



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-Eixo: Ênfase em Concepção

A CONFERÊNCIA GLOBAL DE SAÚDE DE 2018 SEM RELAÇÃO COM O SERVIÇO SOCIAL E O SUS 1990

Mary Jane de Oliveira Teixeira¹

Resumo: Neste trabalho buscamos debater e correlacionar os importantes eventos e tempos históricos para o Brasil, para o Serviço Social e para a Saúde, com conquistas e perdas. Apontamos a relevância atual de permanecermos na luta em defesa dessas conquistas. Correlacionamos a Conferência de Saúde em Alma-Ata/1978, o Congresso da "Virada" do Serviço Social/1979, a Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde/1990 e a Conferência de Saúde em Astana/2018.

Palavras-Chave: Eventos históricos – Saúde - Serviço Social.

Abstract: In this work we seek to discuss and correlate important historical events and times for Brazil, for Social Service and for Health, with achievements and losses. We point out the current relevance of remaining in the struggle to defend these achievements. We correlated the Health Conference in Alma Ata / 1978, the Congress of the "turnaround" of Social Work / 1979, the Federal Constitution of 1988 and the creation of the Unified Health System / 1990 and the Health Conference / 2018.

Keywords: Historical events - Health - Social Work.

INTRODUÇÃO

Nestes 40 anos, muitos avanços e retrocessos vivemos na sociedade contemporânea, de forma globalizada, que nos afetaram, razão que nos convida a buscarmos entender e identificar a relação histórica, ideopolítica e de política econômica, o que então nos levou a estudar cada um dos eventos e suas definições para o setor. Observamos que em nosso debate dirigimos o foco de reflexão à realidade brasileira, quando identificamos o que mudou neste percurso e como nos posicionamos frente às mudanças, combinados e articulados com o debate do Serviço Social.

Em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a UNICEF², com participação das agências financeiras como o Banco Mundial realizaram a Conferência Global para a Atenção Primária em Saúde, em Astana (Cazaquistão), em homenagem aos 40 anos da realização da Conferência Internacional em Atenção Primária, em

¹ Professor com formação em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: mary-teixeira@uol.com.br.

² FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFANCIA, um órgão da Organização das Nações Unidas (ONU)

1978, em Alma-Ata. Conferência esta que definiu como meta para os países-membros: “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT/2000). A Carta de Alma-Ata define que a Atenção Primária seria a porta de entrada dos sistemas, no sentido da prevenção e promoção da saúde, baseada na abordagem de atenção integral, articulando com as demais políticas sociais e de forma sistêmica. No entanto, em muitos países, com evidência para os periféricos, suas políticas de saúde ficaram muito distantes dessa meta. A partir dessa consideração, estudamos a Declaração de Astana (2018) e destacamos alguns trechos para análise, buscando uma correlação com a política de saúde no Brasil, tendo como referência a Constituição Federal (CF) de 1988, a qual em 2018 completou 30 anos e como desdobramento foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (8080/1990 e 8142/1990), criando então o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2019, o Serviço Social comemora 40 anos de luta coletiva e conquistas relevantes da categoria, que construiu no mesmo período citado (anos 1970-1980), um projeto profissional com intenção de romper com o conservadorismo presente até aquela conjuntura, projeto esse hegemônico entre os assistentes sociais, registrando simbólica e significativamente o ano de 1979 como o marco desse movimento no Brasil. Parte desses profissionais colocava em debate a urgência de uma renovação do Serviço Social e trouxe para a ação suas posições, conjugando com a luta por uma sociedade democrática, articulando assim seu projeto profissional ao projeto de sociedade. Particularmente, no Brasil, o Serviço Social se destacou ao questionar não só a visão tradicional/conservadora que imperava na formação e na intervenção profissional, como estimulou e materializou a elaboração de um novo projeto profissional (Projeto Ético-Político) e 1979 foi o ano chave de “lançamento” dessa virada histórica.

