

Direito à saúde: Os desafios postos a participação democrática no Hospital das clínicas de Pernambuco/UFPE.

Renata Pinheiro da Silva¹

Resumo:

O presente trabalho é o resultado da experiência vivenciada durante o período de estágio no Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC). Logo, o objetivo deste é colaborar no sentido de mostrar quais os desafios postos a participação democrática no HC, de maneira geral, os desafios postos à participação da sociedade civil nos espaços de controle social no âmbito da Política Nacional de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Transformações sociais. Gestão do SUS. Participação democrática.

Abstract:

This work is the result of the experience lived during the internship at the Hospital of Pernambuco (HC). Therefore, the aim of this is to work together to show what the challenges posed to democratic participation in HC, in general, the challenges posed to the participation of civil society in areas of social control in the context of the National Health System (SUS).

Introdução:

Inseridos num contexto de contrarreforma do Estado observamos a infiltração da lógica mercadológica no cerne das políticas sociais, que encontra na despolitização, fragmentação e desarticulação dos movimentos sociais e das lutas da classe trabalhadora, as bases para o fortalecimento dos projetos privatistas, cujo compromisso é antes com o mercado e o capital que com a garantia de direitos.

Na observância destas transformações em curso na sociedade brasileira, a partir das experiências de Estágio supervisionado pelo curso de Serviço Social no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) foi realizada uma pesquisa com os usuários da enfermaria pediátrica durante o ano de 2012 e início de 2013 para o plano de intervenção. Sua construção foi realizada levando-se em consideração o movimento atual da sociedade na qual verificamos o ataque do capital sobre a seguridade social em todos os âmbitos simbolizada pela privatização.

A realidade analisada no interior da instituição nos revela um cenário de negação de direitos, de contradição e de conflitos, fruto das investidas do projeto neoliberal que simboliza o processo de sucateamento que vem acometendo as políticas públicas, principalmente as de corte social e mais especificamente no âmbito da saúde desde os anos 90 até hoje.

Os resultados obtidos com a pesquisa apontaram para o que os estudiosos das políticas sociais já debatiam no interior das políticas de saúde: Que esta ainda se apresenta focalizada, setorializada, de difícil acesso e não resolutiva dos problemas de saúde da população e cada vez mais sucateada, com o agravante da não participação da sociedade civil nos espaços de controle social destas políticas.

Dessa forma, este artigo pretende contribuir no sentido de buscar respostas para algumas questões que surgiram durante o período de estágio no tocante a participação política dos usuários no processo de tomada de decisão e democratização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas (LOS) nº 8.080 e Lei 8.141 de 1990, as

1. Aluna do curso de serviço social da Universidade Federal de Pernambuco. Estudante da Graduação. Endereço para correspondência: Avenida Márcia de Windsor, nº 750 – Alberto Maia – Camaragibe – PE. CEP: 54777-100. E-mail: pinheiro.renata001@gmail.com.

quais apresentam como principais fundamentos a democratização do acesso; a melhoria da qualidade dos serviços; integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; universalização das ações; e a descentralização com controle social democrático. Assim como os novos desafios que vem sendo postos a sua implementação.

1. Participação democrática e controle social:

A participação democrática é uma conquista social consolidada a partir da constituição Federal de 1988 (CF/88). Pois, neste momento acontecia a transição democrática na qual a sociedade conquistava direitos sociais – adquiridos através das lutas da classe trabalhadora – passando a participar das decisões tomadas pelo Estado de interesse público através da incorporação de “instrumentos de democracia direta como plebiscito, referendo e projetos de iniciativa popular que foram instituídos como mecanismos de ampliação da participação popular nas decisões políticas.” (RAICHELLIS, 2006).

A partir desse contexto, o Estado instituiu um novo paradigma, a democracia participativa, através do processo eleitoral, evidenciados logo no primeiro artigo da Constituição: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Este princípio preconiza a democracia estando vinculada à participação e ao controle social. A partir desse argumento, faz-se necessária a compreensão do controle social através da relação entre Estado e sociedade civil. Segundo Correia (2006), com base na análise da relação Estado/sociedade civil em Gramsci:

Pode-se afirmar que o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais. Por isso é contraditório, pode ser de uma classe ou de outra, pois a sociedade civil, enquanto momento do Estado, é um espaço de luta de classes pela disputa de poder. É a partir desta concepção de Estado – com a função de manter o consenso além da sua função coercitiva – quando incorpora as demandas das classes subalternas, que se abre a possibilidade de o Estado ser controlado por essas classes, a depender da correlação de forças existentes entre os segmentos sociais organizados na sociedade civil. (GRAMSCI, 2000, apud. CORREIA, 2006: 116).

