

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

SESAB-BA

Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - Serviço Social

DZ036-N9

Todos os direitos autorais desta obra são protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/12/1998.
Proibida a reprodução, total ou parcialmente, sem autorização prévia expressa por escrito da editora e do autor. Se você conhece algum caso de "pirataria" de nossos materiais, denuncie pelo sac@novaconcursos.com.br.

OBRA

SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - Serviço Social

EDITAL Nº 001/2019

AUTORES

Conhecimentos Gerais Em Saúde - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida

Conhecimentos Básicos - Profª Ana Luisa M. Da Costa Lacida

Conhecimento Específicos - Profª Ana Luisa M. Da Costa Lacida

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Elaine Cristina

Robson Silva

Leandro Filho

DIAGRAMAÇÃO

Renato Vilela

Victor Andrade

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



www.novaconcursos.com.br

sac@novaconcursos.com.br

APRESENTAÇÃO

PARABÉNS! ESTE É O PASSAPORTE PARA SUA APROVAÇÃO.

A Nova Concursos tem um único propósito: mudar a vida das pessoas.

Vamos ajudar você a alcançar o tão desejado cargo público.

Nossos livros são elaborados por professores que atuam na área de Concursos Públicos. Assim a matéria é organizada de forma que otimize o tempo do candidato. Afinal corremos contra o tempo, por isso a preparação é muito importante.

Aproveitando, convidamos você para conhecer nossa linha de produtos "Cursos online", conteúdos preparatórios e por edital, ministrados pelos melhores professores do mercado.

Estar à frente é nosso objetivo, sempre.

Contamos com índice de aprovação de 87%*.

O que nos motiva é a busca da excelência. Aumentar este índice é nossa meta.

Acesse **www.novaconcursos.com.br** e conheça todos os nossos produtos.

Oferecemos uma solução completa com foco na sua aprovação, como: apostilas, livros, cursos online, questões comentadas e treinamentos com simulados online.

Desejamos-lhe muito sucesso nesta nova etapa da sua vida!

Obrigado e bons estudos!

*Índice de aprovação baseado em ferramentas internas de medição.

CURSO ONLINE



PASSO 1

Acesse:

www.novaconcursos.com.br/passaporte



PASSO 2

Digite o código do produto no campo indicado no site.

O código encontra-se no verso da capa da apostila.

*Utilize sempre os 8 primeiros dígitos.

Ex: JN001-19



PASSO 3

Pronto!

Você já pode acessar os conteúdos online.



SUMÁRIO

CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE

Bioética.....	01
Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade.....	06
Constituição Federal de 1988, Seção II – Da Saúde.....	10
Controle Social.....	12
Economia da Saúde.....	12
Educação em Saúde.....	17
Epidemiologia.....	40
Financiamento da Saúde.....	12
Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde.....	49
Legislação SUS: Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/1990, Lei Federal nº. 8.142, de 28/12/1990 e Decreto Federal nº. 7.508, de 23/06/2011.....	55
Liderança no Trabalho.....	70
Modelos Assistenciais em Saúde: organização da assistência à saúde.....	72
Monitoramento de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultados.....	78
Pacto pela Saúde; Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços e Programas de Saúde.....	82
Política Nacional da Atenção Básica.....	104
Política Nacional de Promoção da Saúde.....	106
Políticas Públicas em Saúde e sua Evolução Histórica.....	112
Processo de Trabalho em Saúde.....	114
Programas de Saúde.....	116
Qualidade em Serviços de Saúde: conceitos e aspectos gerais.....	117
Segurança do Trabalho em Saúde.....	119
Norma Regulamentadora 32 (NR 32).....	122
Trabalho em equipe multidisciplinar.....	122
Vigilância à Saúde: Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Sanitária e Ambiental.....	122

CONHECIMENTOS BÁSICOS

Estado, questão social, política social e Serviço Social.....	01
A contrarreforma do Estado e a seguridade social.....	11
Ofensiva neoliberal: reformas universitárias e os hospitais universitários.....	20
O debate contemporâneo sobre o Serviço Social.....	21
Ética e Legislação Profissional. Projeto Ético-Político hegemônico.....	36
Serviço Social e Instrumentalidade: relação teoria e prática.....	49
Competências profissionais: dimensões teórico-metodológico, ético-política e técnico-política.....	64
Serviço Social, política de saúde e o controle social.....	90
Políticas e programas do SUS.....	95
Trabalho em equipe e interdisciplinaridade.....	97

SUMÁRIO

Serviço Social e análise institucional.....	103
Família e proteção social.....	108
Marcos jurídicos e institucionais após a Constituição Federal de 1988.....	118
Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003).....	122
Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069/1990).....	142
Lei Orgânica da Assistência Social.....	143
Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006).....	151
Estatuto da pessoa com deficiência (Lei nº 13.146/2015).....	160

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Políticas Sociais e a Seguridade Social Brasileira.....	01
SUS: conceitos e trajetória histórica.....	08
A Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil.....	13
Serviço Social contemporâneo.....	37
Determinações sociais do processo saúde-doença: a doença como processo social.....	13
Integralidade no processo saúde-doença.....	37
Normas de biossegurança nos serviços de saúde.....	41
Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32).....	65
Ética e Legislação Profissional.....	75
Serviço Social e Instrumentalidade: relação teoria e prática.....	75
Atuação profissional do Assistente Social na Área de Saúde. Trabalho do Assistente Social em equipe multidisciplinar.....	75

ÍNDICE

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Políticas Sociais e a Seguridade Social Brasileira.....	01
SUS: conceitos e trajetória histórica.....	08
A Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil.....	13
Serviço Social contemporâneo.....	37
Determinações sociais do processo saúde-doença: a doença como processo social.....	13
Integralidade no processo saúde-doença.....	37
Normas de biossegurança nos serviços de saúde.....	41
Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32).....	65
Ética e Legislação Profissional.....	75
Serviço Social e Instrumentalidade: relação teoria e prática.....	75
Atuação profissional do Assistente Social na Área de Saúde. Trabalho do Assistente Social em equipe multidisciplinar.....	75

POLÍTICAS SOCIAIS E A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA

As políticas sociais brasileiras estão diretamente relacionadas às condições vivenciadas pelo País em níveis econômico, político e social. Estão, portanto, no centro do embate econômico e político deste início de século, pois a inserção do Brasil (país periférico do mundo capitalista) no mundo globalizado, far-lo-á dependente das determinações e decisões do capital e das potências mundiais hegemônicas.

Para entender o real significado das políticas sociais, deve-se relacioná-las estreitamente a suas funções, que, segundo Pastorini (1997), partindo da perspectiva marxista, as políticas sociais devem ser entendidas como produto concreto do desenvolvimento capitalista, de suas contradições, da acumulação crescente do capital e, assim, um produto histórico, e não consequência de um desenvolvimento “natural”. As políticas sociais desenvolvem algumas funções primordiais no mundo capitalista: função social, econômica e política.

