

POLÍTICA SOCIAL E SEGURIDADE SOCIAL: TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL, TEXTO DIDÁTICO

SOUZA, Martha Coelho

Faculdade Santa Lúcia
marthacoelho@uol.com.br

RESUMO

A Política de Saúde, tema deste artigo, é tomada como política de seguridade social. A trajetória institucional da Saúde Pública no Brasil até últimas décadas do século passado foi marcada pelo acesso seletivo aos integrantes do mercado de trabalho formal e por ações dos poderes públicos municipais e estaduais, sem o status de direito e muitas vezes através de instituições filantrópicas como as Santas Casas. No Brasil a Constituição de 1988 equipara sob a concepção de seguridade social as áreas de Previdência, Saúde e Assistência Social. Dando continuidade ao inaugurado pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, define-se a construção do Sistema Único de Saúde, o modelo de gestão dessa política, para sua efetivação e a garantia da dimensão ética de seu projeto social, de assistência integral à saúde, universalidade e gratuidade, sistema descentralizado e hierarquizado, controle social e assistência integral à saúde (BRASIL, 1990). O objetivo geral desse trabalho foi reunir em um único texto didático a trajetória histórica da construção da Política de Saúde, as concepções que a fundaram e, sumariamente, apontar as características de seu sistema de gestão.

PALAVRAS-CHAVE: *Política Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão Social.*

INTRODUÇÃO

A trajetória institucional da Saúde Pública no Brasil até últimas décadas do século passado foi marcada pelo acesso seletivo aos integrantes do mercado de trabalho formal e por ações dos poderes públicos municipais e estaduais, sem o *status* de direito e muitas vezes através de instituições filantrópicas como as Santas Casas. No Brasil a Constituição de 1988 equipara sob a concepção de seguridade social as áreas de Previdência, Saúde e Assistência Social. Dando continuidade ao inaugurado pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, define-se a construção do Sistema Único de Saúde, o modelo de gestão dessa política, como a efetivação e a garantia, social pautada na dimensão ética seu projeto social, de assistência integral à saúde, universalidade e gratuidade, sistema descentralizado e hierarquizado, controle social e assistência integral à saúde. (BRASIL, 1990).

2. POLÍTICAS SOCIAIS, SEGURIDADE SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE

A expansão dos Serviços Sociais no século XX está estreitamente relacionada ao desenvolvimento da noção de cidadania. A emergência da economia mercantil fez necessária a afirmação dos direitos civis e políticos – a liberdade individual era condição para o funcionamento da nova organização da sociedade. A noção de igualdade de todos os homens perante a lei, com direitos e obrigações derivados de sua condição de cidadãos, na democracia liberal, foi “importante” para que tivessem lugar as lutas operárias pela cidadania social. As políticas sociais que visam enfrentar a pauperização crescente da classe trabalhadora urbana como elemento necessário à garantia de produtividade e ao controle social¹ dos trabalhadores alijados do mercado de trabalho por desemprego, velhice, doença, etc, é também reivindicação dos trabalhadores. A Política Social, que no plano estrutural contribui à constituição da classe operária, pode no plano singular trazer inovações políticas, transformando-se em estratégias políticas ao responder a exigências e necessidades da população e dos trabalhadores. A Saúde enquanto política social é também campo de relações de força societária. (GERSHMAN, 1995, p.127)

¹ O conceito de controle social é usado no sentido da capacidade da sociedade de se auto-regular e garantir a conformação do indivíduo às normas sociais. Nesse sentido o controle social tanto pode operar informalmente através da família, da igreja ou da escola, como formalmente através do Estado, do sistema jurídico, da polícia ou de outros instrumentos de força. (CAMPOS, 1994)

Souza Santos (1997) defende que a concessão dos direitos sociais e sua efetivação através de aparelhos do Estado são expressão da expansão e do aprofundamento desse conflito político. “Politicamente, este processo significou a integração política das classes trabalhadoras no Estado capitalista [...] Daí que as lutas pela cidadania social tenham culminado na maior legitimação do Estado capitalista.” Para o autor o capitalismo se transformou profundamente para no “‘fim’ do processo de sua transformação, estar mais hegemônico do que nunca”. (SOUZA SANTOS, 1997, 245)

[...] Os estudos históricos sobre as origens e desenvolvimento dos sistemas de proteção social em diferentes países tiveram como objetivo demonstrar que a emergência da pobreza como uma questão social nos marcos de um processo de transformação econômica e social de constituição do Estado-nação, industrialização e urbanização, é capaz de justificar o fenômeno geral de constituição dos sistemas públicos de proteção social, mas não é capaz de identificar as diferenças existentes em seu interior. [...] (FLEURY, 1994, 23).

