

CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

O papel social da assistência à saúde e pontuações históricas para o debate

1. Na formação social capitalista, a organização da assistência à saúde cumpre papel importante na reprodução do sistema capitalista, assumindo demandas infra-estruturais e supra-estruturais. Dentre as demandas infra-estruturais, podemos caracterizar a reprodução da força de trabalho coletiva, ao restaurar a aptidão dos trabalhadores ao processo produtivo. Neste sentido, a assistência à saúde contribui para o aumento da mais-valia relativa, ao proporcionar que melhores condições de saúde possibilitem melhor produtividade. Ademais, a assistência à saúde realiza a mais-valia de outros segmentos da economia, como as indústrias farmacêuticas e as indústrias do complexo médico-hospitalar, abre possibilidades de extração de mais-valia junto aos trabalhadores em saúde, expresso na proletarização destes com a oligopolização da economia, além de criar o espaço de mercado para os seguros e planos de saúde.
2. Dentre as demandas supra-estruturais da assistência à saúde, podemos caracterizar a reprodução das relações de produção, ao transmitir uma série de valores que mascaram as relações de exploração de uma sociedade de classes, além de mascarar os impactos desta organização do trabalho sobre a saúde e doença dos trabalhadores, ao individualizar a responsabilidade sobre o processo saúde-doença. Outro aspecto importante desta demanda supra-estrutural seria a suavização do dilaceramento do modo de produção capitalista através da manutenção e ampliação das estruturas de consumo, em que a assistência à saúde se enquadra. Tal manipulação do consumo está conforme o inculcamento do conjunto da ideologia jurídico-política, já que os assalariados se concebem e atuam enquanto indivíduos participantes, não de classes, mas de estratos sociais segundo o montante de seus rendimentos, vivendo uma desigualdade entre iguais.
3. Um novo patamar de acumulação do capital se instala após a crise de 1929, e se consolida no pós-guerra, caracterizado pela ampliação dos mercados consumidores, tanto no interior dos países capitalistas centrais, através das políticas universalizantes do Estado de Bem-Estar Social, quanto através da atuação imperialista nas economias periféricas. Neste sentido, as políticas de saúde de caráter universalizantes, numa formação social capitalista, cumpriram historicamente demandas infra e supra-estruturais que contribuíram para a reprodução das relações de exploração capitalistas, com papel central do Estado no financiamento e desenvolvimento do complexo médico-industrial.
4. Com a crise da década de 1970, as novas demandas econômicas se refletem na reestruturação da supra-estrutura, com a emergência das políticas neoliberais, que atuaram de maneira a desconstruir as políticas de caráter universal, através dos cortes nos gastos sociais e das privatizações. Neste novo patamar de acumulação do capital, marcado pelo intenso desenvolvimento das forças produtivas, diante do

qual, mantendo-se as relações de exploração, grande parte dos trabalhadores torna-se dispensável, constituindo-se, assim, uma grande massa de sobrantes, incapazes de serem absorvidos pela produção material. Na organização da Assistência à saúde, para esta porção dos trabalhadores que não tem qualquer possibilidade de consumir livremente os serviços de saúde (acesso no mercado), passa-se a preconizar, com embasamento em relatórios do Banco Mundial, uma “cesta básica” para a saúde, com financiamento estatal, cumprindo um papel funcionalista numa sociedade de classes. O acesso aos serviços de saúde com maior densidade tecnológica fica restrito para a parcela da população capaz de acessá-los junto ao mercado.