A Reflexão: Alma-Ata, Serviço Social - Projeto Profissional, SUS e Astana

Precisamos estar atentos constantemente e observarmos as conjunturas ideopolítica e econômica no mundo e em esfera nacional, que traçaram as linhas e definições de rumo nas sociedades ocidentais, para entendermos por que as metas estipuladas pela OMS têm dificuldade em serem cumpridas. Realizamos nosso trajeto partindo da necessidade de considerarmos que no período de realização da Conferência Internacional de Alma-Ata/1978, na Europa e Estados Unidos da América (EUA), já se vivia uma crise no modo de produção capitalista, que afetou as nações mundialmente e trouxe inegáveis efeitos danosos para as políticas sociais e, em

especial, ao setor saúde dos países periféricos. Naquela conjuntura, a OMS e UNICEF gradativamente perdiam poder para as agências financeiras como o Banco Mundial (TEIXEIRA, 2018) (a *posteriori* para as fundações: Rockefeller, Bill Gates, entre outras) (NUNES, 2018), que traziam “nova” concepção referente à Atenção Primária: sua Seletividade – propondo-se então a garantir alguns procedimentos para grupos populacionais mais vulneráveis, desconfigurando o que foi acordado em Alma-Ata.

Sublinhamos uma diferença significativa entre o encontro de Alma-Ata (1978) e o de Astana (2018), em que, diferente da anterior, neste, estão presentes chefes de Estados e governos, ministros, representantes de Estados e governos e representantes de “*organizações de integração econômica regional*” (*grifo nosso*), [...]. No documento está a reafirmação do compromisso expresso na Declaração de Alma-Ata de 1978. Como o objetivo central (SPT/2000) não foi alcançado, não se aprofunda buscando as razões, mas se muda o prazo da meta, agora para 2030. Em Astana, segundo o documento, esse objetivo deve estar articulado com as propostas do Desenvolvimento Sustentável, com discurso de “em prol da saúde para todos” (OMS/UNICEF, 2018, p.1).

Ao pensar a singularidade brasileira, sabemos que a Política de Saúde, no decorrer de sua história, tem sido objeto de um intenso processo de reorganização do seu sistema e de maneira geral. Algumas dessas mudanças foram no sentido de o Estado brasileiro buscar adequá-las ao modo como se desenvolve o capitalismo mundial, dependendo da conjuntura internacional. Destacamos o período mais recente que trouxe alteração substancial na sua concepção e condução. Nessa direção, registramos que com a promulgação da CF/88, um novo sistema de saúde foi criado. Sistema esse fruto de muito debate e luta nas décadas de 1970 e 1980 contra a ditadura civil-militar e também no setor específico, que criou um movimento apresentando como proposta uma Reforma Sanitária (MRS), fundada na ótica inversa do que tínhamos até então, entendendo a Saúde como fruto de determinantes sociais, políticos, econômicos e sua reforma só seria capaz de avançar e se concretizar, com participação social, em um ambiente democrático. Neste sentido, importante era combinar a luta pela democratização do país. Com base nessa perspectiva, o MRS incorporou conceitos, premissas e recomendações advindas de Alma-Ata no que diz respeito à APS.

O Serviço Social, com o novo projeto profissional já definido nos anos de 1990, tinha clareza da importância da materialização e hegemonia desse projeto, conjugado com o ideário da construção de um outro Brasil. Para os assistentes sociais da área da

Saúde, esse movimento foi percebendo que tinha muito em comum com as propostas da Reforma Sanitária e, por consequência, com o novo sistema de saúde criado. Também os Assistentes Sociais perceberam a identificação com o conceito de saúde que passou a ser ampliado, entendendo-o como um processo que passa por inserir os determinantes sociais que presidem o processo de adoecimento.

