ser enfrentadas pela oferta pública de serviços e benefícios que permitiriam a manutenção da renda, acesso universal à saúde e as garantias socioassistenciais. Segundo Jaccoud (2009) não foi à existência da pobreza que levou a construção de políticas de proteção social, “mas sim a ameaça política e social que nasce da contradição entre uma ordem econômica que reproduz a miséria e uma ordem política que afirma a igualdade entre os cidadãos” (2009, p. 66).

A Carta Magna de 1988 representou a afirmação e extensão dos “direitos sociais e o campo da proteção social sob a responsabilidade estatal, com impactos relevantes no que diz respeito ao desenho das políticas, à definição dos beneficiários e do benefício” (JACCOUD, 2009, p. 63). Essa ampliação se deu, principalmente, pela instituição da Seguridade Social como sistema de proteção social articulando as políticas de Previdência Social, de Assistência Social e a de Saúde, uma vez que “ao garantir os direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo” (CFESS, 2009, p. 18).

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos, atendendo em grande parte às reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária⁶ dentre elas, “o direito universal à saúde e o dever do Estado [...] as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle” (BRAVO, 2011, p. 115).

O SUS como uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, foi instituído através da Lei n. 8.080 de 1990, a qual regulamenta o artigo 196 da Constituição Cidadã e dispõe sobre a promoção, a proteção

e a recuperação da saúde, pois a considera como *direito fundamental do ser humano* (BRASIL, 1990, art. 2º, destaques nossos), “ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde” (CFESS, 2009, p. 19). A política social, na perspectiva aqui empregada, é aquela que:

[...] apreende essa política como produto da relação dialeticamente contraditória entre estrutura e história e, portanto, de relações – simultaneamente antagônicas e recíprocas – entre *capital X trabalho, Estado X sociedade* e princípios de *liberdade e da igualdade* que regem os direitos de cidadania (PEREIRA, 2011, p. 166, destaques da autora).

Behring e Boschetti (2011, p. 51) assinalam que as políticas sociais “são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo”. Quando nos reportamos à discussão em torno das desigualdades sociais em saúde, essa dialética se revela cada vez mais necessária para que possamos compreender os determinantes sociais em saúde (DSS), assim como também coloca a relevância de que não percamos essa dimensão, pois compreender políticas públicas sociais fora da referência de direitos e cidadania “é abrir espaço para uma política social limitada a uma gestão da pobreza” (JACCOUD, 2009, p. 67). A compreensão da desigualdade social, numa perspectiva crítica, constitui um elemento essencial para a garantia de direitos, uma vez que ela consiste num importante fundamento para as políticas públicas.

No entanto, não podemos ignorar que o cenário histórico tem revelado uma crise de hegemonia das esquerdas e dos projetos socialistas de modo geral. É nesse contexto que o conservadorismo tem encontrado espaço para se reatualizar, apoiando-se em mitos, motivando atitudes autoritárias, discriminatórias e irracionais, comportamentos e ideias valorizadoras da hie-

rarquia, das normas institucionalizadas, da moral tradicional, da ordem e da autoridade. Uma das expressões dessa ideologia é a reprodução do medo social (BARROCO, 2011, p. 210).

A partir dessas considerações, o presente artigo busca aprofundar a discussão sobre a saúde e sua relação com os determinantes que tem criado obstáculos ao direito à saúde. Trata-se de uma discussão que se respalda na dimensão analítico conceitual acerca da produção do cuidado em saúde. O estudo é empreendido com base em produção bibliográfica, que discute o campo da Saúde e sua relação com o Estado em consonância com o arcabouço jurídico, com os marcos legais e conceituais da Política de Saúde e do SUS.

Nesse sentido, o artigo empreende uma análise que busca dar centralidade a relação que envolve a temática do Estado e dos direitos sociais e de suas implicações para o SUS, num contexto de fragilização da dimensão universal das políticas sociais, bem como, de necessidade de afirmação do sistema brasileiro de proteção social diante do agravamento da desigualdade estrutural e da degradação da vida humano já referidos. Nessa perspectiva, a análise aqui apresentada, remete à discussão dos desafios postos ao SUS no que tange a preocupação relativa à garantia do direito à saúde, posto que a prevalência de uma condução gerencial do processo de cuidado pode ter sérias implicações na produção das ações cotidianas, muitas vezes definidas de forma vertical no âmbito das políticas sociais públicas sob a égide do ideário neoliberal.