5. No campo da saúde, portanto, se quer implementar, a partir dos pressupostos elucidados acima, para uma parcela dos trabalhadores incapazes de acessar no mercado os serviços de saúde, um modelo de atenção à saúde com centralidade exclusiva na atenção primária, com importantes restrições no acesso aos procedimentos mais complexos sempre que necessários. Uma opção política que afirma que para alguns é suficiente o mínimo, o menos sofisticado, o elementar, o primário, o comum, o geral ou o arcaico e para os outros, os mais privilegiados, os que têm acesso à riqueza material e podem pagar pelos serviços de saúde, estes poderão usufruir do avanço científico e tecnológico, da sofisticação, da qualificação, da especialização e do moderno. Uma opção que auxilia na fragmentação da luta dos trabalhadores na busca do acesso universal à riqueza material produzida historicamente, já que uma parcela acessa estes serviços no mercado através dos planos de saúde, fortalecendo laços corporativos e enfraquecendo os laços e a consciência de classe para si.
6. Devemos entender a saúde como a condição que permita a realização do humano, ou o desenvolvimento máximo de seu potencial, de acordo com as possibilidades sociais dadas pelo desenvolvimento dos meios de produção. Portanto, numa sociedade marcada pelas relações de exploração, que não permite o acesso igualitário aos produtos da civilização, como conhecimento, novas tecnologias, educação, assistência à saúde, moradia, alimentação etc., necessidade de saúde pode ser entendida apenas como atenção restrita a determinadas situações que impeçam a livre exploração de alguns, ou à mera satisfação da sensação de abandono, falta de “carinho”. O fato é que nos dias de hoje existem condições objetivas, dadas pelo desenvolvimento dos meios de produção, para o desenvolvimento máximo do potencial de cada um, mas esta possibilidade é limitada pelas necessidades das classes dominantes.
7. Entende-se que o processo saúde-doença é determinado, em primeira instância, pelo modo como a sociedade se organiza, sendo esse fator crucial sobre as condições de saúde e a disposição à doença. Tal entendimento encontra-se descrito também no Relatório Final da Oitava Conferência Nacional de Saúde, que delineou o Sistema Único de Saúde. Notam-se, no entanto, diversas perdas entre o produto da Conferência, que já é bastante limitado em vários aspectos, e o texto constitucional, da Frente Constitucional da Saúde, em que a correlação de forças

mostrou-se menos favorável para os setores da esquerda do que em 1986. O trecho citado é o seguinte:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Análise da construção histórica do SUS e do panorama atual

8. No Brasil, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), não fugiu da determinação histórica do período em que foi implementada, marcada por uma correlação de forças desfavorável para a classe trabalhadora. As forças de esquerda, que se polarizavam em torno dos projetos democrático-nacional e democrático-popular, centralizaram suas ações na disputa institucional durante o período de redemocratização do país, garantindo avanços constitucionais na saúde, como a universalidade na assistência, não consolidada na realidade do trabalhador, exposto a um sistema de saúde que segue à risca os pressupostos preconizados pelo Banco Mundial.

A mercantilização da saúde: os hospitais

9. Os governos neoliberais procuram desempenhar seu papel “mínimo” e ideológico, em particular na área da saúde que é o setor que nos interessa, fazendo “desmanchar-se” a estrutura hospitalar construída ao longo do século XX, dividindo-a e/ou entregando-a à iniciativa privada, seguindo o modelo preconizado, defendido e implantado desde a década de 80. A rede hospitalar privada no Brasil, desde 1945, sempre foi superior à rede estatal; naquele ano, a porcentagem de leitos privados representava 55% dos leitos totais, enquanto em 1975, os leitos privados passam a representar quase 68% do total. Atualmente, o setor privado ocupa quase 71% dos leitos totais. Sendo importante ressaltar que apesar de possuir apenas 29% dos leitos hospitalares, o SUS financiou em 2007 mais de 73% das internações no país.
10. Convém ressaltar que a expansão da rede hospitalar privada, principalmente durante os governos militares, ocorreu financiada com recursos públicos, através da criação dos denominados Plano de Pronta Ação (PPA) e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Como primeira constatação, podemos sistematizar da seguinte maneira: a rede hospitalar no país é predominantemente privada, fruto de um processo histórico de privatização, e foi estruturada hegemonicamente com financiamento público, pago pelos trabalhadores.
11. A reforma do sistema hospitalar e a estruturação de um Sistema focalizado têm seu ápice nas mudanças propostas pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE - 1995), seguindo as cartilhas impostas pelos organismos

multilaterais como o FMI e o BM. Desde então, para resolver o problema da procura por serviços hospitalares, o Ministério da saúde recomendava a prática de consórcios intermunicipais e interestaduais e a transformação de hospitais estatais em organizações sociais, isto é, entidades públicas não estatais de direito privado, com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento.