Na análise de Fleury (1994, p.32), a intervenção do Estado nas questões sociais através das políticas sociais - propiciando condições de manutenção e reprodução de uma parcela da população - é uma função intrínseca do Estado moderno, configura padrões de direitos sociais próprios a cada nação e estabelece uma relação de direito positivo entre Estado e o cidadão, o que faz emergir a concepção de cidadania como “um conjunto de direitos atribuídos ao indivíduo frente ao Estado nacional” e transforma a esfera do social em “*locus* privilegiado para se desvendar a contradição principal que movimenta esta sociedade”. A autora considera, para além das resultantes, que a política social é um elemento fundamental na construção dos Estados nacionais. As políticas sociais atuam no sentido de atenuar os efeitos nocivos da ordem capitalista para poder sustentá-la. E, contraditoriamente, fortalecem a emancipação dos trabalhadores e - olhando por outro ângulo - as políticas sociais do “tipo” social democrata buscam equidade através de direitos sociais universais, mas não questionam a propriedade privada.

A Seguridade Social como política social é um conceito amplamente difundido no mundo após o segundo pós-guerra; é o conjunto de ações de proteção social realizadas pelo Estado visa a prestação de benefícios e serviços a segmentos ou à população em geral como garantia de direitos, e é voltada para a defesa de grupos e indivíduos em situação de não-autonomia quanto à sua sobrevivência.

[...] Não existe sociedade humana que não tenha desenvolvido algum sistema de proteção social [...] esta proteção tem sido exercida por instituições não-especializadas e plurifuncionais (a família, por exemplo), ou então, nas sociedades mais complexas, através de sistemas específicos que se inscrevem como ramos importantes da divisão social do trabalho [...] (DI GIOVANNI, 1998, p.173).

A Constituição de 1988 equipara sob a concepção de seguridade social as áreas de previdência, saúde e assistência social. Seguridade é, por princípio universal, direito estendido a todos e independente da contribuição direta dos cidadãos, devendo ser financiada pelo Orçamento Fiscal. Diferencia-se do conceito de seguro, que pressupõe a contribuição direta para que o usuário tenha o direito. Porém, o conceito de seguro é a base para nossa previdência social. A seguridade social pressupõe a cobertura de riscos sociais através de prestações pecuniárias e de serviços. Na Constituição de 1988 a seguridade expressa o ideal de universalidade como um objetivo a ser alcançado. Todo brasileiro, ou quem aqui vive, estaria amparado pelo sistema de seguridade social. (BRASIL, 1988)

3. TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a consolidação das políticas sociais foi fruto das profundas mudanças na reorganização do Estado, promovida pela ditadura instaurada no país em 1964 (NETTO, 1998). Esta reorganização do Estado se deu principalmente pela Reforma da Previdência, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

O processo de expansão das Políticas Sociais começou em 1946, com a ampliação da assistência médica previdenciária. No entanto, é com a criação do Instituto Nacional Previdência Social (INPS) em 1967, que a saúde “previdenciária” se expande e sedimenta sua ação na prática curativa, enfatizando as técnicas de intervenção e a burocratização das atividades. A “*Reforma do Estado*”, realizada pela ditadura de 64, “*modificou*” a organização da saúde no país, manteve no Ministério da Saúde as medidas preventivas e coletivas de saúde, mas incorporou a atenção médica individual - anteriormente prestada por setores não estatais -, que passou a ser de responsabilidade da Previdência Social. Nos anos 70 não se deu apenas a ampliação da atenção curativa da saúde, que tornou a Previdência Social uma instituição legitimada pelo Estado, mas também ocorreu a emergência de formas de organização que transcendiam os modelos legais, e que

culminaram nas Conferências Nacionais de Saúde, nos Departamentos de Medicina Social e na mobilização dos movimentos sociais por saúde. Assim, uma conquista importante do Movimento Sanitário foi sua inserção no pensamento crítico e o desenvolvimento da perspectiva de classe com grande avanço no campo analítico; foram realizados debates com grande produção teórica, publicações de livros, artigos e teses que resultam em uma literatura própria, e a importante criação dos departamentos já citados. (LUZ, 1979, grifos nossos)