A começar pela função social, afirma-se que as políticas sociais têm por objetivo o atendimento redistributivo dos recursos sociais, por meio de serviços sociais e assistenciais, para um complemento salarial às populações carentes. Contudo, esta função dissimula as verdadeiras funções que as políticas sociais desempenham no mundo capitalista ao apresentarem-se como mecanismos institucionais que compõem uma rede de solidariedade social que objetiva diminuir as desigualdades sociais, oferecendo mais serviços sociais àqueles que têm menos recursos.

Neste sentido, como analisa Iamamoto (2002), são devolvidos aos usuários os serviços sociais de direito: saúde, educação, política salarial, trabalho, habitação, lazer e outros, como bem-estar, assistência, filantropia, favor, ou seja, medidas parcelares e setoriais que o Estado oferece nas questões sociais para manter o controle e a ordem social. Essa ação paternalista do Estado tende a inibir crises sociais e legitimam seu discurso demagógico de cooperação entre as classes sociais e o ajustamento da classe trabalhadora às regras do modelo neoliberal.

Do ponto de vista da classe trabalhadora, estes serviços podem ser encarados como complementares, mas necessários à sua sobrevivência, diante de uma política salarial que mantém aquém das necessidades mínimas historicamente estabelecidas para a reprodução de suas condições de vida. São ainda vitais, mas não suficientes, para aquelas parcelas da força de trabalho alijadas momentaneamente do mercado de trabalho ou lançadas no pauperismo absoluto. Porém, à medida que a gestão de tais serviços escapa inteiramente ao controle dos trabalhadores, não lhes sendo facultado opinar e intervir no rumo das políticas sociais, as respostas às suas necessidades de sobrevivência tendem a ser utilizadas como meio de subordinação dessa população aos padrões vigentes [...] Do ponto de vista do capital, tais serviços constituem meios de socializar os custos de reprodução da força de trabalho, preferível à elevação do salário real, que afeta diretamente a lucratividade da classe capitalis-

ta [...] A filantropia é redefinida na perspectiva da classe capitalista: a “ajuda” passa a ser concebida como investimento. Não se trata de “distribuir” mas de “construir”, de favorecer a acumulação do capital. É esta a lógica que preside a organização dos serviços sociais.

Ficam portanto, evidentes, a partir da autora, as funções das políticas sociais (e públicas) que são: econômica, política e social.

No que diz respeito à função econômica, tem-se a ação do Estado por meio da transferência direta ou indireta (pagos pela população por meio de impostos) de bens, recursos e outros, aos usuários mais carentes da população, oferecidos em forma de prestação de serviços sociais como a saúde, a educação e a assistência social, visando ao “barateamento da força de trabalho e consequente acumulação ampliada do capital”. Essas ações apresentam-se como formas compensatórias às quedas do salário real, desobrigando o capitalista a atender exclusivamente as necessidades de sobrevivência e reprodução da força de trabalho. Com isso, no contexto atual, parte desses custos são retirados das empresas e designadas ao Estado que possui a tarefa de suprir as necessidades básicas da classe trabalhadora, por meio das políticas sociais.

Deve-se reconhecer, então que o Estado assume o papel de anticrise por meio das políticas sociais, que contribuem para a subordinação do trabalho ao capital, com a força da mão de obra ocupada e excedente e também pela adequação e controle da população trabalhadora que pode ter condições de consumo contra a tendência nefasta do subconsumo. Como afirma Netto (1996), através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes [...] a funcionalidade essencial da política social do Estado burguês no capitalismo monopolista se expressa nos processos referentes à preservação e ao controle da força de trabalho ocupada, mediante a regulamentação das relações capitalistas/trabalhadoras [...].

Neste sentido, as políticas sociais apresentam-se como estratégias governamentais de integração da força de trabalho na relação de trabalho assalariado, destinadas a atender problemáticas particulares e específicas apresentadas pela questão social (produto e condição da ordem burguesa), contribuindo para uma subordinação dos trabalhadores ao sistema vigente e reproduzindo as desigualdades sociais decorrentes das diferentes participações no processo de produção.

Por fim, a função política das políticas sociais diz respeito ao contexto de lutas entre as classes sociais opostas, não podendo ser vistas como meros favores das classes dominantes para os dominados, nem como conquista das reivindicações e pressões populares. Na concepção geral de Estado, tem-se interesses e disputas das classes, não sendo exclusivamente instrumento da classe dominante. Com isso, as políticas sociais apresentam-se como expressão da correlação de forças e lutas na sociedade civil, e concessões dos grupos majoritários no poder objetivando obter legitimidade e controle social.

Segundo Faleiros (1991), as políticas sociais devem ser entendidas como produto histórico concreto a partir do contexto da estrutura capitalista; com isso:

As políticas sociais são formas de manutenção da força de trabalho econômica e politicamente articuladas para não afetar o processo de exploração capitalista e dentro do processo de hegemonia e contra hegemonia da luta de classes. [...] as políticas sociais, apesar de aparecerem como compensações isoladas para cada caso, constituem um sistema político de mediações que visam à articulação de diferentes formas de reprodução das relações de exploração e dominação da força de trabalho entre si, com o processo de acumulação e com as forças políticas em presença.

Mediante esse breve entendimento das funções das políticas sociais há que se considerar que estas não podem ser entendidas como um movimento linear e unilateral, ou seja, do Estado para a sociedade civil como concessão ou da sociedade civil para o Estado como luta e conquista, contudo têm de ser analisadas como um processo dialético entre as classes sociais, como afirma Pastorini (1997).

As políticas sociais no Brasil tiveram, nos anos 80, formulações mais impactantes na vida dos trabalhadores e ganharam mais impulso, após o processo de transição política desenvolvido em uma conjuntura de agravamento das questões sociais e escassez de recursos. Não obstante, as políticas sociais brasileiras sempre tiveram um caráter assistencialista, paternalista e clientelista, com o qual o Estado, por meio de medidas paliativas e fragmentadas, intervém nas manifestações da questão social, preocupado, inicialmente, em manter a ordem social. São elas formatadas a partir de um contexto autoritário no interior de um modelo de crescimento econômico concentrador de renda e socialmente excludente.

Assim afirma Vieira, que a política social brasileira compõe-se e recompõe-se, conservando em sua execução o caráter fragmentário, setorial e emergencial, sempre sustentada pela imperiosa necessidade de dar legitimidade aos governos que buscam bases sociais para manter-se e aceitam seletivamente as reivindicações e até as pressões da sociedade.

Nos anos 80, o País viveu o protagonismo dos movimentos sociais que contribuiu com uma série de avanços na legislação brasileira no que diz respeito aos direitos sociais.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, chamada Constituição Cidadã, pautou-se em parâmetros de equidade e direitos sociais universais. Consolidou conquistas, ampliou os direitos nos campos da Educação, da Saúde, da Assistência, da Previdência Social, do Trabalho, do Lazer, da Maternidade, da Infância, da Segurança, definindo especificamente direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, da associação profissional e sindical, de greve, da participação de trabalhadores e empregadores em colegiados dos órgãos públicos, da atuação de representante dos trabalhadores no entendimento direto com empregadores (artigos 6 a 11, do Capítulo II, do Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais).