12. Algumas conseqüências deste instrumento refere-se à precarização e flexibilização das relações de trabalho, abrindo novos campos para extração de mais-valia. Objetivamente, os dados da realidade nos mostram que serviços de saúde geridos pelas OS, via contrato de metas com o governo a que estão relacionadas, aumentam sua produtividade em serviços prestados. Todavia, uma maior produtividade pode se expressar, por exemplo, numa maior rotatividade nos leitos de internação hospitalares (altas hospitalares mais rápidas). Portanto, esta maior produtividade não expressa maior qualidade dos serviços prestados, podendo resultar em assistência precária.
13. Uma tendência atual para os hospitais públicos é a flexibilização da gestão, através de sua transformação em fundações estatais de direito privado. Uma privatização fruto das necessidades de abrir novos espaços para atuação do capital, diante da crise do sistema capitalista.
14. O projeto das FEDP avança na precarização das relações de trabalho, já que o vínculo da CLT dá margem para a inserção da lógica privada no serviço público, que deixa de ser estatal: precarizam-se as condições de contratação, demissão, e aposentadoria e assume a lógica produtivista no serviço. 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”. 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 mercadorias para a produção de mercadorias.
15. A FEDP é a personificação do patrimônio público segundo as regras do direito privado para prestar serviço de interesse social. Há, portanto, transferência de capital público para pessoa jurídica de direito privado. Ocorre ainda, transferência de recursos públicos por meio de Contrato de Gestão, sendo que a fundação poderá obter recursos a partir da prestação de serviços remunerados em sua área de atuação.
16. Como a FEDP não compõem o Orçamento Geral da União, não obedece à Lei de Execução Orçamentária. Ou seja, a receita pública que recebe pode ser utilizada da maneira que bem entender sua administração, não havendo destinação definida. Além disso, as Fundações Estatais não obedecem à Lei de Licitações, havendo regimento próprio para a o processo de compra dentro de cada entidade.
17. Esse processo franco de privatização foi responsável pela redução do número de leitos hospitalares em 27% nos últimos 15 anos, acumulando um déficit de mais de 100.000 leitos hospitalares segundo critérios da OMS.

18. A realidade dos Hospitais Universitários não difere da realidade dos outros serviços. O resultado deste processo culmina naquilo que conhecemos como “crise dos hospitais universitários”, os quais cumprem papel essencial na produção de conhecimento, na organização da assistência à saúde de alta complexidade (como transplantes, oncologia, tratamento para Aids, internações prolongadas etc.), além de se constituírem em espaços para a educação em saúde.
19. A privatização deste setor se deu através da terceirização da gestão, com as Fundações Privadas de Direito Privado, ditas “Fundações de Apoio”. Estas empresas permitem, por meio da gestão de recursos públicos, a criação de novos espaços para se valorizar o capital. Desta forma, precarizam-se as relações de trabalho e se criam condições para a apropriação privada dos conhecimentos produzidos no interior da Universidade Pública. Um vasto campo para as corporações ligadas à produção de medicamentos, alimentos, vacinas e etc. As fundações cobram, ainda, uma taxa para administrar os recursos públicos, que corresponde a aproximadamente 9% do total que administra.
20. Neste modelo de gestão, existe a separação explícita entre os pacientes que são atendidos pelo SUS e aqueles que dispõem de atendimento privado, sendo que estes terão prioridade, bem como melhores condições no cuidado.
21. Uma das afirmações contraditórias refere-se à privatização como instrumento para aumentar a receita. Mas uma análise minuciosa mostra claramente quanto são pequenos os recursos provenientes dos convênios de planos de saúde ou de outras empresas privadas: em 1995 o Hospital das Clínicas (H. C. USP) recebeu 238 milhões de reais, enquanto os convênios ou outras empresas “pagaram” pelos serviços prestados, 1,17 milhão de reais, o que corresponde a 2% de verbas públicas no HC-USP. Dados de 2007 do HCRP-USP mostram tendência semelhante, sendo que 97,5% das receitas provem das verbas públicas, entretanto, o privilégio no atendimento é do paciente particular ou conveniado.
22. As Fundações possuem outros papéis nos Hospitais Universitários, como no que diz respeito à quebra do regime de dedicação integral à docência e à pesquisa (RDIDP) nas Universidades Públicas, já que permitem que os docentes deixem de se dedicar à carreira acadêmica exclusivamente para se dedicar aos atendimentos particulares e aos convênios. Podemos pontuar, também, a possibilidade de organização de “cursos pagos” por parte destas Fundações, que utilizam o prestígio destas instituições públicas junto à sociedade, o corpo docente das mesmas, o espaço público e o conhecimento produzido coletivamente com financiamento público para promover cursos pagos de “aprimoramento profissional”, “especializações” nas diversas áreas da saúde etc.