No entanto, a concretização da utopia sanitária e do Serviço Social encontra fortes desafios em busca de seu alcance. Sabemos que o modo de produção capitalista necessita de “permanente reestruturação” (DIAS & BOSI, 2005, p.45), pois ele muda em determinadas épocas históricas, principalmente em cada ciclo de crise. Assim, o capital busca novas formas de acumulação para sair do ciclo de perdas econômicas em larga escala. Nessa mesma direção, Trotsky (2008) ao debater com estudiosos contemporâneos sobre o tema, lembra que o capitalismo tem “momentos de aceleração e desaceleração” e ao perceber o “mercado como saturado, o capitalismo procura outros, para sua expansão” (2008, pp. 40-42). E suas mudanças em busca de saídas para sua recuperação tendem a atingir os trabalhadores de diferentes formas. É essa realidade desafiadora que vivemos nesse fim de quadra do século XX e entrada do século XXI.

No Brasil, nos anos de 1990, a ideologia neoliberal, apresentada como única saída para enfrentar a crise econômica, ocupou paulatinamente e tornou-se hegemônica no governo de Fernando Henrique Cardoso. A partir dessa visão de sociedade, a política de saúde foi implementada por meio de um conjunto de contrarreformas do Estado. A crise de endividamento das nações latino-americanas nos anos de 1980 abriu espaço para uma maior interferência do BM na política externa desses países formulando um conjunto de contrarreformas para atender as necessidades de expansão do capital internacional. Medidas que foram sendo implementadas no decorrer deste tempo histórico, mas não plenamente como as agências multilaterais indicavam, permanecendo a pressão ideopolítica para que os Estados nacionais as implementassem. No Brasil, entre os anos de 2003 a 2016, mesmo com a continuidade das exigências acima colocadas, os impactos sobre as expressões da questão social foram relativamente amenizados por meio de políticas sociais (predominantemente de forma focalizada), passando por retrocessos nos indicadores sociais atualmente. É nesse contexto mundial e nacional de muitas mudanças e regressões que em 2018 a Conferência Global de Saúde para a Atenção Primária é realizada e apresenta sua Carta de Recomendações, o que nos provoca inquietações por identificarmos sinais graves de anacronismos em relação à Atenção Primária verdadeiramente integral, em sistemas públicos universais, como o brasileiro.

Esse é um dos temas que nos move a debruçarmos sobre o texto e interpretar o que está nas linhas e entrelinhas, entre o dito e o não dito, mas seu pressuposto e faremos alguns apontamentos nos trechos que avaliamos se refletirem de forma direta em nossa realidade.

O modo de produção capitalista em sua fase atual escolheu como padrão de acumulação uma modalidade produtora de mais desigualdade (aumentando a distância entre as classes sociais), com destaque para os países na periferia do capital, como o Brasil. Os recentes dados sobre desigualdade apresentados pela OXFAM Brasil (2017)³ revelam os efeitos das medidas governamentais e do grande capital (aliança Estado/capital), em que a desigualdade de renda tinha estancado pela primeira vez em 15 anos, e que voltou a subir. O documento atribuiu a piora a uma série de limitações econômicas, em particular à recessão, ao aumento do desemprego e à crise nas contas dos governos, que limitam o fôlego de políticas públicas voltadas aos mais pobres e ao investimento. Como consequência disso, em curto tempo, o Brasil passou de 10º para o 9º mais desigual do mundo em uma lista de 189 países, segundo o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Em 2017, o Brasil contava 15 milhões (7,2% da população) de pessoas consideradas pobres pelo Banco Mundial (*apud* OXFAM BRASIL, 2017). Trata-se de um crescimento de 11% em relação a 2016. Para a OXFAM: “Não é possível erradicar a pobreza no mundo sem reduzir drasticamente os níveis de desigualdade” (*idem*, p.10). A entidade se refere aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da ONU, com estimativa de erradicar a pobreza até 2030. A elevada concentração de renda e centralização do capital provocam o contraponto do crescimento da pobreza e o aumento das desigualdades sociais. A entidade reconhece que persistem questões estruturais: a “redistribuição de renda e riqueza do país, como a necessidade de estabelecer uma política tributária, a melhoria da qualidade dos serviços públicos, a reversão da concentração fundiária e a inclusão educacional de adolescentes e jovens adultos (sobretudo negros) [...]” (OXFAM, 2017, p.12). São elementos que confirmam a tendência apontada. Historicamente, quando os países capitalistas passam por crises econômicas, a tendência é de cortar os gastos sociais, ou seja, reduzir mais a verba das políticas sociais. Com o neoliberalismo pós anos de 1990 na América-Latina e a atual postura ultraneoliberal no país, a prioridade foi focalizar na população mais empobrecida, conduzindo os países “a um processo de neocolonização” (FERNANDES, 1981). Para ilustrar essa análise, exemplificamos com as medidas