A saúde como direito social: fundamentos e história

O conceito de saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), na Declaração de Alma-Ata de 1978 enfatiza que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental”. Nessa perspectiva analítica, “a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja

realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (OMS, 1978).

Uma análise atenta do preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), de 1946 revela que desde essa época a Saúde era conceituada como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. O mesmo faz referência tanto à qualidade de vida em sociedade, quanto à noção de ausência de doenças; sendo ampla sua concepção. A palavra “enfermidade” utilizada nesse documento alude à acepção da Medicina traduzida pelo Dicionário de Língua Francesa de autoria de Émile Littré, significando “aqueles casos em que o indivíduo, com ou sem desordem apreciável da disposição material do corpo, não possui esta ou aquela função ou a possui de maneira imperfeita ou irregular” (OMS, 1946, nota explicativa)⁷.

Cumprir destacar que o Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948, ratifica a participação do Brasil como signatário do acordo provisório referente à mencionada Organização e ao Protocolo relativo à Repartição Internacional de Higiene Pública de Paris, firmados pelo Brasil e diversos países, em Nova York, em 22 de julho de 1946, por ocasião da Conferência Internacional de Saúde, sendo que o decreto supramencionado consiste no instrumento brasileiro de ratificação do referido acordo sobre “os princípios que são a base do bem-estar dos povos, de suas relações harmoniosas e de sua segurança”.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 seguiu o caminho do Direito Internacional, constituindo num marco histórico ao materializar na redação do artigo 196 o direito à saúde como direito social constitucionalmente garantido. Esse artigo estabelece que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A Lei 8.080/1990 regulamenta o SUS, sendo que no artigo 2º estabelece que: “A saúde

é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 representa uma importante transformação na extensão dos direitos sociais, ao transformar a saúde em direito de cidadania, criando um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Segundo o jurista José Afonso da Silva (2008):

É espantoso como um bem extraordinariamente relevante à vida humana só agora é elevado à condição de direito fundamental do homem. E há de informar-se pelo princípio de que o direito igual à vida de todos os seres humanos significa também que, nos casos de doença, cada um tem o direito a um tratamento condigno de acordo com o estado atual da ciência médica, independentemente de sua situação econômica, sob pena de não ter muito valor sua consignação em normas constitucionais (SILVA, 2008, p. 308).

Cumprir destacar que o SUS é uma conquista histórica pela incorporação e ampliação de novos direitos, ao romper com a cidadania regulada, cujas raízes do conceito “encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal” (SANTOS, 1979, p. 75) que vigorou no país a partir de 1930. O arcabouço conceitual do SUS se funda num modelo de atenção universal que se propõe a romper com o histórico modelo de cidadania invertida (FLEURY, 2009, p. 744) que marcam a história das políticas no Brasil. Nessa perspectiva analítica, a autora caracteriza o Sistema de Saúde brasileiro pela “universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nestas áreas, uma perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado” (FLEURY, 2009, p. 745-746) em consonância com as diretrizes de descentralização e de atendimento integral.

A dimensão da universalidade, integralidade e equidade da atenção “constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária brasileira” (CECÍLIO, 2009, p. 117). A Reforma Sanitária trouxe, conforme assinala Joazeiro, Araújo e Rosa (2017, p. 73) “importantes mudanças no cenário nacional brasileiro relacionada à saúde, assim como também teve papel significativo no processo da Reforma Psiquiátrica, uma vez que, possibilitou a esse movimento, a criação de dispositivos legais que buscavam uma quebra de paradigmas com o Modelo Psiquiátrico existente”.