No cenário político recente, o controle social tem sido alvo das discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade como sinônimo de participação social nas políticas públicas e seu uso corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele. (CORREIA, 2006, grifo nosso).

Desse modo, o controle social, nas palavras de Raichelis (2000):

(...) implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados. (RAICHELIS, 2000: 81).

No entanto. A contemporaneidade apresenta alguns desafios para esta participação uma vez verificada a ausência cada vez maior da sociedade civil nos espaços de representação e participação do poder público como os conselhos de saúde. Alguns destes desafios foram identificados durante a convivência com usuários, acompanhantes e servidores da saúde no HC, os quais serão abordados a seguir.

2. Os desafios postos ao controle social no Hospital das Clínicas de Pernambuco:

Desde o início dos anos 90 a concepção de direito à saúde vem sofrendo alterações significativas,

principalmente no valor da universalidade dos direitos. Neste sentido, Nogueira (2003) afirma que:

Resgata-se a interdependência dos aspectos sociais e econômicos contidos nas diferentes visões teóricas sobre direitos sociais, articulando os dois paradigmas: o da cidadania plena, no qual o direito à saúde é um valor universal, e o da cidadania social restrita, no qual o direito à saúde é orientado pelo critério da eficiência econômica (NOGUEIRA, 2003: 1).

Não obstante, o direito ao acesso a saúde pública, de qualidade e com equidade tem deixado muito a desejar. Reflexo disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido cada vez mais solapado pelos interesses neoliberais no qual a estratégia adotada pelo grande capital é o esgotamento dos recursos, dos materiais e dos serviços necessários a implementação e efetivação da política de saúde.

Neste contexto, vivenciamos atualmente a descaracterização do SUS e a fragilização da política de saúde evidenciadas através da infiltração de modelos de privatização na gestão desta política das quais servem de exemplo as Organizações Sociais (O.S.); Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Todas, gerenciadas por instituições privadas que prestam serviços de interesse público. Segundo Nogueira (2005: 7) Trata-se de “arranjos entre o setor público e o setor privado que nem sempre são pautados em uma racionalidade ética inclusiva, onde a miserabilidade e as situações denominadas de vulnerabilidade social definem o objeto privilegiado das políticas sociais” (NOGUEIRA, 2005).

Estes arranjos seguem apoiando e dimensionando o aparato estatal enquanto que a saúde pública tem em sua constituição a fragmentação (SOARES, 2010). Surgem, portanto, novos arranjos entre sociedade civil e o Estado, entre o público e o privado. Explícitos por novos modelos de gerenciamento no qual o Estado transfere a outros “setores” da sociedade suas responsabilidades, estabelecendo a ideia de que o poder público sozinho não dá conta da questão social o que torna necessário o surgimento do tão referenciado “Terceiro setor”.

Diante do exposto, temos o reenquadramento da sociedade civil como parceira do poder público, perdendo esta seu papel político de controle social que, em outras palavras, significa a desresponsabilização do Estado sob as políticas sociais e consequente perda da compreensão do papel de cidadania.

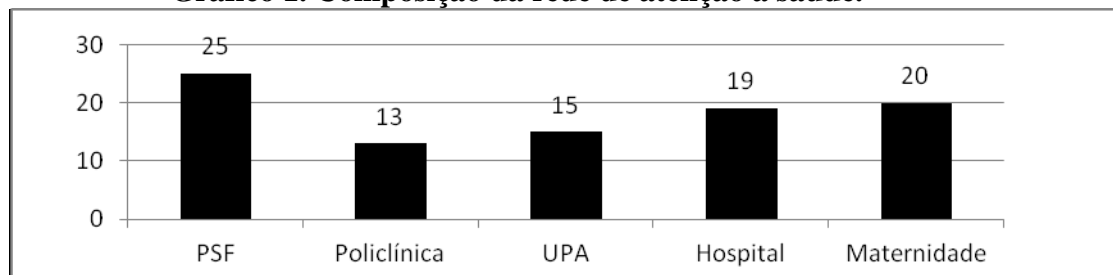
Notamos, portanto, que há uma contradição entre os princípios norteadores do SUS e a forma pela qual esta política está sendo efetivada. Fato que Bravo (2001) já apontava em seus estudos ao afirmar que “O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou”. (BRAVO, 2001: 20).