Assim, pela primeira vez na história brasileira, a política social teve grande acolhimento em uma Constituição. Entretanto, duas décadas depois pode-se afirmar que nunca houve tantos desrespeitos à sociedade brasileira, como hoje, por meio de violações, fraudes e corrupções explícitas do Estado, da classe hegemônica, dos representantes do poder e do povo, na legislação vigente, nos repasses dos recursos financeiros, nas relações de trabalho, com um mercado altamente seletivo e excludente e outros. E com Vieira pode-se afirmar que se tem no Brasil uma “política social sem direitos”.

Como exemplo nacional, algumas leis complementares foram regulamentadas a partir da proposta constitucional de 1988, como a Lei n. 8.069 de 1990 – o Estatuto da Criança e do Adolescente – a Lei n. 8.742 de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social – resultantes de uma ampla mobilização dos segmentos da sociedade representantes de diversas categorias sustentados pelo paradigma da cidadania que, segundo Boff (2000), entende-se por cidadania o processo histórico-social que capacita a massa humana a forjar condições de consciência, de organização e de elaboração de um projeto e de práticas no sentido de deixar de ser massa e de passar a ser povo, como sujeito histórico plasmador de seu próprio destino. O grande desafio histórico é certamente este: como fazer das massas anônimas, deserdadas e manipuláveis um povo brasileiro de cidadãos conscientes e organizados. É o propósito da cidadania como processo político-social e cultural.

Na realidade vigente, o desrespeito às leis complementares da Constituição tem sido a tônica de vários governos, conseqüentemente temos o descaso com a população trabalhadora e assim as políticas sociais continuam assistencialistas e mantêm a população pobre, grande parte miserável, excluída do direito à cidadania, dependente dos benefícios públicos, desmobilizando, cooptando e controlando os movimentos sociais.

O que se pode constatar diante do exposto, é que a efetivação de políticas sociais (públicas ou privadas) reflète a realidade marcante de um país dependente e está condicionada ao modelo neoliberal, que prevê que cada indivíduo garanta seu bem-estar em vez da garantia do Estado de direito.

Outro aspecto a destacar é que os avanços da legislação não podem negar seus limites. O fundamento das desigualdades sociais está alicerçado na forma de produção da riqueza que, na sociedade capitalista, se sustenta sobre a propriedade privada dos meios de produção e nas contradições de classe. Diante disso, o homem torna-se sujeito coletivo e transformador das relações existentes. Então, a busca pela transformação social é um processo que necessita do fortalecimento da população e de protagonistas na conquista de direitos, na participação, que segundo Marx (1982), “a história dos homens é a história de suas relações sociais, e capitalismo é expressão da luta de classe entre burguesia e proletariado”.

Cabe aos sujeitos sociais a construção e a transformação das relações sociais. São diversos os segmentos presentes nesta luta, especialmente os profissionais, assistentes sociais, que têm o compromisso de mediar as relações entre Estado, trabalhadores e Capital e gerir as políticas sociais. Neste início de milênio, o cenário colo-

cado pelo capitalismo em seu modelo neoliberal, coloca para o Brasil questões agravantes como alto índice de desempenho, aumento da concentração de renda/riqueza, empobrecimento e miserabilidade da população.

E, nessa dinamicidade da história, o novo milênio traz em seu bojo o desejo de um novo projeto societário com referência a conquista dos direitos da cidadania. Daí o redimensionamento das políticas sociais que poderão sinalizar uma distribuição de renda equitativa. Tal realidade tem um impacto direto na atuação do Serviço Social que atua na elaboração, na organização e na gestão das políticas sociais.

Organização e gestão das políticas sociais

Conforme discutido anteriormente, as políticas sociais no Brasil emergem no final da República Velha, especialmente nos anos 20 (séc. XX), e começam a conquistar espaço no período getulista. Contudo, até a Constituição Federal de 1988, o País não tinha um aparato jurídico-político que apontasse para a formação mínima de padrões de um Estado de Bem-Estar Social. Na década de 1980, foram reorganizadas as políticas sociais contra a ditadura militar e têm sido, nos últimos anos, ocasião de debates no contexto das lutas pela democratização do Estado e da sociedade no Brasil. Novos interlocutores e sujeitos sociais surgiram no campo das políticas sociais por meio da participação de segmentos organizados da sociedade civil na formulação, implementação, gestão e controle social destas políticas.

Esse fenômeno ocorre a partir da crise dos anos 80 (séc. XX), que se depara com realidades determinantes de ordem política, vinculada à crise da ditadura e à transição marcada pela democratização do Brasil, e de ordem econômica e social, decorrentes do processo de reorganização mundial do capitalismo. Situação essa consequente da crise do chamado Estado de Bem-Estar Social, em meados da década de 1970 e da derrocada do Leste Europeu, nos anos 80, que se abriram às propostas neoliberais, findando as concepções do Estado, enquanto instância mediadora da universalização dos direitos sociais.

Neste cenário de redefinições das relações entre Estado e sociedade civil, acontecem muitas mobilizações de grupos e protagonistas sociais por meio de debates e propostas no enfrentamento da crise social, que desencadearam no processo constituinte resultando na reforma Constitucional em 1988.

Neste contexto da chamada década perdida de 1980, em função da crise da ditadura, do agravamento da questão social, do aumento da pobreza e da miséria e da luta pela democratização do País, Estado e sociedade, intensificam-se as discussões sobre as políticas sociais de caráter público. É importante ressaltar que, embora seja um período intenso das desigualdades sociais, também é marcado dialeticamente por conquistas democráticas sem precedentes na história política brasileira.

As políticas sociais no período de 1964 a 1988, eram políticas de controle, seletivas, fragmentadas, excludentes e setorializadas. Daí a necessidade de questionar esse padrão histórico das políticas sociais e propor a democratização dos processos decisórios na definição de prioridades, na elaboração, execução e gestão dessas

políticas. Nesse sentido, a elaboração e a conquista das políticas sociais passam ainda por processos de pressões e negociações entre as forças políticas vigentes e uma relativa transparência das articulações.

Nessa dinâmica, travou-se, a partir de 1985, com a Assembleia Constituinte, uma luta na sociedade em torno da definição de novos procedimentos e de regras políticas que regulassem as relações do Estado com a sociedade civil, objetivando criar um novo posicionamento democrático.

Dados históricos, segundo Raichelis (2000), revelam intensa participação da sociedade brasileira em função da Assembleia Constituinte, reuniram-se na Articulação Nacional de Entidades pela Mobilização Popular na Constituinte, cerca de 80 organizações, algumas de âmbito nacional, compostas por associações, sindicatos, movimentos sociais, partidos, comitês plenárias populares, fóruns, instituições governamentais e privadas, que se engajaram num amplo movimento social de participação política que conferiu visibilidade social a propostas de democratização e ampliação de direitos em todos os campos da vida social.