No Brasil, o Sistema de Saúde se organiza em Redes de Saúde (RAS) que devem produzir cuidado de forma integrada permitindo a ampliação do acesso à saúde. Com a “Portaria nº 4.279/2010 foram criadas 5 redes temáticas, a saber: a Rede Cegonha; a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); a Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas; a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; a Rede de Urgência e Emergência” (ROSA; JOAZEIRO, 2017, p. 24), cujo objetivo é o de produzir arranjos que articulem o acesso aos serviços de diferentes tipos, com vistas a garantir a integralidade da assistência à saúde, ao mesmo tempo em que possibilita ao profissional uma melhor compreensão do SUS e da assistência desenvolvida cotidianamente na sua perspectiva de integralidade, universalidade e equidade, contribuindo assim para o fortalecimento do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

Na perspectiva da articulação das ações do cuidado em Saúde Mental, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.088/2011 institui a RAPS, tendo como base as novas formas de produção de cuidado no campo da Saúde Mental, que tem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades, como uma forma de ação estratégica no território, que permite atuar na RAPS de forma a fortalecer o cuidado comunitário na Saúde Mental.

Nesse novo paradigma do cuidado, a Saúde se constituiu como um bem jurídico indissociável do direito à vida, cabendo ao Estado o dever de protegê-la. Nessa perspectiva, o Estado ocupa um papel central uma vez que, depende intrinsecamente de procedimentos e de políticas a serem executados pelo mesmo, bem como da criação de estruturas organizacionais que visem à promoção, preservação e recuperação da saúde e da própria vida humana, para que os direitos na Constituição sejam materializados. Embora a Saúde faça parte do tripé da Seguridade Social, diferente da Previdência Social e da Assistência Social, àquela caracteriza-se pela universalidade do acesso.

O que demonstra a centralidade do debate em torno da política social, que nunca teve em tanta evidência quanto nos dias atuais. No entanto, o que chama a atenção nessa tendência é que o destaque dado ao social e à dimensão pública da política como indicação de governo socialmente ativo e responsivo tornou-se um anacronismo (PEREIRA, 2011, p. 163, destaques da autora), ao mesmo tempo em que torna importante entender as políticas sociais como “processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes” que, por sua vez, estão presentes na dinâmica do capitalismo (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 36).

Nesse sentido, assegurar integralidade, universalidade, sustentabilidade e intersetorialidade aos espaços públicos de saúde e, portanto, ao SUS tem sido um desafio, principalmente quando a produção do cuidado nesse âmbito envolve fatores condicionantes e determinantes tais como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, a renda, a educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços que expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, art. 3º). O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde. “Há sistemas que potencializam as desigualdades existentes na organização

social e outros que procuram compensar, pelo menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre os grupos socialmente mais vulneráveis” (BARATA, 2009, p. 20).

Desigualdades sociais e agravos à saúde: dilemas *da* e *na* atualidade

No campo da saúde no Brasil, “os efeitos diretos da crise contemporânea do capitalismo na Saúde [...] ocorreram basicamente na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização” (MENDES, 2015, p. 75). Nesse sentido, a minimização do papel do Estado no social abre espaço para o mercado, no caso da saúde, essa tendência a coloca como objeto de consumo, fragilizando a dimensão de direito que lhe é inerente, uma vez que “quando o Estado perde seu caráter público e universal, virando as costas para a sociedade [...] ele deixa espaço para que grupos privados mais fortes dominem os grupos mais fracos e imponham a sua vontade, formando governos paralelos” (PEREIRA, 2011, p. 148).

No contexto de crise estrutural do capital, a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. Nesse processo, o caráter público e universal da saúde, tão caro ao Movimento de Reforma Sanitária e aos lutadores da saúde, é ameaçado (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 10).

O debate que tem sido travado no Brasil na atualidade, diz respeito aos riscos presentes no cenário das diversas políticas sociais públicas e, aqui destacamos de forma particular o campo da Saúde, posto que essa política fundamenta-se na Constituição Federal de 1988 e nos princípios da universalidade do acesso, da integralidade e da equidade. Contudo, esses parâmetros têm sido colocados em xeque submetidos à lógica da redução dos gastos públicos e da ampliação da relação público-privada que fragiliza o caráter universal da política

de saúde historicamente construída. O cenário contemporâneo, marcado pelas múltiplas complexidades da questão social, tem no fortalecimento da intersectorialidade das políticas sociais um dos grandes desafios a ser enfrentado.

Por conseguinte, é pela perspectiva dialética, e não linear, ou meramente agregadora, que a intersectorialidade das políticas sociais deve se pautar, caso queira ser fiel à realidade – que, por natureza, é dialeticamente histórica, contraditória e totalizante – e não pretende transformar decisões políticas, efetivamente conflituosas, em neutras precisões administrativas (PEREIRA, 2014, p. 24).