³ TCU 2018: Renúncias Tributárias: R\$ 283,4 bilhões drenam recursos que poderiam ir para as políticas sociais, como as renúncias fiscais de pessoa física e jurídica (RADIS, 2018).

adotadas no Brasil em 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional 95, apresentada pelo governo Temer. Em sua essência, ela impede o aumento das despesas públicas acima da inflação [...] e a não realização de concurso público por 20 anos, o que certamente afetará mais ainda as políticas sociais (FUNCIA, 2016; BRAVO *et all*, 2018; TEIXEIRA, 2018).

Esses dados e medidas governamentais recentes revelam uma conjuntura extremamente desfavorável para a classe trabalhadora, combinados com as recomendações de Astana/2018, estas mais alinhadas com as propostas das agências financeiras⁴. Pensamos ser urgente e necessário refletir sobre os desafios dos sistemas de saúde e sobre o papel da Atenção Primária em Saúde na composição desses sistemas, como na ampliação do acesso da população aos serviços e na melhoria dos indicadores de saúde. Consideramos que nos anos 2000 alguns programas deram sua contribuição, como o Saúde da Família e a Política Nacional de Atenção Básica/2012, apesar das restrições de políticas focalistas. Porém, a partir de 2018, tivemos a desestruturação de programas, como o Programa Nacional de Imunizações, o que “provocou a redução da cobertura vacinal e o crescimento do número de casos de sarampo, por exemplo” (RADIS, 2018, p.3), além de retirar do Brasil o certificado de eliminação da doença, concedido em 2016 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS). Essa ação deliberada “trouxe de volta para as crianças, o risco que se julgava superado. A proposta do governo atual de desvincular o orçamento da saúde tende a acelerar este desmonte” (RADIS, 2019, p.3).

Na Declaração da Conferência Global sobre APS, o texto afirma reconhecer a contribuição da saúde às décadas de desenvolvimento econômico. Inicialmente, o documento diz reafirmar seu compromisso com Alma-Ata (1978), seus valores e princípios, destacando o discurso no campo das vontades e aspirações (ASTANA, 2018, pp. 2-4). Considera que a APS deva ser fortalecida, por ser o

[...] enfoque mais inclusivo, eficaz e efetivo para a melhoria da saúde física e mental das pessoas, assim como seu bem-estar social visto que a APS é a pedra angular de um sistema de saúde sustentável para a Cobertura Sanitária Universal (CSU) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030 (2018, p.3)

⁴ Propostas do BM para a Saúde: a) racionalidade e eficiência para reduzir os custos; b) divisão das responsabilidades entre Estado e Sociedade; c) percepção não mais da Saúde como direito e sim uma mercadoria; d) estimular as parcerias público-privado e as recomendações do BM (2017).

Aqui fazemos dois destaques: a OMS ainda trabalha com o conceito de saúde fundado no modelo biomédico, mecanicista (ultrapassado no Brasil com o conceito ampliado em saúde, no SUS). Segundo Teixeira (2018), e o destaque seguinte é referente à Cobertura Universal, que a seguir discutiremos seu real significado.