No cenário das relações entre Estado e sociedade civil, surgiram neste período novos espaços em que forças sociais foram protagonistas na formulação de projetos societários para o enfrentamento da crise social que assolou o Brasil nos anos 80 e a disseminação da pobreza e da miséria, que colocou o País em alto nível de desigualdade social.

A Constituição Federal de 1988 definiu instrumentos de participação da sociedade civil no controle da gestão das políticas sociais, estabeleceu mecanismos de participação e implementação destas políticas, apontou canais para o exercício da democracia participativa, por meio de decisões diretas como o plebiscito, referendo e de projetos de iniciativa popular. Nesta perspectiva, a Carta Constitucional instituiu a criação de conselhos integrados por representantes dos diversos segmentos da sociedade civil para colaborar na implementação, execução e controle das políticas sociais.

Hoje, esses conselhos, que expressam uma das principais inovações democráticas no campo das políticas sociais, organizam-se em diferentes setores destas políticas e assumem uma representatividade nas diferentes esferas governamentais. Possuem uma composição paritária entre representantes da sociedade civil e do governo e função deliberativa no que se refere à definição da política em cada setor e ao controle social sobre sua execução.

Por meio dessa concepção dinâmica da sociedade, é possível acreditar que os espaços de representação social na organização e gestão das políticas sociais devem ser ampliados, buscando a participação de novos e diferentes sujeitos sociais, especialmente, os tradicionalmente excluídos do acesso às decisões do poder político.

Várias são as experiências hoje, de organização dos conselhos, nas áreas da saúde, da criança e do adolescente, da educação, da assistência social e de outras; são novas formas de participação da sociedade civil na esfera pública com uma proposta de democratização das políticas sociais, porém muitas vezes na contraposição do modelo neoliberal legitimado pelos governos vigentes. Para Raichelis (2000):

O termo público-estatal (publicização) tem despertado uma polêmica político-ideológica pela apropriação do seu significado, que remete ao caráter das relações entre o Estado e sociedade na constituição da chamada esfera pública [...] é adotado numa visão ampliada de democracia, tanto do Estado quanto da sociedade civil, e na implementação de novos mecanismos e formas de atuação, dentro e fora do Estado, que dinamizem a participação social para que ela seja cada vez mais representativa da sociedade, especialmente das classes dominadas.

Neste sentido, busca-se romper com a subordinação histórica da sociedade civil frente ao Estado, por meio da construção de espaços de discussão e participação da sociedade civil na dimensão política da esfera pública, rumo à universalização dos direitos de cidadania.

A conquista de novos espaços de participação da sociedade civil consolidou-se na construção de descentralização das ações, com maior responsabilidade dos municípios na formulação e na implantação de políticas sociais, na transferência de parcelas de poder do Estado para a sociedade civil organizada. Os conselhos paritários e deliberativos no âmbito das políticas públicas foram a estratégia privilegiada. Ou seja, são compostos por representantes de entidades da sociedade civil e representantes do governo que devem, em conjunto, participar do planejamento, das decisões e do controle de políticas sociais setoriais. Os conselhos são espaços públicos de discussão, decisão, acompanhamento e fiscalização de ações, programas e distribuição de recursos. E para Raichelis (2000, p.66), os conselhos são "expressões de novas relações políticas entre governos e cidadãos e um processo de interlocução permanente:

Os conselhos significam o desenho de uma nova institucionalidade nas ações públicas, que envolvem distintos sujeitos nos âmbitos estatal e societal. A constituição de tais espaços, tornou-se possível, também, em virtude das mudanças que se processavam nos movimentos populares que, de costas para o Estado no contexto da ditadura, redefiniram estratégias e práticas, passando a considerar a participação institucional como espaço a ser ocupado pela representação popular.

Por meio dos conselhos, objetiva-se propor alternativas de políticas públicas, criar espaços de debates entre governos e cidadãos, buscar mecanismos de negociação, conhecer a lógica burocrática estatal para socializar as ações e deliberações, ultrapassar interesses particulares e corporativistas em atendimento às demandas populares. Tem-se uma realidade dinâmica que busca a construção de esferas públicas autônomas e democráticas em relação às decisões políticas e assim, rever as relações entre espaço institucional e práticas societárias.

Hoje, têm-se nos municípios brasileiros um grande número de conselhos implementados em diferentes setores, o que revela um novo modelo de participação da sociedade na gestão pública, oriundo das lutas sociais das últimas décadas, que propõem uma redefinição das relações entre espaço institucional e práticas societárias, como forças antagônicas e conflitantes que se completam na busca de uma sociedade democrática.

É evidente que a garantia legal da criação e da implementação desses conselhos, não garante a efetivação e a operacionalização de todos, assim como a participação popular não pode tão pouco ser reduzida apenas ao espaço dos conselhos, sejam eles de assistência social, criança e adolescente, educação, saúde e outros. Tal participação apresenta-se como forma de participação política da sociedade civil organizada e que precisa ser devidamente acompanhada e avaliada. Com um acompanhamento sistemático das práticas dos conselhos, nas diferentes políticas sociais e nos diversos níveis governamentais, sinaliza para o perigo da burocratização, da rotina e da cooptação pelos órgãos públicos, centralizando as decisões nas mãos do poder governamental, neutralizando ou fragilizando a autonomia dos conselhos em suas ações e decisões.

Tem-se na realidade dos muitos municípios brasileiros essa interferência dos órgãos governamentais principalmente no que diz respeito às decisões relativas ao orçamento, processo eleitoral dos conselheiros, a escolha das presidências e outros.

Apresenta-se como desafio, então, a formação dos conselheiros, sobretudo da sociedade civil, nas competências políticas, econômicas, éticas, sociais, e outras, para o exercício de seu papel com seriedade e compromisso social na gestão pública.

Diante disso, o profissional de Serviço Social tem se inserido com frequência nos conselhos em suas diferentes áreas. Se por um lado sua contribuição tem feito avançar a esfera pública no campo das políticas sociais, por outro, tem-se apresentado à profissão a urgência da qualificação em seu aspecto teórico-prático e ético-político, para atuar na elaboração dos planos nas esferas governamentais.

No que diz respeito à participação e à descentralização político administrativa no campo das políticas sociais, essas estratégias revelam um recente processo de redemocratização vivenciado no Brasil, para integrar a relação entre Estado e sociedade. Conforme afirma Stein (1997), a descentralização adquiriu um ar de modernidade e recentemente constituiu palavra de ordem no mundo político e administrativo, especialmente no Brasil, a partir do processo constituinte de 1987. Dentre os princípios enumerados pela nova Constituição de 1988, o da descentralização política-administrativa demarca uma nova ordem política na sociedade, a partir do momento que à sociedade é garantido o direito de formular e controlar políticas, provocando um redirecionamento nas tradicionais relações entre Estado e sociedade.

POLÍTICAS DE SEGURIDADE: SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (ORGANIZAÇÃO, GESTÃO, FINANCIAMENTO E CONTROLE SOCIAL).

ASSISTÊNCIA SOCIAL: POLÍTICA DE DIREITOS À SEGURIDADE SOCIAL.