A consolidação desse movimento social, nas décadas de 70 e 80, se dá no contexto de expansão conservadora das políticas públicas do pós-64 e associada a um movimento político-social e teórico emergente. O avanço da organização da sociedade, no âmbito sindical, político e no ensino conflitava com a ação dicotomizada nos ministérios da Saúde e da Previdência Social, decorrência da própria política governamental. A assistência médica individual e curativa prestada pela Previdência Social se dava a partir da demanda por consumo de ações médicas, tratando a doença como uma mercadoria e porta de entrada para o serviço privado. A saúde foi tratada como um fator necessário à manutenção e reprodução da força de trabalho e necessário ainda à legitimação dos governos autoritários (CAMPOS, 1988). Essa política de saúde, de tendência privatizante, integrou o discurso médico ao do desenvolvimento econômico utilizando referenciais como produtividade e racionalização. O controle do poder decisório e dos recursos ficou em órgãos técnicos centralizadores e estratégicos, eliminando-se os órgãos e instâncias de decisão intermediárias. Era uma política de saúde guiada por interesses de segmentos empresariais multinacionais da produção de insumos para o setor saúde e empresas nacionais de produção de serviços de saúde, tendo o Estado como intermediário que subsidiava uma e outra (LUZ, 1979).

O Movimento Sanitário da década de 80 é definido por Vaitsman (1995) como um movimento que reuniu intelectuais, profissionais da área de saúde, organizações e associações, tendo como referencial ético, a saúde, como valor universal. Visava à reformulação do sistema e se concretiza na Reforma Sanitária. Para Campos (1988, p.53-54), o Movimento de Reforma Sanitária é caracterizado “não pela elaboração de novas propostas e sim pela luta aberta em torno de modificações do modo de produção de serviços de saúde ou pela alteração da correlação de forças no seio da sociedade”. Para o autor essa reforma via Estado, proporciona uma reestruturação administrativa do aparelho público prestador de serviços de saúde. Porém, fica presente “a visão da reforma como esforços racionalizadores”. A grande conquista deste movimento foi a extensão dos serviços de saúde, enquanto

direito, a todos os cidadãos e o enraizamento da ideia de saúde como direito de cidadania na sociedade.

Esse Movimento de Reforma Sanitária - que culminou na conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) -, lutou principalmente contra a “reorganização estatal” do campo da saúde realizada pela ditadura de 64 e, com seu projeto social de assistência integral à saúde, assumiu também as ações médicas individuais. Visava a construção de um modelo de atenção à saúde eficiente, eficaz, autônomo e solidário e com diretriz clara no “vínculo e na acolhida integral aos problemas de saúde, num processo radical de descentralização, de produção de modos heterogêneos de cuidado, equipes com alto grau de autonomia e responsabilidade técnico-profissional-gerecncial e criatividade” (CAMPOS, 1994, p.31).

Nos anos noventa do século passado, nova reforma do Estado de caráter liberal-conservador propõe a redução da presença do Estado através das políticas sociais e afeta a política de saúde, reduzindo o ritmo de implementação do SUS, “trata-se de uma reforma incompleta e que enfrenta o paradoxo de pretender implanta-se uma política universalista em um contexto de ajuste econômico muito restrito” (CAMPOS, 1994, p.42), mas ainda assim não impede sua efetivação como política de cidadania. Nas primeiras décadas do século XXI, acreditamos em função de nossas atividades acadêmicas, que apesar de investimentos nas políticas de seguridade social, o contínuo avanço do neoliberalismo, das transformações no mundo do trabalho e do financiamento da economia, a total implantação das diretrizes da Constituição Federal de 1988 não foram efetivadas.

4. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Saúde é um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, artigo 196).

A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Por isso, as gestões municipais do SUS – em articulação com as demais

esferas de governo – devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais como meio ambiente, educação, urbanismo, dentre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população. (BRASIL, 1988).

Cabe lembrar que, antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo que a assistência à saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal. (LUZ, 1979).