No interior desses novos modelos gerenciais situados no SUS, chama atenção a perda do elemento da Participação democrática, constitutivo da Política Nacional de Saúde almejada durante o movimento de reforma sanitária, e posteriormente consolidada no desenvolvimento das Leis Orgânicas e no SUS.

Neste sentido, cabe pensar quais desafios são postos a participação democrática na gestão e implementação das políticas de saúde e ainda os limites da rede de saúde encontrados pelos usuários, será que revela a “inadequação do SUS” ou reflete justamente a “quebra” dos seus princípios?

Destarte, foi realizada em novembro de 2012 no setor de enfermagem pediátrica do HC uma pesquisa com os usuários e acompanhantes que permitiu mensurar os limites da rede de atenção à saúde e os desafios à participação dos cidadãos nos espaços de controle social democrático como os conselhos gestores de saúde. Para esta pesquisa foram elaboradas 10 perguntas que foram respondidas por 27 acompanhantes, uma vez que representam seus filhos enquanto usuários do SUS. Para melhor compreensão dividimos esta pesquisa em três eixos:

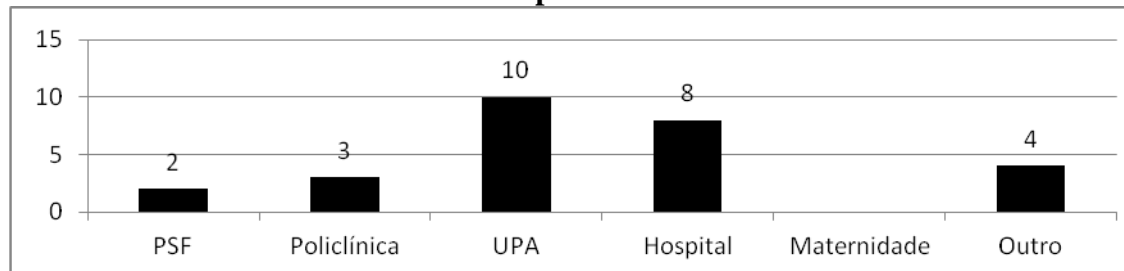
- 1- trata de como é composta a rede saúde e quais serviços de atenção à saúde os usuários tem acesso (perguntas de 1 a 4).

Gráfico 1. Composição da rede de atenção à saúde.

Fonte: Material elaborado para o Plano de Intervenção, componente curricular obrigatório do curso de serviço social da UFPE. SILVA, Renata Pinheiro. 2012.

Conforme o exposto no gráfico acima, os usuários afirmam ter uma rede de atenção à saúde bem montada, cuja maioria tem acesso ao Programa de Saúde da Família (PSF), e aos postos de saúde que promovem a atenção primária à saúde (prevenção), embora passível de críticas quanto à organização, funcionamento. Dos 27 entrevistados apenas 4 vieram da rede privada e os demais são usuários do SUS.

- 2- Questionamos os usuários sobre a qualidade do atendimento que lhes é prestado e como tem se dado o acolhimento realizado pelos profissionais da saúde na rede de saúde, os quais devem se pautar num acolhimento humanizado de acordo com os princípios descritos no SUS e na **Carta de Direitos do Usuário**² (questões de 5 a 9).

Gráfico 2. Fluxo de busca dos usuários por atendimento em caso de necessidade ou emergência.

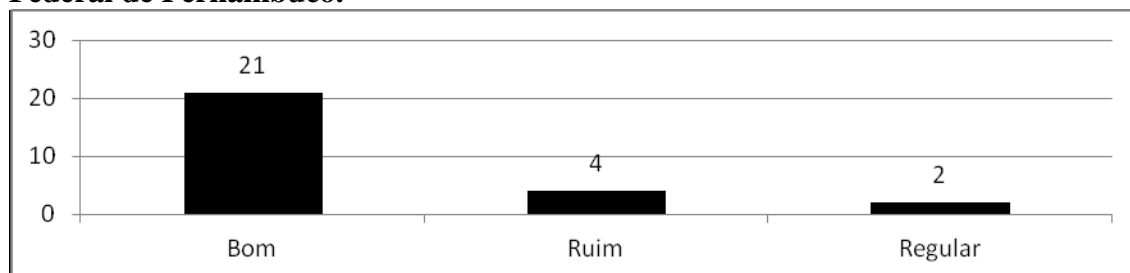
Fonte: Material elaborado para o Plano de Intervenção, componente curricular obrigatório do curso de serviço social da UFPE. SILVA, Renata Pinheiro. 2012.