Na sociedade em geral, na sociedade brasileira, nas áreas de política social, entre cientistas políticos, politicólogos, economistas, sociólogos, assistentes sociais, psicólogos, gestores, partidos políticos, igrejas, entre outros tantos segmentos ocorrem múltiplos modos de

ver, entender, verbalizar o sentido político da política de assistência social. Em geral, esses diversos modos de conceber a assistência social não são compatíveis com a perspectiva do que está na CF-88, na LOAS, até porque sua concepção como direito posta na Carta Constitucional de 1988 é, como tantas outras áreas um vir a ser, e não uma condição já instituída, pois era incompatível com o estado de exceção que se vivia e de não direito.

No Brasil ocorreu um descompasso entre as formas e o tempo histórico em que a assistência social incorporou a agenda da ação estatal na União, nos Governos Estaduais e do Distrito Federal, e nas Prefeituras. Raramente essa incorporação o foi como política e quase sempre como uma ação social, com nomenclatura diferenciada, sem continuidade intensificada, principalmente em grandes centros urbanos, ao longo de décadas. Outra característica é a da lateralidade dessa incorporação, isto é, essa ação social, por vezes nominada de Serviço Social, se integrava a outra unidade da hierarquia municipal, a um conselho ou a um grupo ligado à esposa do governante. Como referência ao tempo histórico demarca-se, pelos dados conhecidos, a presença da assistência social na gestão estatal, ao pós Primeira República, ou pós anos 30, e mais particularmente no interior do período ditatorial do Estado Novo Vargas, após a Primeira Guerra Mundial. Mas, mesmo nesse contexto aparentemente público e estatal, o espaço de poder e direção na assistência social foi ocupada sobretudo como campo de presença e resposta da Democracia Cristã assentada nos compromissos da Encíclica Rerum Novarum.

A presença da assistência social no aparato estatal é, como a de outras políticas sociais uma construção do século XX, acompanhando o processo de industrialização, as condições dos contratos de trabalho, a legislação reguladora, a formação do operariado, ou seja, as particulares manifestações das expressões da questão social no Brasil. A Previdência Social reconhecida como primeira política social no país data de 1923. Algumas formas anteriores à legislação foram introduzidas por empresários, como concessão aos próprios trabalhadores, isto é, anteciparam a legislação na aplicação, por exemplo, do direito ao auxílio doença, todavia em caráter pontual, isto é, não extensível a todos os trabalhadores.

O primeiro órgão federal componente da gestão estatal direta foi a Secretaria de Assistência Social instituída em 1974, durante a ditadura militar, no Ministério da Previdência e Assistência Social. Todavia esse órgão não chegava a operar uma vez que a Fundação LBA, instalada em 1942, era quem açambarcava os recursos para as ações sociais do governo federal. Até a Constituição Federal de 1988, mais especificamente, até a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993, que estabeleceu e regulou a primeira organização estatal da assistência social nos órgãos federativos, nem todos os entes incluíam a assistência social em sua organização administrativa ou não a incluíam como campo de política social, mas de atividades e ações.

Em face desse histórico de institucionalização não só diversificado, como tendente a expressar o convívio aquecido com o pensamento conservador, moralizador de práticas de ajuda pontuais e emergenciais, foi atribuí-

da à assistência social uma identidade que a conforma no campo da tutela, do conformismo, do não direito.

O vir a ser, apontado nos textos legais da Pós CF-88 termina por sofrer uma lentidão e um rebaixamento não só face ao conjunto das experiências reais, de predomínio conservador, mas pela lentidão em que ocorreram as medidas pós 88 que deveriam dar forma e aplicabilidade ao texto constitucional. Movimentos de luta em torno da assistência social como direito, de fato só ganharam visibilidade pós CF-88 e partiram mais acentuadamente de grupos sindicais, corporativos e não amplamente da população. Para alguns movimentos mais combativos o horizonte é/seria o de extinção da assistência social e não, sua afirmação como direito social.

O retardo na regulação do disposto constitucional para essa área como campo da seguridade social fez perder no pós CF-88 as velhas experiências que mostravam o real bem distante da nova possibilidade legal. A leitura de um difícil processo em construção não chegou a provocar a necessária unidade de luta. Construir direitos é luta histórica e sabemos que mesmo que eles estejam inscritos em lei isto não significa de imediato, uma alteração no modo de entender e produzir as ações.

Muito dessas interpretações sobre a assistência social tem a ver com as alterações que a direção da proteção social vem assumindo em contexto global, ou mais especificamente através das agências internacionais. A Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004, interpreta a CF-88 e a LOAS/93 conferindo ao campo da assistência social a característica de uma ampliação do escopo da proteção social dos brasileiros, ampliação de alcance do direito de cidadania, superando a leitura da proteção social adstrita tão somente ao campo da legislação do trabalho. Considera ainda, que essa ampliação é delimitada a algumas seguranças sociais no âmbito da política de assistência social uma vez que o processo de proteção social é mais amplo do que uma só política social. Interpreta, que a política se organiza em unidade nacional na forma de sistema que deve assegurar direitos através de proteção social básica e especial.

Analistas nacionais e internacionais, em face da crise econômica de 2008, vêm insistindo na permanência, e por vezes extensão, da proteção social e não em sua restrição como forma de enfrentamento da crise econômica do capital, com menores impactos sociais, como o aumento da miséria e da pobreza. Mas de forma paradoxal a essa compreensão em muitos países vem adotando propostas restritivas que retiram o caráter universal da proteção social e da seguridade social e os delimitam a grupos focalizados e em padrões considerados mínimos de proteção.

A concepção vigente para a assistência social no Brasil, firmada pela PNAS/2004, não corresponde plenamente ao proposto na atualidade pelas agências internacionais financiadoras. Ela é mais abrangente do que essas agências têm propugnado, para a nova conjuntura econômica dos países sob crise do capital. Na prática vêm adotando políticas restritivas aos direitos de proteção social já adquiridos.

Essas agências também vêm direcionando sua ação ao combate à pobreza, principalmente pela alternativa de programas condicionados de transferência de renda

e não propriamente a uma extensão de serviços de proteção social. Há uma tendência mundial em favorecer a aplicação de recursos financeiros nesse escopo de ação, embora sem a chancela de um direito social.

A forte presença de programas sociais de combate à pobreza, imprime lugar secundário ao financiamento internacional de políticas sociais de direitos socioassistenciais. Esta priorização reforça a concepção daqueles que consideram que a assistência social não é campo de direitos ou de política pública, mas só de ajuda humanitária.

Um grupo de críticos aponta que a assistência social é uma ação governamental que interdita, e não, um campo que constrói direitos sociais, isto é, ela seria estigmatizadora, subalternizadora, e se reduz a prestar atenções focalizadas a grupos de miseráveis de forma subalternizadora. Com isto ela provocaria a quebra da universalidade das políticas sociais nominando esse processo de assistencialização das políticas sociais.