4.1 O Conceito de Sistema de Saúde e os Níveis de Atenção à Saúde

Marcondes (2014, p.01) afirma que :

[...] A noção de sistema de saúde exige organização deste aparato, tendo como seu elemento direcionador a integração e ou a articulação das unidades. Tal organização se manifesta em diferentes graus segundo o tempo de estabelecimento do sistema e as características políticas e culturais das sociedades que os engendraram. A organização implica em diminuição do grau de entropia intra e inter unidades, acarretando diminuição nos graus de liberdade de instituições, usuários e profissionais. [...]

Abaixo utilizaremos as definições de níveis de atenção à saúde de Marcondes (2014) utilizadas pelo Centro de Desenvolvimento de Educação Médica da Universidade de São Paulo. Para ele, são pelo menos três os elementos implicados na definição dos níveis de atenção nos diversos países: tecnologia material incorporada (máquinas e equipamentos de diagnóstico e terapêutica), capacitação de pessoal (custo social necessário para formação) e perfil de morbidade da população alvo. São muitos os arranjos possíveis na distribuição destes três elementos em sistemas de saúde que não apresentam sempre a mesma configuração, pois dependem dos meios financeiros, materiais e de pessoal disponíveis e das políticas de saúde de cada país. (MARCONDES, 2014). Os níveis propostos são:

- **Nível Primário**

É aquele de menor grau de incorporação tecnológica (tais como

eletrocardiógrafo, aparelhos básicos de raios X, sonar e eventualmente ultrassom), a capacitação de pessoal para este nível apresenta necessidades de uma “formação geral e abrangente por envolver treinamento em aspectos relacionados à sociabilidade no local de moradia, com ênfase na abordagem familiar” (MARCONDES, 2014, p.8). Os serviços de atenção primária atendem os problemas de saúde mais prevalentes na população alvo, respeitada as possibilidades de intervenção neste nível de complexidade assistencial. Para o autor, estima-se que entre 85% a 90% dos casos demandados à atenção primária são passíveis de serem resolvidos neste nível da atenção. (MARCONDES, 2014).

- Nível Secundário

Os equipamentos são de grau intermediário de inovação tecnológica (tais como RX com alguma sofisticação, ecocardiográfico, ultrassom, aparelhos para endoscopia) e a capacitação de pessoal e, em particular dos médicos, geralmente situa-se em áreas especializadas “Os serviços de atenção secundária devem estar aparelhados com pessoal e equipamentos para atender as situações que o nível primário não absorveu” (MARCONDES, 2014, p.12)

- Nível Terciário

Concentra os equipamentos com alta incorporação tecnológica, como por exemplo, Ressonância Magnética, e o pessoal de apoio necessita de formação especializada mais intensiva, “no caso dos médicos até em áreas superespecializadas (neurocirurgia, cirurgia de mão, nefrologia pediátrica, cancerologia, dentre outras)” (MARCONDES, 2014, p.15).

A rede de atenção à saúde é composta por diferentes tipos de unidade, com diferentes atribuições. Os Centros de Saúde ou Unidades básicas de saúde são destinadas a realização do atendimento da população existente em sua área de abrangência, subordinadas ao Distrito de Saúde, que são unidades integrantes da gestão, responsáveis regionais pela coordenação das ações de saúde, com área de abrangência definida e na qual estão englobadas diversas unidades de diferentes tipos.

A Vigilância Sanitária (VISA) divide-se em unidades distritais integrantes da gestão, responsáveis pela vigilância em saúde em áreas de abrangência coincidentes com a divisão dos Distritos de Saúde ao qual se vinculam, assim como as Unidades de Referência/Especialidade, que como nome diz, são destinadas ao atendimento especializado tanto quanto ao tipo de morbidade, como de diferentes seguimentos populacionais.

[...] Hospitais na definição proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) são: “São todos os es-

tabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com a disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos. [...] (MARCONDES, 2014, p.16)

Também fazem parte do sistema de saúde as unidades Urgências e Emergências e unidades de Pronto-Atendimentos. Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) realizam atendimento e serviços em reabilitação física e em algumas unidades fazem reabilitação visual, auditiva e intelectual e contam com Oficinas Ortopédicas. Nas unidades de serviços de saúde, além de suas especificidades, são desenvolvidos diversos projetos e programas e também são estabelecidos muitos protocolos para atuação em algumas áreas ou atenção a determinadas enfermidades. Um exemplo é o projeto de Humanização do Atendimento em Saúde. Para o projeto, a humanização do atendimento em saúde supõe encontro entre sujeitos (usuários e trabalhadores) que compartilham saber, poder e experiência vivida, implicando em transformações políticas, administrativas e subjetivas. (MARCONDES, 2014)