A Carta de Astana afirma pretender uma Saúde Pública e APS fortes, com núcleos fundamentais na prestação dos serviços e visualiza como possibilidade exitosa para alcançar tais objetivos “*a vontade política, com interesse de diversos atores públicos e privados nos ODS*” (2018, p.3). Chama-nos a atenção a referência à entrada/parceria do setor privado nessa “vontade política”, por manifestar o reconhecimento do setor privado como elemento atuando no mesmo patamar, desconsiderando que a vontade predominante é voltada para a acumulação de capital e não para as necessidades de saúde dos povos, como é dever do Estado garanti-la.

Fala ainda em “*acesso equitativo à atenção à saúde eficaz e de qualidade que necessitam, velando para que o uso de ditos serviços, não lhes exponha à dificuldades financeiras*” (2018, p.4). Subentende-se então que os serviços podem ser cobrados “de quem pode pagar”, o que revela a dicotomia de condições entre as classes sociais, entre os que “podem” e os que não podem pagar” os serviços ofertados, perspectiva em direta consonância com as recomendações dos relatórios históricos do BM dos anos 1980/ 2000 e não mais com as reais necessidades de saúde e sua percepção como direito.

A Declaração de Astana reconhece que em “*todas as regiões do mundo, segue havendo pessoas com necessidades sanitárias desatendidas*” (2018, p. 4), mas suas propostas adotam as tendências privatistas e com a desresponsabilização do Estado, como vimos, o que inevitavelmente assim seguirão. Na sequência, o texto afirma: “*Manter-se com boa saúde é um desafio para muitas pessoas, em particular os pobres e as pessoas que se encontram em situações vulneráveis*” (*idem*, p.4). Pondera ainda reconhecer as “disparidades nos resultados sanitários e na iniquidade em saúde” (*idem*, p. 5), quando o documento reconhece a pobreza extrema no mundo. Contudo, as entidades presentes não analisam este fenômeno como social e fruto estrutural da exploração capitalista (Lei Geral da Acumulação). Suas propostas tendem a se restringir ao campo individual e local (comunitário), de base microestrutural e restrito às pessoas na situação de extrema pobreza. Suas considerações são limitadas, pois afirmam que tal situação é “provocada pelos gastos diretos desproporcionais em saúde” (2018, p.5). Análise também encontrada nos insistentes relatórios do Banco Mundial e fundamentada no pensamento neoliberal, o qual centra as

responsabilidades na gestão pública, no despreparo do Estado, como se a questão fosse técnica, que um bom curso de administração e preparo que está presente no setor privado resolveria, o que a realidade, a experiência brasileira e mundial nos evidenciam que não é o caminho para qualificar a saúde.

Na sequência, consideramos que a contradição principal se revela no item dos compromissos, quando os assinantes do documento se comprometem a promover a *“ação multisetorial e a Cobertura Universal de Saúde (CUS), reunindo a colaboração das partes interessadas pertinentes e empoderando as comunidades locais para fortalecer a Atenção Primária em Saúde”* (2018, p. 6). Essa Cobertura Universal proposta já vem se delineando pelas agências financeiras ao longo dos anos 1990, consolidando-se nos anos 2000, quando a vertente ultraneoliberal predomina nas relações sociais no mundo capitalista e a lógica do mercado impera sobre as necessidades dos povos. Opção que se consolida com a reconfiguração do papel do Estado que repassa as políticas públicas para o setor privado suas ações, serviços e gestão. Na área da saúde, apresenta-se como uma concepção que tem como pano de fundo uma Atenção Básica mais seletiva ainda, dirigida às populações que não podem pagar qualquer tipo de serviços. Assim, restringem o acesso à assistência, sem garantir a articulação intersetorial, como proposto em Alma-Ata. Na verdade, priorizam a cobertura financeira cingida a quem pode pagar. Essa concepção desconsidera os sistemas únicos (como no Brasil) e defende como central a entrada do setor privado na prestação e gestão dos serviços. Mais recente, no Brasil, essa visão emerge e ignora ou tenta desfazer as bases constitucionais vigentes (BRAVO *et al* 2018) por meio do grupo empresarial COALIZAÇÃO BRASIL 2017. Indo nessa direção, esse setor privado quer definir a política de saúde do país.