A mercantilização da saúde: os planos de saúde

23. Os planos de saúde consolidam um Sistema de saúde desigual para os diferentes segmentos da sociedade, juntamente com a precarização dos serviços públicos, as terceirizações e a privatização dos direitos sociais. Ou seja, aqueles que podem consumir estes serviços, que hoje representa 20% da população, pagam; aqueles

que não podem consumir, não têm acesso. Além disso, os planos de saúde representam um importante segmento capaz de extrair mais-valia e gerar lucro, que é sua prioridade para sobreviver na concorrência entre as grandes empresas de saúde.

24. Nos anos de 2002 e 2003, os gastos que as famílias brasileiras tiveram com saúde, incluindo o pagamento de planos e a contribuição para os seguros de saúde, atingiram 56,16% de tudo que se gastou com saúde no país. Os gastos públicos, que incluem todo atendimento realizado pelo SUS, que deveria ser universal, não ultrapassam os gastos como setor privado, representando apenas 43,85% dos gastos totais com a saúde.
25. Uma análise mais minuciosa nos mostra que todos pagam para que alguns possam consumir. Segundo dados do Ministério do Planejamento (2006), no ano de 2005, o Estado deixou de arrecadar através de deduções e renúncia fiscal o equivalente a quase 3 bilhões de reais, o que representa quase 7% do montante movimentado pelos planos de saúde. Além disso, o Estado deixou de arrecadar dos, eufemisticamente chamados, hospitais filantrópicos (como as Santas Casas de Misericórdia) mais 1 bilhão de reais em 2005.
26. Os contratos com os planos de saúde excluem uma gama de procedimentos ambulatoriais e médico-hospitalares, ficando apenas com a parcela da assistência mais lucrativa. Os procedimentos mais caros, como é o caso dos transplantes de órgãos, são realizados quase em sua totalidade pelo sistema público, sem nenhum ônus para as empresas que arrecadam abundantemente por anos de contribuição. Neste processo, aqueles que acessam os serviços de saúde junto ao mercado também têm sua assistência à saúde prejudicada pelas necessidades de ampliação e reprodução do capital.
27. Os processos históricos e a realidade do dia-a-dia nos mostram a impossibilidade de regular, de limitar, os processos de acumulação de capital, citando neste caso a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nesse processo, o Estado se mostra incapaz de regular a atuação do capital privado na prestação de serviços de saúde e a ANS torna-se uma marionete nas mãos da burguesia as grandes empresas de saúde no país.