[...] Protocolo e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. Publicado pela Portaria n.199 no Diário Oficial da União de 23.05.2014. Comissão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) criou protocolos específicos para doenças como esquistossomose, doença de chagas, leishmaniose e malária, hanseníase, dengue e filariose que são algumas das doenças classificadas como negligenciadas, ou seja, fazem parte de um grupo de enfermidades que é alvo de pouca, ou quase nenhuma, inovação tecnológica e científica. [...] (MARCONDES, 2014, p. 24)

Muito importante são também as Áreas de Atenção à Saúde. São elas: Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e do Idoso, Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental, Saúde da Criança e do Adolescente, Reabilitação Física, Saúde do Trabalhador, Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, entre outras. (MARCONDES, 2014)

5. GESTÃO SOCIAL DA SAÚDE: INTERDISCIPLINARIDADE, INTERSETORIALIDADE E TRABALHO EM REDE

A gestão é um componente estratégico para a manutenção ou reforma radical de um padrão de serviço de saúde. A posição subordinada e dependente dessa gestão à política hegemônica de um determinado período não reduz a importância que as contradições internas ao sistema de saúde têm na transformação ou manutenção de um estado de coisas. Não há técnicas de administração que sejam neutras, existem procedimentos diferentes para objetivos diferentes, “há de haver uma adequação dos meios aos fins que se persegue.” (CAMPOS, 1994, p.107)

As principais diretrizes propostas pela Reforma Sanitária e admitidas na Constituição Federal de 1988 só serão realmente efetivadas, sem deixar de reconhecer a importância determinante da ordenação política, se tivermos um padrão de gerência voltado para viabilizá-las, ou seja com meios/técnicas de administração adequadas a essas diretrizes. Analisaremos as principais diretrizes para discutirmos posteriormente qual padrão de gerência é adequado a esses princípios:

- Universalidade e Gratuidade – direito de cidadania e dever do Estado, Ministério da Saúde como responsável, condutor, gestor e principal executor dos serviços de saúde;
- Controle Social – Democratização das decisões nos níveis de planejamento, gestão, execução e avaliação das ações e serviços de saúde. Conferências nos vários níveis, de caráter deliberativo sobre políticas de saúde e Conselhos que acompanham a implantação e gestão;
- Sistema Descentralizado e Hierarquizado - Transparência e proximidade do controle social. Sistema de referência e contra-referência, um sistema unificado e integrado de cuidados de saúde, com priorização dos cuidados médicos primários, onde o primário tem o sentido de primeiro e não de medicina primária, pobre para pobres;
- Assistência Integral – visão de integralidade dos indivíduos e das populações buscando prevenção e reabilitação.

As características da gestão dos serviços de saúde, segundo Campos (1994), que contribuem para consolidar e impulsionar essas diretrizes são: descentralização “prolongada” até cada unidade de serviço/equipe multiprofissional, estimular iniciativas e delegar responsabilidades; desenvolvimento de mecanismos para romper com corporativismo profissional e com a estrutura vertical dos serviços, onde as várias corporações mantêm linhas diretas de relações apenas com seus pares; romper com fracionamento das

atividades desenvolvidas pelos vários profissionais; criar e institucionalizar mecanismos permanentes que assegurem a gestão coletiva dos serviços de saúde, inclusive com formação de Conselho Local de Gestão; Planejamento Participativo com ponta de linha dos serviços – Ascendente – prevendo fóruns de decisão nos vários locais de trabalho; Gestão colegiada e transparência dos processos de planejamento, gestão e financiamento que serão submetidos aos Conselhos Locais e Municipais de Saúde. Prever mecanismos de “escuta” do usuário não organizado. (CAMPOS, 1994)

Serviços de saúde que buscam qualidade de vida como direito de cidadania é processo educativo, que respeitam a dignidade humana e o direito de informação e são serviços que buscam resolutividade. Realizam acolhimento que garantem direito de acesso/universalidade aos serviços de saúde e mantêm vínculo médico/usuário e instituição/território, com sistema de referência e contra referência. (CAMPOS, 1994)

A gestão da Política de Saúde deve assegurar, também, a formação de profissionais com competências e habilidades específicas para respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional; atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o; reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas; exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social. (CAMPOS, 1994).