Outros críticos, que não aceitam a assistência social como política pública de direitos sociais consideram que a difusão da política de assistência social provoca uma reiteração do messianismo, na medida em que, de forma ufanista, seus trabalhadores ou gestores a entendem de forma acrítica como uma política salvadora, isto é, com capacidade em dar resposta a todas as necessidades e males sociais.

Para além dessas considerações alguns ainda asseguram que a assistência social é uma política de desmanche de políticas universais e não, uma política que agrega novos direitos a seguridade social tornando seu alcance mais universal.

Em face desse conjunto de críticas, refletir sobre direitos socioassistenciais fica com um aroma de uma questão de fé ou religiosidade, e não, uma questão com base científica de decisão política e sócio jurídica. Antes de qualquer coisa, é bom lembrar que não se está tratando de profecias, mas de um dispositivo que, votado, estabeleceu na Constituição Brasileira um modelo de proteção social aos brasileiros que inclui a assistência social como um direito de seguridade social reclamável juridicamente e traduzível em proteção social não contributiva devida ao cidadão.

Mas há que se pôr em debate uma questão de fundo: será que a cultura dos brasileiros, dos gestores, dos agentes ou dos trabalhadores nessa política, das organizações sociais que nela se envolvem, incorpora e produz sua ação na perspectiva de convalidar os direitos de cidadania de quem atende, os cidadãos usuários? Será que tratam e consideram os usuários dos serviços ou dos benefícios sociais como sujeitos de direitos, como cidadãos, fazem valer o que pensam, o que pleiteiam, incluem nas responsabilidades do Estado a cobertura de suas necessidades na condição de direito?

A assistência social herdou a prática secular da ajuda ao próximo transitável entre o campo religioso e o secular. Com isto apresenta resquícios da naturalização de um valor religioso pelo qual qualquer ajuda ao outro é um bem em si. Com isto, a ação da política pública ou da responsabilidade institucional de um órgão esta-

tal fica equivocadamente identificada como exercício de amor, de caridade, de doação, do não egoísmo humano ou da solidariedade. E ainda, não se exige dela um padrão de qualidade da atenção como determina a lei, opera-se muitas vezes como se a presença em si, já fosse a resposta adequada, posto que tratada como se fosse uma “ajuda” descomprometida com a resolutividade, ou o direito socioassistencial.

Trazer essa discussão para o campo da política social tem outro significado, pois implica em instituir um bem público, algo para todos os que o demandam. As atenções provem da condição de igualdade, de cidadania, do direito a ter direitos. Na ação de benemerência o que está em relevância é a boa conduta moral e individual de um homem ou uma mulher que ao prestar um auxílio, ao realizar uma ação social é considerado aos olhos dos outros, alguém de bem, por praticar benemerência. Este modo de pensar e agir nada tem a ver com direitos e, por consequência, com política pública.

Do ponto de vista do direito de cidadania qualquer ajuda não é um bem em si. Pelo contrário, pode ser a negação do outro como sujeito, como ser de direitos, de ideias, de propostas, de iniciativas, de protagonismo. Um cidadão de direito se relaciona com seus pares e diz o que quer de si, para si, para sua família, para seus relacionados e para a sociedade a que pertence.

A ajuda pode ser um meio de seduzir o outro a ficar subordinado, sentir-se fraco, dependente de um favor e agradecido, tendo um débito a saldar com o doador ou com a sociedade – quiçá divina ou política – enquanto protagoniza o processo de ajuda. A noção de ajuda não é fundada na igualdade e, sim, na diferença, em geral de classe, – um tem o que o outro não tem – e com isto pode facilmente tornar-se prepotência e sujeição.

A noção de direito tem por base a igualdade e a equidade. Estas duas dimensões mudam completamente a natureza de uma relação estabelecida em um serviço ou atenção de proteção social como campo de direito. A igualdade, de um lado, se propõe a tratar a todos do mesmo modo é ela que inspira a concepção de universalização. Esta noção é quase inexistente na produção de proteção na assistência social. Via de regra a orientação que precedia suas ações era de atender a quem chegasse, isto é uma política de atendimento e não, de cobertura de demandas. Há aqui enorme dificuldade dos agentes da política terem o domínio da intensidade e da localização da demanda. A equidade por outro lado, é um campo profícuo na assistência social pois ela se ocupa da diversidade, trata-se do respeito a diferença e não só da igualdade. A preocupação com idosos, jovens, mulheres, população em situação de rua, enfim uma série de situações, não particularizadas necessariamente, por outras políticas, ganham centralidade na assistência social.

No caso da seguridade social e da assistência social, que de acordo com a CF-88 é uma das políticas que compõem, o campo de responsabilidades estatal está dirigido ao direito à proteção social fundado na cidadania, e não como paralelo ao direito trabalhista.

Em sociedades de mercado como a nossa há quase uma identidade de percepção na avaliação de indivíduos entre manifestação de fraqueza ou de ser frágil e de não

ter capacidade de consumir. Isto é, ter dinheiro no bolso para comprar é símbolo de força ou ao contrário de fraqueza. Troca-se a noção de direito em ter acesso, pela noção de ter renda para consumir ou de ter capacidade de compra. Essa visão, baseada em tornar tudo uma mercadoria, nominada mercadorização (tudo se deve comprar e vender) considera que o mercado é o grande agente que regula as condições de vida e de viver.

Quem partilha da defesa de políticas sociais públicas, defende a legislação pública na assistência social, considera que o Estado deve prover, executar, financiar e manter o acesso a um conjunto de serviços sociais, que supram necessidades comuns a um conjunto da população.

Todavia, essa ideia/perspectiva social do Estado em financiar e desenvolver a proteção social não contributiva não é tão simples e sofre severos ataques. A cultura da permanência da concessão para terceiros da operação dessas ações persiste em vários segmentos rejeitando que ela seja assumida como responsabilidade pública. Considera esse entendimento uma forma de estatização e não de fazer valer o dever de Estado e o direito do cidadão.

Nesse modo de ver e agir o Estado não assume plenamente as atenções sociais, somente passa meios, em geral insuficientes, para organizações sociais operarem como se fosse da iniciativa da sociedade e não do Estado garantir tal atenção. O trânsito pela esfera pública fica invisível aos olhos da sociedade, pois tramita pelo circuito jurídico-contábil, infelizmente ao gosto e costumes de alguns; não ocorre o trânsito do serviço, do contrato, do convênio pela esfera pública, de forma publicizada. Como decisão que se ocupa do interesse de uma ou outra organização não chega a se constituir direito aos olhos do Estado. A atenção tanto pode existir como não existir, pode atender um, e não atender a outro, ou outra. Não há responsabilidades ou obrigações claras com todos/as.

Os agentes institucionais, de certo modo, se acostumaram a não enxergar a totalidade das atenções prestadas uma vez que predomina o trabalho social caso a caso, grupo a grupo, entidade a entidade, sem compromisso de direito com todos os cidadãos em igual situação. O trabalho social não é precedido de uma análise da demanda de uma dada necessidade ou proteção social existente na população de um território, ou de uma cidade, estado ou União.