A Cobertura Universal de Saúde/ASTANA mantém a lógica da garantia de uma cesta mínima de serviços diferenciada segundo grupos de renda. Assim, combina a extensão entre os que têm planos e podem pagar a prestação de serviços com os que não podem, garantidos por essa “cobertura”. No Brasil, isso se agrava, pois se busca criar “planos de saúde populares”, a baixo custo, com oferta de serviços muito limitada, negando a existência do sistema público do país.

No documento de Astana temos uma forte contradição quando então define o compromisso de *“estender a APS como pilar da Cobertura Sanitária Universal nas emergências, garantindo a continuidade da atenção e prestação dos serviços essenciais, em consonância com os princípios humanitários”* (2018, p.6). É humano condicionar o que é um direito de todos entre os que podem ou não pagar? É humano

mensurar/limitar a oferta de ações e serviços de saúde por meio do poder aquisitivo? Ou seja, por condição de classe social? Para a OMS/UNICEF, Saúde é direito à vida ou um comércio?

Em referência aos recursos humanos afirma que criarão *“trabalho decente e estabeleceremos uma remuneração adequada para os profissionais de saúde [...]”* (2018, p. 8). Vemos como uma postura mais próxima ao moralismo e subjetivismo, sem estabelecer o que seria este “trabalho decente” e essa “remuneração adequada” (para quem?). No Brasil, a CF/88, no artigo 5º define que todo cidadão brasileiro tem direito a *“uma vida digna, livre e igualitária, como o direito à vida, à liberdade, à moradia, e à segurança, como o benefício ao trabalho”*, dentre outros. No artigo 6º, estipula que *são direitos sociais: “a educação, a saúde, a alimentação (inserido por Emenda Constitucional, em 2010), o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (...)”*. Portanto, a população brasileira, por exemplo, já estaria contemplada em termos legais. No campo da saúde temos essa regulamentação por meio da Lei 8080/90, no artigo 2, que define Saúde como *“um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”*. No entanto, as condições de trabalho e remuneração para os profissionais não são as adequadas; os salários nos setores públicos são baixos e permanecem os mesmos há alguns anos. No setor privado, no espaço público (Organizações Sociais), temos estudos e registros na imprensa de atrasos e ausências de pagamento, como condições e situação de trabalho precárias.

Entre as aspirações apresentadas na Carta de Astana, apontamos a postura de fortalecer as *“pessoas e as comunidades”* como *“forma de empoderamento de comunidades locais”* (p.10). O *Empoderamento das pessoas e comunidades como corresponsáveis por sua própria saúde (idem)*. Percebemos assim a continuidade e coerência funcionalista, em que o indivíduo deve assumir a responsabilidade pela sua vida e, portanto, da sua saúde. É no âmbito do micro (pessoas/localidades) que as soluções para as questões da saúde são tratadas. Por não se ter mais um Estado Social, os Estados se fazem presentes com o mínimo possível (o básico). Em Astana/2018, ainda há a recomendação de que *[...] as pessoas escolham estilos de vida saudáveis e se envolvam na concepção, planejamento e gestão de sistemas de saúde, fazer políticas audaciosas para a Saúde (idem)*. Pensamos a concretização dessas indicações sendo aplicada no Brasil: como seria hoje para a grande maioria das pessoas fazer essas escolhas? E como individualmente, ou mesmo as

comunidades, poderão ter esse nível de participação se temos uma sociedade excludente, autoritária e grande parte fora do poder de decisão?