Observamos que 10 dos entrevistados afirmam recorrer primeiro a UPA caso precisem de atendimento imediato, oito recorrem aos hospitais, três para as policlínicas e dois para os postos de saúde. Estes dados mostram que o Programa de Saúde da Família – PSF têm dado sinais de falhas na cobertura integral à saúde. Isto, observado o grande número de casos que chegam as emergências e hospitais de média e alta complexidade³ nos quais a superlotação é um fato cotidiano. A fragilidade da rede de atenção à saúde, também se expressa pela incoerência nos encaminhamentos dos usuários às redes de assistência e unidades de saúde especializadas. Incoerências que podem encontrar fundamentos tanto na falta de articulação das redes, quanto na falta de conhecimentos dos profissionais e usuários quanto a sua organização e funcionamento. Não obstante, vivenciamos a descontinuidade do acompanhamento/contra referência destes usuários e a ineficiência das respostas das redes na resolução de seus problemas e necessidades.

² Cartilha desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovada durante 198ª Reunião ordinária, Brasília/DF, 2009.

³ Conforme está previsto na lei 8.080/90 (SUS), Capítulo II, Artigo 7º, inciso IX, linha *b*).

Gráfico 3. Avaliação da qualidade do atendimento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.



Fonte: Material elaborado para o Plano de Intervenção, componente curricular obrigatório do curso de serviço social da UFPE. SILVA, Renata Pinheiro. 2012.

Ao serem questionados se foram bem acolhidos, a maioria dos usuários deu uma resposta positiva. Alguns reclamaram da demora no atendimento e da entrega dos exames. Mas, de maneira geral os usuários afirmam terem sido bem acolhidos. Porém a maior parte das reclamações se centra na dificuldade do acesso aos serviços de saúde e das longas filas de espera aos quais são submetidos. Além disso, quando se questionou, se, diante da necessidade de repetir os exames – devido à descontinuidade do acompanhamento – estes foram motivos relevantes para que tivessem seus problemas de saúde agravados, todos os entrevistados afirmaram que acreditavam que sim.

Na décima questão questionamos se os usuários participam ou já participaram de fóruns, assembleias ou de reuniões nos Conselhos Gestores de saúde do seu município.

Por fim, nenhum dos 27 entrevistados afirmou participar ou ter participado de nenhum desses espaços. Quando questionados especificamente sobre os conselhos gestores de saúde, afirmaram não saber do que se trata. Chama atenção à ausência da participação da sociedade civil nos espaços de participação democrática na conjuntura atual da política de saúde na qual sofremos com as mais recentes ameaças de privatização. Avaliamos que a falta de informação ganha relevância, uma vez que suscita a necessidade de esclarecimento em relação aos reais determinantes socioeconômicos e político-ideológicos, imbricados na política de saúde nos dias atuais.

3. Direito a informação nas políticas públicas

O acesso às informações sobre as políticas públicas, quando dada de forma adequada, viabiliza o acesso dos usuários dos serviços públicos e ainda os mantém participes dos processos políticos que permeiam as políticas sociais obtendo-se capacidade argumentativa e clareza nos espaços de negociação. Desta forma a sociedade sente-se capacitada a se inserir nos espaços políticos e reivindicar direitos perante os serviços prestados pelo Estado para atender as demandas da sociedade no âmbito da saúde, educação, lazer, entre outros. Desta forma, “possibilita a intervenção da sociedade civil na gestão pública, orientando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade, banindo práticas fisiológicas e clientelistas” (CORREIA, 2000). E só pode ser efetivada quando há uma relação direta com elementos de comunicação para informação de toda a sociedade.