5.1 Interdisciplinaridade e Intersetorialidade: Algumas Considerações

Disciplinas procuram “firmar fronteiras” e são uma fragmentação artificial do todo. Para Iguti, Eler, Souza (1996) essa afirmação não implica recusar ou negligenciar as diferenças entre os objetos das ciências, eles podem ser distintos, mas o que os une é mais importante. No processo interativo cada disciplina sai enriquecida. A Interdisciplinaridade pressupõe intersubjetividade, ou seja, a necessária relação entre sujeitos e também pressupõe teleologia, o necessário projeto comum. Para o autor, as diferenças entre

multidisciplinaridade, que no trabalho em equipe tem características de “vizinhança” e/ou tolerância entre os diferentes profissionais com diferentes formações, pressupõe abertura ao diferente e respeito a posição do outro. Na interdisciplinaridade há troca, reciprocidade, discussão e complementação. As visões de mundo podem ser diferentes, mas há possibilidade de discussão e troca. Considera que a transdisciplinaridade tem como norte uma teleologia definida em conjunto e/ou comungada e aceita por diferentes profissionais, é trabalho direcionado para finalidades que a todos pertencem mas não são de ninguém.

Segundo Iguti, Eler, Souza (1996), os obstáculos à interdisciplinaridade podem ser caracterizados como institucionais, epistemológicos e psicológicos/ culturais. Sendo que os obstáculos institucionais dizem respeito à separação entre concepção x execução, departamentalização x isolamento, pelo não planejamento participativo e pelo corporativismo dos profissionais da equipe.

Os obstáculos epistemológicos esbarram nas diferentes linguagens das disciplinas e dos técnicos, diferentes visões de mundo, a super especialização que pode levar a perda do todo e os diferentes dos enfoques disciplinares. Já os psicológicos e culturais dizem respeito à falta de tolerância, mundo vivido de cada um, ao individualismo, sentimento de propriedade/defesa/medo em relação ao papel do técnico na equipe

A importância da intersetorialidade na gestão das políticas públicas diz respeito à questão social, que hoje, implica numa complexidade de fatores de demandas que impõe a existência de ações e programas integrados (intra e inter campos de atuação), para combater a fragmentação, obter resolutividade e eficácia, otimização de recursos, garantir a agilidade e qualidade de atendimento aos usuários dos serviços públicos em especial dos serviços assistenciais.

A ação intersetorial visa construir, nos diferentes níveis de governo, a ação conjunta entre as políticas sociais. A construção da intersetorialidade, promovendo a articulação dos programas, serviços e projetos da assistência à saúde, entre si e com as demais políticas públicas, remete ao conceito de territorialização das ações sociais. A organização e estruturação dos Programas e Serviços por proximidade física dos “agentes da rede intersetorial” é fundamental para comprometer as instituições com o enfoque local desenvolvendo formas participativas e cooperativas da gestão da assistência à saúde. Também se faz necessário organizar e socializar Banco de Dados por região e áreas de atuação, a fim de subsidiar e apoiar o trabalho em rede. Atuar na capacitação em saúde, quebrando fronteiras profissionais corporativas,

envolvendo todas as instâncias num repensar a ação intersetorial em Rede e formalizar políticas para trabalho integrado intra e inter Secretarias de Governo nos três níveis, envolvendo Organizações Não Governamentais (ONG's), comunidade e usuários, superando a fragmentação da organização programática e valorizando o exercício de vivências coletivas.

A construção de redes sociais, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade é fundamental para garantir a integralidade das ações em saúde. É na relação de redes que se colocam as questões enfrentadas pelos próprios sujeitos na sua perda de poder para articulá-las em estruturas e movimentos de fortalecimento da cidadania, da identidade, da autonomia.