As ações intersectoriais são fundamentais para garantir a integralidade do atendimento, assim como também fortalecem as ações interdisciplinares as quais remetem à relação dialética onde “nenhuma das partes ganha sentido e consciência se isolada ou separada das demais e das suas circunstâncias” (PEREIRA, 2014, p. 33). No entanto, apesar dos avanços estabelecidos “no marco regulatório das políticas sociais, é forçoso reconhecer que as ações e programas governamentais brasileiros ainda apresentam grandes dificuldades para impactar os indicadores sociais” (MONNERAT; ALMEIDA; SOUZA, 2014, p. 13). É por essa questão que se faz necessário compreender a intersectorialidade para além dos setores da política de Saúde, Previdência Social, Assistência Social e Educação, já que cada política tem relações de interpenetração e de interdependência recíprocas das políticas sociais entre si.

Como assinalam Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 15-16), “esse quadro marca um campo de disputa permanente pelo direito à saúde universal, estatal e de qualidade, acirrado a partir de 2016 com as políticas de austeridade fiscal, adotadas pelo governo de Michel Temer, cujas propostas e mudanças têm como argumento a necessidade de se reajustar as contas públicas”. Orientada sob essa lógica situa-se a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que impôs o congelamento de gastos públicos e que tem

gerado impactos nocivos para a Saúde e Educação. Bravo et al. (2018) destacam os principais efeitos dessa política governamental que atingiu diretamente a Política Nacional de Atenção Básica e a Política de Saúde Mental.

Com relação à revisão da Política Nacional de Atenção Básica, pactuada na Reunião da CIT [...] em 31/08/2017, ressalta-se que a mesma não foi analisada no Conselho Nacional de Saúde e não foi discutida junto à sociedade, restringindo esse debate a uma consulta pública por meio eletrônico, realizada em um curtíssimo espaço de tempo. Apesar do texto afirmar que a Saúde da Família continua como a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil, **o mesmo rompe com sua centralidade e institui formas de financiamento para outros arranjos assistenciais que não contemplem equipes multiprofissionais** com a presença de agentes comunitários de saúde (ACS), possibilitando a organização da Atenção Básica com base em princípios opostos àqueles norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 15-16, destaques nossos).

No que tange à Política de Saúde Mental, observa-se um retrocesso às conquistas alcançadas pela Reforma Psiquiátrica no país, uma vez que Governo Temer, através da Portaria n. 3.588/2017 (BRASIL, 2017) empreendeu mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) “que apontam para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, por meio de ampliação de recursos para tais fins” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p.16). Assinalam os autores que essa proposta foi aprovada pela CIT em 21 de dezembro de 2017, sem que pesquisadores, representantes do controle social ou a sociedade fossem consultados sobre a temática.

Revelam-se, nesse sentido, como algumas das grandes mudanças provocadas pelo governo de Michel Temer e que tem se estendido e intensificado no atual governo brasileiro com a publicação da Nota

Técnica nº 11/2019 (CGMAD/DAPES/SAS/MS) orientam-se na contramão do que foi preconizado e construído ao longo dos anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

As alterações advindas dessa Nota Técnica (2019), demonstram o difícil retrocesso no caminho que o cuidado em Saúde Mental já vinha trilhando quando as Comunidades Terapêuticas foram inseridas na RAPS e passaram a receber financiamento federal. Nesse sentido, a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) configura-se como um dos pontos significativos da Nova Política Nacional de Saúde Mental, assim como “nas novas ações do Ministério da Saúde, as SRTs também passam a acolher pacientes com transtornos mentais em outras situações de vulnerabilidade, como por exemplo, aqueles que vivem nas ruas e também os que são egressos de unidades prisionais comuns” (NOTA TÉCNICA, 2019, p. 4).

É possível ainda destacar, dentre outras questões que desconstróem a Política de Saúde Mental, a indicação de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, dentro da Rede de Atenção Psicossocial, algo inclusive que goza de estímulo à expansão por parte do governo, e que incentiva o retorno à lógica manicomial; assim como, o financiamento pelo Ministério da Saúde para a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia. Conforme a Nota Técnica do Ministério da Saúde:

Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (NOTA TÉCNICA, 2019, p. 6).