Ao abordar os determinantes sociais de saúde, “conforme os ODS a partir do governo” (2018, p.10), o documento insere/acentua a presença do setor privado, por considerar que o mesmo fortalece financeiramente a Saúde Pública e a APS: no centro do debate, a Cobertura Universal de Saúde – presente no Relatório de DSS/OMS/2005 (TEIXEIRA, 2018). Mais claramente, a Carta de Astana trabalha com a “participação do setor privado”, reproduzindo a visão de desresponsabilizar o Estado quanto à definição dos sistemas de saúde e à provisão de seus serviços, o que abre mais as portas para o denominado complexo médico-industrial-financeiro-farmacêutico – setores envolvidos no investimento em saúde, com visão de lucro: produção e circulação de suas mercadorias para a realização do capital, com preços de preferências abusivos.

A experiência brasileira de inserção das Organizações Sociais (OSs) e correlatas, na atenção e gestão da saúde, nas diferentes esferas de governo, pós 1995, por Contratos de Gestão, mostra que a transferência de responsabilidade e recursos públicos para o setor privado não é garantia de qualidade e resultados positivos, como revelam estudos dirigidos ao tema (PINHEIRO, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que as aspirações e recomendações de Astana/2018 distanciam-se das premissas e diretrizes apontadas em Alma-Ata/1978, o que não é surpreendente, considerando as transformações estruturais e conjunturais pelas quais passaram as sociedades capitalistas nos últimos 30/40 anos e a interferência das agências financeiras internacionais nos órgãos indicadores das políticas sociais. Algumas das mudanças nas Conferências referidas, apontamos neste trabalho, como a Atenção Integral à Saúde e Atenção Primária como premissas fundamentais em Alma-Ata e a alteração para a Atenção Básica Seletiva, já defendida pelo Banco Mundial e fundações internacionais, anteriormente. Todavia, o que mais altera a condução das políticas de saúde nacionais que adotarem as recomendações de Astana diz respeito à Cobertura Universal em Saúde (CUS), que, na verdade, focaliza mais a Atenção Primária, na população mais empobrecida e a fragmenta entre os que podem e os que não podem pagar, acentuando a desigualdade já existente e assumindo a privatização da saúde em todos os níveis de assistência, principalmente nos países periféricos, como o Brasil. Astana/2018, segue a tendência definida pela OMS de não mais referir-

se a direito universal, mas à Cobertura Universal, ou seja, restringe a concepção de saúde ao acesso à assistência, demonstrando o retrocesso que significa essa opção. Assim, a CUS conta com a atenção da oferta de ações e serviços de saúde na APS fora da responsabilidade do Estado e opta por articular com o setor privado (o capital) essa atenção, a qual grande parte da população não tem escolha.

Para o Brasil, um país com extrema desigualdade social e econômica e, por consequência, de saúde, vimos que esta “alternativa” é oposta ao que foi construído e implantado por meio legal, um sistema de saúde público, universal e integral: o SUS. No entanto, reconhecemos que graves problemas ameaçam sua concretização, devido às escolhas de governos de tendência conservadora ocuparem o bloco no poder. A privatização tem avançado em aliança com o Estado e hoje a inserção do setor privado caracteriza-se como hegemônico, com as OSs predominando em todos os níveis de atenção, tanto na prestação de assistência como na gestão de unidades públicas, com financiamento público. Experiência que demonstrou não trazer resultados favoráveis às necessidades de saúde da população, agravando as anteriores dificuldades. O adensamento desse caminho se dá principalmente por contribuir com o aumento das desigualdades sociais e de saúde em especial, já presentes no país, distanciando a possibilidade de alcance da utopia de uma redução expressiva. A política de saúde com base na seletividade mantém a desigualdade e não contribui para a qualificação da atenção. Essa focalização permaneceu e piorou com a conjuntura nacional de base conservadora. As medidas governamentais seguiram as restrições e mais recentemente, como vimos, a Lei do Teto dos Gastos (2016) que afetará a situação de saúde, mas está em consonância com Astana/2018.