Existe uma ampla gama de mecanismos participativos, desde as eleições regulares, como o acesso a participação e apreciação de projetos de políticas, ou programas de desenvolvimento. Porém segundo Mendel, “a participação efetiva, em todos esses níveis, depende de maneira razoavelmente óbvia, do acesso às informações, inclusive informações mantidas por órgãos públicos” (MENDEL, 2009, p.4). A democracia consagrada pela Constituição Federal brasileira (CF/88) está vinculada à capacidade dos indivíduos de participarem efetivamente do processo de tomada de decisões e estar cientes dos serviços prestados pelo Estado que atendem as demandas da sociedade, porém não existe democracia plena se a informação está concentrada nas mãos de poucos. Constitui direito de todo indivíduo acessar informações públicas, ou seja, informações que estão no poder do Estado, as quais

são de interesses de toda população. Embora a CF/88 proteja a liberdade de informação, o exercício deste direito no país é dificultado pela ausência de uma lei que regulamente obrigações, procedimentos e prazos para a divulgação de informações pelas instituições públicas.

As múltiplas relações sociais que caracterizam a vida em uma sociedade democrática são marcadas pela necessidade do indivíduo fazer escolhas e ter acesso aos bens e serviço que são oferecidos pelo poder público, porém este acesso será alcançado pelo indivíduo se os mesmo obtiver informações, para assim poder optar por caminhos, alternativas e possibilidades disponíveis, pois uma sociedade bem informada se beneficia nas escolhas de suas decisões, tem clareza dos seus direitos e assim ferramentas para lutarem pelos mesmos, além de não servirem de instrumentos de alienação política.

O debate sobre o controle social das políticas públicas e o acesso à informação é uma agenda que está sendo colocada à sociedade brasileira de forma cada vez mais urgente, pois esses dois fatores são meios de inserção social, para o combate de práticas neoliberais que cada vez mais suprime os direitos sociais, desresponsabilizando o poder estatal e privatizando os serviços públicos.

Conclusão

Percebemos que as conquistas no âmbito da cidadania foram durante todo tempo um processo permeado por contradições, avanços e retrocessos no sentido da garantia e efetivação desses direitos.

Se por um lado sofremos perdas sociais sob o advento das investidas neoliberais de regulação econômica e estatal sobre o sistema de seguridade social. Por outro, não podemos negar a importância de alguns avanços constitucionais como o desenvolvimento da Lei Orgânica da Saúde – LOS, lei nº 8.080/90 que institui o Sistema Único de Saúde – SUS, respeitando os princípios de universalidade; equidade; descentralização; hierarquização e regionalização; e participação da comunidade. Ideais inspirados na Reforma Sanitária brasileira num movimento de luta pelo direito democrático a saúde para todos os cidadãos. A partir disto, a formulação das políticas públicas da saúde passa a contar com a participação dos sujeitos envolvidos tanto na oferta quanto na busca destes serviços, sendo necessária a formulação de espaços de participação e representação no alcance do fortalecimento da democracia em todos os níveis no âmbito da saúde.

Neste sentido, a participação da sociedade nos espaços públicos de tomada de decisão e controle social, constitui uma forma imprescindível de assegurarmos direitos sociais e de cidadania.

O/A Assistente Social como um profissional inserido em um projeto crítico interventivo, e, com uma direção social estratégica deve sempre buscar se inserir nos espaços de discussão e defesa do SUS, indo além da facticidade, do reconhecimento do empírico e buscar a compreensão da totalidade dos empreendimentos da população usuária.

Referências:

ALENCAR, Mônica. **O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas.** Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. – Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta de Direitos dos Usuários da Saúde,** Brasília – DF, 2007.

BRASIL, **Constituição Federal,** Brasília, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política de Saúde no Brasil.** Revista ampliada de textos CFESS/CEAD, Rio de Janeiro, 2001.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde:**

formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. v. 1, p. 111-138

MENDEL, Toby. **Liberdade de informação:** um estudo de direito comparado. 2. ed. Brasília: Unesco, 2009.

NOGUEIRA Vera Maria Ribeiro e MIOTO Regina. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.** [Mimeo]. 2006.

_____. **A concepção de direito à saúde na sociedade contemporânea: Articulando o político e o social.** Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, dez. 2003.

_____. **Direito à saúde: Um convite à reflexão.** Disponível : <
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000300012&lang=pt >
Acesso em: 11/10/2012.

RAICHELIS, Raquel. **Democratizar a Gestão das Políticas Social – Um Desafio a ser Enfrentado pela Sociedade Civil.** Serviço Social e saúde / Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs). – 3. Ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2000.

Revistas Eletrônicas: **Acesso a informação e controle social das políticas públicas.** Disponível em: <https://www.acessoainformacao.gov.br/acessoainformacaogov/publicacoes/Acesso-a-informacao-e-controle-social-das-politicas-publicas.pdf>>, Acesso em: 02/03/2013.