ISSN: 2238-9091 (Online)

Nessa perspectiva, a análise aqui empreendida considerando o atual quadro conjuntural de avanço do conservadorismo, de redução de recursos para as políticas sociais públicas, bem como o conjunto das ações que desestabilizam os fundamentos do SUS, adotadas pelo atual governo, constituem na atualidade um dos grandes desafios para os que acreditam que saúde não é mercadoria e que a vida humana não tem preço.

Considerações finais

A Constituição Federal de 1988 é conhecida como Constituição Cidadã em função dos inúmeros direitos que assegura, dentre eles, o direito a saúde universal, a qual visa à promoção, a proteção e a recuperação da saúde, onde a garantia do direito à saúde representou um significativo avanço, respeitando o princípio da dignidade da pessoa humana e relacionando a saúde aos Determinantes e Condiçionantes Sociais em Saúde (DSS). É fundamental compreender que as transformações ocorridas na sociedade têm acarretado mudanças significativas no modo de vida das populações, principalmente daquelas que estão submetidas a situações de vulnerabilidades sociais.

Nas considerações finais retomamos a metáfora utilizada por Chesnais (2013) ao analisar os desafios para o enfrentamento da crise mundial de nosso tempo, afirma o autor que “no século XVI, os navegadores ingleses forjaram a bela expressão *‘uncharted waters’*: águas inexploradas, para as quais inexistia carta marítima”. Segundo o autor, vivemos hoje essa situação, pois não dispomos de conhecimento para enfrentar as complexidades presentes na atualidade. Assim sendo, cumpre destacar que no nosso horizonte está posto o desafio de defender a saúde como um direito fundamental e inalienável do cidadão e de buscar salvaguardar os direitos construídos historicamente, uma vez que os mesmos estão colocados em risco. Cumpre assinalar que em virtude de estarmos navegando em águas inexploradas, compete a cada um e a todos, o papel de construir coletivamente estratégias políticas, gestonárias e assistenciais capazes de construir condições objetivas para a defesa da vida.

O campo da saúde é um espaço social marcado por profundas complexidades, que “tem no horizonte o desafio de se constituir num espaço necessariamente de cuidado coletivo, sensível e resolutivo” (JOAZEIRO; ARAÚJO; ROSA, 2017, p. 70). Esse cenário se torna mais complexo em decorrência dos desafios advindos das transformações no mundo do trabalho, sejam oriundas das mudanças decorrentes do congelamento dos gastos públicos sob a égide do argumento da necessidade de reajustar as contas públicas, uma vez que no conjunto, esses fatores contribuem para o agravamento da questão social e do quadro sanitário num cenário de ampliação das desigualdades sociais.

Nesses termos, pensar o SUS enquanto política pública instituída com base nos marcos conceituais da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica implica na ousadia de fortalecer o caráter público do SUS, e para fazê-lo, pressupõe instituir um sólido projeto que supere o subfinanciamento estrutural que Mendes (2015) tem apontado, bem como que se invista na Educação Permanente dos profissionais que trabalham no interior das Redes de Atenção nas políticas adstritas à Seguridade Social, com vistas a assegurar a necessária capilarização de suas ações nos territórios onde vive a população usuária do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Nessa perspectiva, o fortalecimento da política de Saúde depende de vários fatores, “dentre eles da construção de uma cultura diferente daquela prevalente no mercado. Uma cultura que considere o desenvolvimento humano tão ou mais importante do que o crescimento econômico” (CAMPOS, 2018, p. 1709).

Urge criar um sólido movimento em defesa da vida e da cidadania que seja capaz de resistir às armadilhas da simplificação marcada pela visão de mundo subsumido à métrica e à lógica do capital. De forma que profissionais e gestores das diversas profissões da saúde, bem como a população usuária do SUS tenham a ousadia de defender a vida e de buscar o fortalecimento da cidadania e da democracia nesses tempos sombrios e no futuro a construir.

Referências

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARROCO, M. L. Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 106, p. 205-218, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issue-toc&pid=0101-662820110002&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 09 nov. 2018.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. B. *Política Social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Presidência da República. *Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília (DF), 2016. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Texto constitucional. 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas vide Emenda Constitucional nº 91, de 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 20 nov. 2018.