Construir a perspectiva de direitos supõe conhecer, identificar a totalidade da demanda e identificar o quanto dela está sendo atendida e em que padrões. Eis aqui um serviço da função vigilância social que inclusive deve subsidiar o planejamento da gestão. Cabe lembrar que o Caderno 3 trata, a fundo, as questões referentes a Vigilância Social, uma das funções da política de assistência social.

Todas as políticas sociais têm que prover atenções ao cidadão. Ocorre que face à desigualdade social instalada entre os brasileiros, esta provisão deve ocorrer a partir das condições concretas diferenciadas e desiguais dos cidadãos e não do que seria suposto como adequado a que ele devesse dispor.

Cobrar das políticas sociais a atenção a todos os cidadãos significa que cada uma delas inclua as condições reais de vida dos brasileiros independente da precariedade em que estejam vivendo.

Ocorre, não raras vezes, uma 'lógica ilógica' de gestão que toma a assistência social como um locus onde diferentes políticas sociais buscam a supressão das privações causadas pela desigualdade social. Essa identidade difusa fez da assistência social o lugar da fralda (infantil ou geriátrica), do remédio, da prótese, da cadeira de rodas, da dentadura, dos óculos, do documento, do transporte, do alimento, do teto emprestado, do contra turno escolar, enfim de um sem número de coberturas pontuais, não equacionadas pelas políticas de saúde, educação, habitação, transporte entre tantas outras.

No momento em que a assistência social torna-se política pública, é preciso que sua identidade social seja construída a partir de compromissos com resultados e direitos que vão muito além de um elemento processante das outras políticas ao se darem face a face com as desigualdades sociais que marcam a vida dos usuários de seus serviços. Não cabe a ela remédio de saúde, uniformes de escola, etc. Cada política social deve dar conta das pré-condições efetivas para sua realização.

Alguns analistas sociais, como já assinalados anteriormente, consideram que a política de assistência social deve ser defensora de alguns interesses e não de direitos. Nesse sentido ela consistiria em uma advocacia social ou defensoria social contestando o processo de inclusão dos cidadãos nas políticas universais. Sabemos que a inclusão nos direitos ou o acesso à justiça é um dos programas do Judiciário, sabemos também, que a assistência social deve ser responsável por direitos socioassistenciais e não só, apontar o direito a ser alcançado em outras políticas sociais.

Há aqui, alguns sinais trocados. São as políticas consideradas universais que não chegam a toda população, principalmente àquela parcela que vive em condição mais espoliada. São os protocolos dessas políticas que não incluem o conjunto de necessidades, de cuidados e meios, que a população, sem poder de consumo no mercado, necessita. Faltam vagas, faltam remédios, ter acesso a uma consulta médica especializada, um exame laboratorial, uma cirurgia pode significar meses de espera.

Não é a assistência social que precariza as políticas sociais ao estimular que a população frequente a oferta de serviços socioassistenciais. Universalidade significa incluir todo o brasileiro independentemente da situação em que esteja. Trata-se aqui, de criar efetivos mecanismos de vigilância e mediação da presença/ausência de recursos com que conta a população atendida e não, simplesmente, de saber de sua renda.

Para alguns, se a política básica universal passar a incluir em sua atenção: alimentação, material escolar, próteses, fraldas, entre outros meios para realizar por completo sua atenção, essa ação redundaria em assistencializar essa política social. Perceba-se que nessa afirmação está contida a ideia de que a assistência social não é uma política básica. Aliás esta é uma questão que advém do próprio Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) quando afirma, no seu art. n.º 87, que a assistên-

cia social opera por políticas, no plural, e programas, em caráter supletivo àqueles que deles necessitem. Ocorre aqui um paradoxo. Muitos dos serviços para crianças, adolescentes e jovens são do âmbito da gestão da política de assistência social. Abrigos, aplicação de medidas socioeducativas em meio aberto são exemplos desses serviços. Portanto do ponto de vista da proteção integral da criança e do adolescente não é compatível enquadrá-la em um campo supletivo, reduzindo o patamar de direitos sociais que esses serviços devem afiançar.

Essa noção de política complementar atribuída pelo ECA não reconhece as proteções que a assistência social deve afiançar como direito social. Claro que se deve considerar que o ECA ao ser promulgado não contava ainda, com a presença da LOAS, da Política Nacional de Assistência Social ou e da NOB- SUAS. Estas foram formuladas e aprovadas posteriormente. Todavia, aqueles que leem o ECA sem essa noção histórica, ou de forma dogmática atribuem o lugar a assistência social que a isola do contexto legal de política relativa ao direito de seguridade social ou de proteção social.

A assistência social poderia estimular pactos interseoriais, desde a União para que fosse dado início a uma nova forma de relação, baseada na complementariedade entre as atenções dos diferentes serviços sociais públicos básicos que operam em uma mesma região ou bairro, para que inclua em suas respostas a completude da atenção.

É preciso ter claro que há que se travar uma luta pela compreensão contínua quanto a responsabilidade pelos direitos socioassistenciais. Não basta a expressão do texto legal; é preciso criar protocolos, padrões, equipamentos para que o direito transite de expressão de papel para acesso de fato. A forma com que a política é operada nos órgãos públicos é que fará com que ganhe, na sociedade, o estatuto de direito social.

Há uma dificuldade em objetivar a distinção entre uma ação humanitária entre pessoas, servidores, entidades sociais e o compromisso com os direitos sociais e humanos a serem afiançados.

Afinal a assistência social tem direitos próprios ou quem os promove são só as demais políticas sociais? Como política de direitos, a assistência social deve produzir resultados como condição de direitos para além de se relacionar com outras políticas públicas. Seu propósito é o de manter relações interseoriais e nestas mostrar e exigir a inclusão de alguém nas demais políticas ou lhe cabe construir acessos aos usuários para efetivar suas seguranças sociais? A assistência social opera como advocacia social ou tem, de fato, direitos afetos a seu campo de ação? Só algumas políticas sociais, que pela tradição são consideradas básicas, tipo saúde e educação, é que são políticas de direito e cidadania? Esse modo de ver exclui a assistência social dessa condição?

Há um lugar de tensão entre essas afirmações – é essa tensão que precisa ganhar luz, clareza, debate. Sintetiza – se em uma pergunta: O que a assistência social faz, ou tem compromisso em garantir como direito, que a específica como área de ação governamental? Afinal, saúde, educação, habitação também constroem atenções, por que elas não se confundem com caridade ou com inter-

setorialidade? Porque a assistência social é tão referida à interseitorialidade? Ela não tem nenhuma finalidade própria a qual deve dar resolatividade e ser garantida como direito? Sua resolatividade é o encaminhamento? É disso de que ela se ocupa?

De fato, a assistência social traz à esfera pública um conjunto de necessidades cuja atenção sob responsabilidade pública é ainda negada a frações da população – frações estas, onde preponderam os cidadãos vinculados às classes populares, marcados pelo trato subalterno e pela expropriação - que não tem sido considerada como cidadãos, isto é, com direito a ter direitos.