[...] Indivíduos sozinhos não têm condições de se fortalecer. A construção das redes é processual e dinâmica, envolvendo tanto família como os amigos, os vizinhos, os companheiros de trabalho, partido, sindicato, como redes formais das organizações de saúde, de assistência, educação ou outras, a partir de sujeitos implicados [...] (FALEIROS, 1997, p 61)

Para Pereira (2000, p. 63), só existem dois conjuntos de necessidades básicas objetivas e universais: saúde física e autonomia, precondições para se alcançarem objetivos universais de participação social e libertação humana. Considera a autonomia como capacidade de agência dos indivíduos, ou seja, de fazer algo e de ser responsável pela sua ação. “Este é um atributo típico dos seres humanos que tem que ser valorizado [...] ter autonomia é ser capaz de eleger objetivos e crenças, valorá-los e sentir-se responsável por suas decisões e por seus atos”. O fortalecimento da cidadania e da autonomia é necessário para a construções de redes sociais, que por sua vez são elementos estruturantes da consolidação do SUS. Assim, uma gestão democrática atende aos dois conjuntos de necessidades básicas objetivas e universais: saúde e autonomia..

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A breve apreciação do sistema de saúde à luz dos princípios presentes na Constituição, quando confrontados com a sua efetivação no cotidiano da população, nos releva um quadro de complexidade. Inicialmente é preciso considerar a relativa jovialidade deste novo sistema de saúde brasileiro frente aos desafios de natureza diversa a serem enfrentados.

Em síntese, cabe reconhecer que os principais pontos positivos no desempenho do sistema de saúde são as melhorias da cobertura, principalmente

na atenção primária e na terciária. Sobram como desafios à melhoria da gestão, do acesso e da qualidade dos serviços prestados.

O processo de expansão da política de saúde no Brasil e a construção do SUS é recente e ainda frágil, pois foi constantemente ameaçado por embates políticos, por questões relacionadas ao seu financiamento e pelo avanço da medicina corporativa. Por essa razão, a gestão é um componente estratégico para a manutenção de modelo de atenção à saúde eficiente, eficaz, autônomo e solidário, e com diretriz clara no vínculo e na acolhida integral aos problemas de saúde.

A despeito dos avanços na ampliação da cobertura populacional, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde ainda tem um longo caminho para se efetivar enquanto tal. A participação da comunidade na gestão da política, inclusive através dos Conselhos de Saúde, representa a democratização de informações e a experiência social da participação direta que está presente no fortalecimento da cidadania e da autonomia e, conseqüentemente no fortalecimento do SUS

Concluindo, consideramos que é necessário construir um sistema de atenção à saúde voltado para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas. O Serviço social tem competência e capacidade para dar ao SUS grande contribuição ao exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social, entre outras reponsabilidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**, nº 8080, de 19.09.1990

CAMPOS, G.W.S.. A Reforma Sanitária Necessária. In: BERLINGUER, G.; FLEURY TEIXEIRA, S.; CAMPOS, G.W.S.. **Reforma Sanitária – Itália e Brasil**. São Paulo, Hucitec-CEBES, 1988.

CAMPOS, G.W.S.. **Saúde Pública em defesa da vida**. São Paulo, Hucitec,1994.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M. A.. (Org.) **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas (SP): UNICAMP, 1998. p. 9-31.

FALEIROS, V. P.. (1997) **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo, Cortez Editora.

FLEURY, S.. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

GERSHMAN, S.. Sobre a formulação de políticas sociais. *In*: FLEURY TEIXEIRA, S. (org.) – **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 2ª edição. São Paulo, Cortez Editora e ABRASCO, 1995.

IGUTI, A. M.; ELER, S.; SOUZA, M. C.. O Desafio da Interdisciplinaridade: Algumas Tentativas em Diferentes Experiências Profissionais. **Cadernos de Pesquisa - NEP**. Ano II Número 1, 1996.

LUZ, M. T.. As **Instituições Médicas no Brasil**. São Paulo, Graal, 1979.

MARCONDES, E.. **Sistema de Saúde no Brasil**. USP Universidade de São Paulo, Centro de Desenvolvimento de Educação Médica. s/data. Disponível em: <<http://www2.fm.usp.br/cedem/did/atencao/4%20Bibliografia%20Complementar%20%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20FINAL.pdf>> Acesso em junho de 2014.

NETTO, J. P.. **Ditadura e Serviço Social**, Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 4ª edição. São Paulo, Cortez Editora, 1998.

PEREIRA, P. A. P. (2000) **Necessidades Humanas**. Subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo, Cortez Editora.

SOUZA SANTOS, B.. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 4ª edição, São Paulo, Cortez Editora, 1997.

VAITSMAN, J.. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. *In*: FLEURY TEIXEIRA, S. (org.) **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 2ª edição. São Paulo, Cortez Editora e ABRASCO, 1995.