A mercantilização da saúde: a atenção primária em saúde

28. Os sucessivos governos têm se esforçado em legitimar as considerações sobre Atenção Primária dos organismos multilaterais, constituindo-se claramente como uma política de Estado, com evidente dicotomia entre o discurso (capaz de confundir os trabalhadores) e a realidade desigual. No plano discursivo temos a centralidade da Atenção Primária, como uma política resolutiva (resolveria 80% dos problemas mais comuns da população com pouca densidade tecnológica) e porta de entrada dos serviços de saúde de mais alta complexidade como os Hospitais, através da regulação do acesso. Seria capaz, ainda, de racionalizar os gastos, possibilitando melhor aproveitamento dos recursos e melhor atendimento. No plano

do discurso, ainda, a estratégia para implementar esta Atenção Primária seria por meio do Programa de Saúde da Família (PSF).

29. Todavia, a realidade nos mostra um panorama diferente, já que as unidades básicas são insuficientes perto do crescimento urbanopopulacional, com o qual crescem rápida e assustadoramente as más condições de vida. Onde poderia haver um trabalho integrado dos profissionais da saúde com a comunidade, através de visitas domiciliares, controles de epidemias, acompanhamento efetivo de pacientes com doenças crônicas, prevenção de doenças da infância, incentivo ao aleitamento materno etc., hoje encontra-se um serviço ruim ou a ausência dele: foram fechados, ou tornaram-se pronto-atendimento (como as UPAs - Unidade de Pronto Atendimento – em alguns Estados e as AMAs – Assistência Médica Ambulatorial – em São Paulo), ou faltam profissionais; o PSF não teve condições objetivas de ser implementado.
30. Assim, grande parte dos trabalhadores terá acesso a uma assistência à saúde gratuita restrita ao cuidado básico (primário), ficando sujeita a filas cada vez maiores pela falta de vagas para consultas ambulatoriais e/ou internações. Por sua vez, os diagnósticos estarão mais atrasados que o habitual, interferindo no tratamento e prognóstico das doenças. Tudo isto acontecendo em escalas cada vez maiores enquanto, por lei (1988), todos os indivíduos têm igual direito à saúde, garantido pelo Estado.
31. Não pretendemos com isso fazer apologia à assistência terciária, porém os comunistas devem defender uma assistência à saúde integral e universal, que deve se expressar como acesso pleno aos diferentes níveis de assistência à saúde, sempre que necessários. Para nós comunistas, a defesa de um Sistema Público, Integral, Universal e Gratuito de saúde deve superar a defesa do SUS, característico dos projetos reformistas e pequeno-burgueses. O SUS reflete a realidade desigual e funcionalista da atenção à saúde em nossa sociedade, contribuindo de maneira expressiva para a reprodução e acumulação do capital, ao abrir novos espaços para extração de mais-valia, tendo o Estado como franco financiador das indústrias farmacêuticas e médico-hospitalares. A superação deste impasse na organização da assistência à saúde universal passa necessariamente pela superação de uma sociedade caracterizada pela produção coletiva e a apropriação privada dos produtos do trabalho. Na pauta do dia encontra-se a necessidade da revolução.

A mercantilização da saúde: o controle social

32. Outra característica do SUS refere-se aos espaços de controle social - reivindicação das forças de esquerda que contribuíram na formulação do SUS - que tem cumprido um papel destacado na cooptação e na dependência política das diversas organizações dos trabalhadores frente ao capital, num período de descenso das lutas sociais, institucionalizando-as frente ao Estado de Direito Burguês. Não se deve confundir os espaços de controle social com o poder do proletariado, já que este depende fundamentalmente da conscientização e organização da classe trabalhadora, além da correlação de forças entre a burguesia e o proletariado.

33. Vemos através do processo histórico como é danoso existir estes espaços institucionais sem uma pujança equivalente do movimento de massas, e que este só vem acompanhado de igual força da classe trabalhadora; vemos como um aparelho deste tamanho suga os militantes e debilita o trabalho de base.
34. Num período histórico de descenso das lutas sociais, é papel dos comunistas, entre outros, atuarem na organização das massas e na formação dos quadros militantes. A pauta da saúde é um assunto que atrai os trabalhadores, pelo impacto direto que essas políticas têm em seu dia-a-dia, facilitando o desenvolvimento destas pautas junto às organizações da comunidade. A atuação junto aos espaços de controle social deve ser um meio e não um fim em si mesmo, fazendo parte de uma tática clara que beneficie a organização das massas. Deve ser, portanto, não uma premissa, mas uma atuação a posteriori, que dependerá da conjuntura e objetivos.