Nesta direção, a comemoração dos 40 anos de resistência do Serviço Social é crucial para a sustentação da postura identificada com o Projeto Ético-Político da profissão, com sua longa história de participação e luta por direitos. E na Saúde em especial, identificado com as propostas do movimento de Reforma Sanitária e opção pela defesa do SUS (quase 30 anos), hoje visivelmente ameaçado de materialização, pela disputa com a lógica do setor privado em sua amplitude, manter e intensificar a luta pelos direitos sociais aos direitos humanos, à Saúde como direito universal. Pois a permanecer como está, a tendência é a cada duas/três décadas, a OMS/UNICEF/Banco Mundial e parceiros precisarem renovar as “aspirações” e “os votos de boa vontade”, pois as metas jamais serão atingidas. O modo de produção capitalista é incompatível com a igualdade e a justiça social: políticas de austeridade só aumentam a pobreza e como desdobramento, forma mais segmento de excluídos. O movimento social em saúde (com participação em destaque dos assistentes sociais)

criou espaços de luta coletiva em defesa do SUS, em direção contrária às “aspirações” de ASTANA/2018 e sem data para sua utopia, por entender que o processo de transformação e conquistas não tem data nem hora marcada. E perguntamos: como seria possível uma “Saúde Para Todos” em uma sociedade que não é para todos?

REFERÊNCIA

BANCO MUNDIAL. Propostas de Reformas do sistema Único de Saúde Brasileiro. Disponível em www.worldbank.org/pt/country/brazil/brief/brazil-policy-notes. Acessado em março de 2019

BRASIL. Presidência da República. Constituição Federativa do Brasil. De 05 de maio de 1988

BRAVO, M. S. et al. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. In *Argumentum*. UFES, Vitória, v.10, n.1, pp.9-23, jan/abril, 2018

DIAS, E. F. & BOSI, A. P. Estado, Capital, Trabalho e Organização Sindical: a (re) construção das classes trabalhadoras no Brasil. Revista Outubro, n.12, 2005, pp. 45-69

Enzier, J. Entrevista: médico e vereador Paulo Pinheiro fala sobre os cortes na saúde pública do município. Disponível em www.ensp.fiocruz.gov.br .em 14 de dez/2018. Acessado em fevereiro de 2019

JINKINGS, N. A Reestruturação do Trabalho nos Bancos. In Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil/ Ricardo Antunes (org) – São Paulo: Boitempo, 2006, pp.189-206

NUNES, A. J. Saúde Global: Do Direito à Obrigação. Entrevista com Adriano de labor. Disponível em www.ensp.fiocruz.br/radis - n 193, out/2018, p. 12
Acessado em dezembro de 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Conferência Global Sobre Atenção Primária Em Saúde: De Alma-Ata à Cobertura Sanitária Universal e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – Astana/Cazaquistão – 25 e 26 de outubro de 2018 – OMS/UNICEF

TEIXEIRA, M. J. O. Determinantes Sociais em Saúde: o Serviço Social no debate contemporâneo. IN Serviço Social e Política de Saúde: Ensaios sobre Trabalho e Formação Profissionais / Adriana Ramos / Letícia B. da Silva / Luciana G. P. de Paula (orgs); Valeria Forti, Yolanda Guerra (coordenadoras da série): RJ. Lumen Juris, 2018, pp.47-66

TROTSKY, L. O Imperialismo e a crise econômica mundial. Traduzido por Roberto Barros. SP: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2008

www.ensp.fiocruz.br/radis. Menos saneamento, mais doenças. n.193, out/2018, p.9 – acessado em novembro 2018

www.oxfam.org.br – A Distância que nos Une: um retrato das desigualdades brasileiras, setembro de 2017. Acessado em novembro de 2018.