_____. *Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004*. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

_____. *Lei nº 8.080, 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. DOU da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20.9.1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 nov. 2018.

_____. *Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<http://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Ofício n° 60-GS/SAS*. Assunto: Proposta de Plano de Saúde Acessível. Brasília (DF), 18 jan. 2017. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

_____. *Decreto n° 26.042, 17 de dezembro de 1948*. Promulga os Atos firmados em Nova York, 22 de julho de 1946, Conferência Internacional de Saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-norma-pe.html>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. *Nota técnica n°11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS*. Brasília (DF), 4 de fev. 2019. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.

_____.; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr.2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19139/13218>>. Acesso em: 2 nov. 2018.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1707-1714, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601707&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 16 nov. 2018.

CECÍLIO, L. C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde In. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2009.

CFESS. *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

CHESNAIS, F. As raízes da crise econômica mundial. *O Olho da História*, Salvador (BA), n. 18, jul. de 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/HOME/Downloads/7556-26865-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.743-752, mai./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300010-&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2019.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *A contribuição dos ricos para a desigualdade de renda no Brasil*. Brasília: Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2411.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

JACCOUD, L. Proteção Social: debates e desafios. In: JACCOUD, L. *Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil*. Brasília: MDS/UNESCO, 2009. p. 57-86.

JOAZEIRO, E. M. G.; ARAÚJO, L. J. C.; ROSA, L. C. S. Formação e trabalho coletivo na saúde mental: intersetorialidade e sinergia. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília/DF, v. 11, n. 3, p. 69-84, 2017. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2482/1842>>. Acesso em: 6 nov. 2018.

MENDES, A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.24, supl.1, p.66-81, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000500066&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 15 fev. 2019.

_____.; CARNUT, Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.27, n.4, p.1105-1119, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n4/1984-0470-sausoc-27-04-1105.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2019

MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas (SP): Papel Social, 2014.

OMS/WHO. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Nova Iorque, 22 de Julho de 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde de Coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n.6, jun. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

PEREIRA, P. A. P. A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. *A intersetorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas (SP): Papel Social, 2014. p. 21-40.

PEREIRA, P. A. P. *Política Social: temas & questões*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ROSA, L. C. S.; JOAZEIRO, E.M.G. Rede de Atenção Psicossocial no Piauí: embalos em tempos incertos. In: PEREIRA, S. L. B.; ROSA, L. C. S.; SILVA, E. K. B.; MAIA, J. B. D. (Org.). *A Política de Saúde Mental no Piauí sob a égide da RAPS*. Teresina: EDUFPI, 2017.

SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/1700/1381>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SILVA, J. A. da. *Curso de direito constitucional positivo*. 30 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

YAZBEK, M. C. O desafio da defesa das Políticas Públicas para o Serviço Social. *Argumentum*, Vitória (ES), v. 8, n.1, p. 6-13, jan./abr. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/12139>>. Acesso em: 13 dez. 2018.

Notas

- 1 Esse artigo é produto financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), código de financiamento 001.
- 2 Graduada em Serviço Social. Mestranda vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, na Linha de Cultura, Identidade e Processos Sociais, da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Bolsista CAPES. Brasil. ORCID: 0000-0002-8277-4960. E-mail: laina5411@gmail.com.
- 3 Pós-doutorado em Serviço Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), doutora e mestre em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI), na Linha de Cultura, Identidade e Processos Sociais. Brasil. ORCID: 0000-0003-1998-4532. E-mail: emgoulart@uol.com.br.

- 4 Vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras), cf. BRASIL, 2004, p. 33.
- 5 Não se constitui objeto de análise desse artigo aprofundar a dimensão macro-estrutural, o neoliberalismo e a sua interação com o movimento de acumulação, suas contradições e as implicações nas políticas sociais. Para um aprofundamento sugere-se consultar Behring e Boschetti (2011) e Mendes (2015).
- 6 Para aprofundamento da temática sugerimos ao leitor consultar Fleury, 2009.
- 7 Extraída do preâmbulo em português. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>>.
- 8 Nas sociedades contemporâneas, a menção a esse tipo de política, associada aos conceitos de políticas públicas, necessidades sociais e direitos de cidadania tornou-se uma recorrente tendência intelectual e política (PEREIRA, 2011, p. 163).