PROPOSTAS COMUNISTAS PARA A SAÚDE

Hoje

35. Diante de todo o exposto sobre a conjuntura política a que está submetida o SUS hoje, é função dos comunistas, por seu papel histórico na construção do mesmo, defender, além da garantia da universalidade do sistema, a assistência integral e de qualidade a toda a população, contrapondo-nos à “cesta básica” da saúde.
36. Isso passa por defender a administração direta da saúde e lutar contra os modelos privatizantes de gestão, a saber: as organizações sociais (OSS), as organizações civis de interesse público (OSCIP) e as fundações estatais de direito privado (FEDP – PLP 92/07).
37. O foco central nessa discussão deve ser dado à ampliação do financiamento público da saúde, com a regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC 29) e o fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU).
38. Nossa atuação deve ser pela ampliação da assistência farmacêutica, com quebra das patentes e a produção estatal dos medicamentos e sua distribuição gratuita no SUS; devemos ser contra ao modelo de farmácia popular, em que o Estado subsidia os medicamentos e repassa para o capital privado.
39. Devemos ter clareza, todavia, que estas propostas de resistência encontram dificuldades de serem levadas a cabo no atual período histórico de descenso do movimento de massas. Somado ao processo de proletarianização dos trabalhadores em saúde, deve ser papel central dos comunistas atuar na organização e formação destes trabalhadores, para que superem o estado de classe em si adquiram a consciência de classe para si.

PROPOSTA COMUNISTAS PARA A SAÚDE

Programa de Transição

40. Para o programa de transição, após a tomada do poder, além da estatização do sistema privado de saúde, com o fim das terceirizações e a ampliação dos postos de saúde, deve-se preconizar a reestruturação de um Sistema Nacional de Saúde

que vise garantir o acesso de toda a população aos diferentes níveis de atenção. Isso significa que além de ampliar a oferta do médico de família, será necessária a ampliação dos serviços de média e alta complexidade, ou seja, a rede ambulatorial especializada e a rede hospital de alta densidade tecnológica, de modo a garantir que todos possam ter acesso ao produto histórico do desenvolvimento da humanidade.

41. A atenção básica deve ser organizada com unidades básicas de saúde em todos os bairros, onde médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicológicos, terapeutas ocupacionais e etc.) trabalhem para garantir a assistência à saúde, a prevenção das doenças, a cura, a reabilitação e a vigilância epidemiológica.
42. A rede secundária deve ser construída em torno dos centros de especialidade, nos quais o cuidado ambulatorial especializado será realizado para toda a população que vier encaminhada das unidades básicas. A assistência hospitalar fica estruturada em “hospitais de bairro” e “hospitais de referência”. Os “hospitais de bairro” são serviços de pequeno a médio porte, com capacidade tecnológica de realizar os procedimentos menos complexos e mais comuns. Os “hospitais de referência” são hospitais especializados em determinadas áreas da medicina, capazes de dar todo o suporte à saúde daquele que necessitar do serviço.
43. As patentes da indústria farmacêutica deverão ser quebradas e o Estado será o responsável pela produção dos medicamentos e vacinas, e fará a distribuição gratuita à população.
44. Devemos garantir e não medir esforços para que os trabalhadores tenham suas organizações presentes na estruturação, organização e funcionamento dos serviços de saúde, de modo a fortalecer a poder proletário.

Base UNIFESP: Bruno Funchal, Klaus
Base UNICAMP: Marcelo Lopes e Victor

Base USP-RP: Emerson Lopes
Base MARÍLIA: Tiago Cherbo