Atenção! A assistência social não terá condições de realizar essa constatação das privações, se de fato, não desenvolver a função de vigilância social. A resolatividade de todas essas privações não é campo isolado e único da assistência social. O propósito de tensionar as demais políticas à superação dessas privações não significam ser este o objeto ou objetivo exclusivo e único da política de assistência social.

Bibliografia

BRASIL, CapacitaSUAS Caderno 1 (2013) Assistência Social: Política de Direitos à Seguridade Social /Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Centro de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – 1 ed. – Brasília: MDS, 2013

SUS: CONCEITOS E TRAJETÓRIA HISTÓRICA

HISTÓRICO

A História da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas. Da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir daí iniciou-se uma série de transformações, ou melhor, foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças, culminando, em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde.

No que concerne à saúde preventiva, ao longo de toda a existência, o Brasil enfrentou diversas dificuldades institucionais e administrativas decorrentes do limitado desenvolvimento científico, tecnológico e industrial, bem como pela expansão da assistência médica, atrelada à lógica do mercado. Mas, também, principalmente, pelo lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania.

Desde a década de 1960, ocorreu intensa publicação de normas para acompanhar o aumento da produção e consumo de bens e serviços, surgindo conceitos e concepções de controle. Regulamentou-se a iodação do sal, águas de consumo humano e serviços. Reformou-se o laboratório de análises, surgindo o Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde (INCQS), que recebeu

um grande estímulo pela implantação do Programa Nacional de Imunização, cuja execução requeria o controle sanitário de vacinas.

No movimento pela redemocratização do país, cresceram os ideais pela reforma da sociedade brasileira, com o envolvimento de diversos atores sociais, sujeitos coletivos e pessoas de destaque. Sanitaristas ocuparam postos importantes no aparelho de estado. A democratização na saúde fortaleceu-se no movimento pela Reforma Sanitária, avançando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde.

Naquele evento, os participantes denunciavam os desmandos na saúde e clamavam por ações de garantia dos direitos da população.

O movimento social reorganizou-se na última Constituinte, com intensa luta travada pela afirmação dos direitos sociais. Em 1988, nova ordem jurídica, assentada na Constituição, define o Brasil um Estado Democrático de Direito, proclama a saúde direito de todos e dever do estado, estabelecendo canais e mecanismos de controle e participação social para efetivar os princípios constitucionais que garantem o direito individual e social.

Além do Sistema Único de Saúde, outros sujeitos de direito que requerem proteção específica também foram reconhecidos, assim como os povos indígenas, crianças e adolescentes, deficientes físicos, etc. Inegavelmente, a sociedade brasileira deu um passo significativo em direção à cidadania. É preciso, porém, reconhecer que a proteção e a promoção à saúde são de responsabilidade pública, ou seja, de competência de todos os cidadãos do país, o que implica participação e controle social permanentes.

LEGISLAÇÃO, OBJETOS E DIRETRIZES

A primeira e maior novidade do Sistema Único de Saúde é seu conceito de saúde. Esse "conceito ampliado de saúde", resultado de um processo de embates teóricos e políticos, como visto anteriormente, traz consigo um diagnóstico das dificuldades que o setor da saúde enfrentou historicamente e a certeza de que a reversão deste quadro extrapolava os limites restritos da noção vigente.

Encarar saúde apenas como ausência de doenças evidenciou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional.

Para enfrentar essa situação era necessário transformar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade. Uma coisa era se deparar com a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos. Outra tarefa é conceber a atenção à saúde como um projeto que iguale saúde com condições de vida.

Ao lado do conceito ampliado de saúde, o Sistema Único de Saúde traz dois outros conceitos importantes: o de sistema e a ideia de unicidade. A noção de sistema

significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum.

Na lógica do sistema público, os serviços contratados e conveniados são seguidos dos mesmos princípios e das mesmas normas do serviço público. Os elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esse sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo país. Mas é preciso compreender bem esta ideia de unicidade. Em um país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem levar em conta essas diferenças seria uma temeridade.

O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do Sistema Único de Saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Esses elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação de gerência aos cidadãos, seja com descentralização político-administrativa, seja por meio do controle social do sistema.

O Sistema Único de Saúde pode, então, ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos. A construção do SUS norteia-se, baseado nos seus preceitos constitucionais, pelas seguintes doutrinas:

- **Universalidade:** É a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão ("A saúde é direito de todos e dever do Estado" – Art. 196 da Constituição Federal de 1988).

Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público de saúde, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: Municipal, Estadual e Federal.

- **Equidade:** O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônima de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. Então, equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema.

O que determinará as ações será a prioridade epidemiológica e não o favorecimento, investindo mais onde a carência é maior. Sendo assim, todos terão as mesmas condições de acesso, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

- **Integralidade:** As ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não podem ser fracionadas, sendo assim, os serviços de saúde devem reconhe-

cer na prática que: se cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde também não podem ser compartimentalizadas, assim como as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar assistência integral.

Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Para organizar o SUS a partir dos princípios doutrinários apresentados e considerando-se a ideia de seguridade social e relevância pública existem algumas diretrizes que orientam o processo. Na verdade, trata-se de formas de concretizar o SUS na prática.

- Regionalização e hierarquização: Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.

Planejados a partir de critérios epidemiológicos, implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando alto grau de resolutividade (solução de problemas).

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior da situação de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Deve o acesso da população à rede se dar por intermédio dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema

Sistemas de Saúde no Brasil

- 1) Todos os estados e municípios devem ter conselhos de saúde compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde. Os conselhos são fiscais da aplicação dos recursos públicos em saúde.
- 2) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal, a outra metade fica por conta dos estados e municípios. A União formula políticas nacionais, mas a implementação é feita por seus parceiros (estados, municípios, ONGs e iniciativa privada)

- 3) O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território.
- 4) Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e acerta) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. Esse pacto também deve passar pela negociação com o gestor estadual
- 5) O governo estadual implementa políticas nacionais e estaduais, além de organizar o atendimento à saúde em seu território. A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas).
- 6) O sistema público de saúde funciona de forma diferenciada. Isso ocorre quando o gestor local do SUS, não dispondo do serviço de que o usuário necessita, encaminha-o para outra localidade que oferece o serviço. Esse encaminhamento e a referência de atenção à saúde são pactuados entre os municípios
- 7) Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS. No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB – Comissão Intergestores Bipartite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde) e deliberadas pelo CES – Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.); e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na CIT – Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde).
- 8) Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, dependendo do pacto feito na região. A insulina humana e os chamados medicamentos estratégicos - incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição - são obtidos pelo Ministério da Saúde. Já os medicamentos excepcionais (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, como para pós-transplantados, síndromes – como Doença de Gaucher – e insuficiência renal crônica) são comprados pelas secretarias de saúde e o ressarcimento a elas é feito mediante comprovação de entrega ao paciente. Em média, o governo federal repassa 80% do valor dos medicamentos excepcionais, dependendo dos preços conseguidos pe-