

Ouçã a Rádio 9 DE JULHO - 1600 kHz

Programação - jun/2001

Dia	Horário	Programa	Comunicador
S E G. a S E X T A	5h-6h50	Bom dia trabalhador	Telma Feher
	6h50-7h50	Ciranda da comunidade	Olavo Marques/Ruth M.
	8h-9h	Músicas para servir e amar	Pe. José Renato
	9h-11h	No coração da família	Ir. Graça Silva
	11h-12h	Construindo cidadania	Debate
	12h-14h	Recordar é viver	José Carlos Gomes
	14h-15h	P/ que minha vida se transforme	Salete e Wilma
	15h10-18h	Amor é serviço	Cidinha Fernandes
	18h-19h	Programação religiosa	Sob consulta
	20h30-23h	Programa Pe. Abério Christie	Pe. Abério Christie
S Á B A D O	7h-24h	Horário rotativo	-
	5h-7h	Bom dia, Brasil	José Carlos Gomes
	7h-9h	Na presença de Deus	Pe. Raimundo Rosimar
	9h-10h	Parada 9 de Julho	Claudionor Peixoto
	10h-12h	Alô galera	Rafael Righini
	13h-15h	Almoço italo-luso-brasileiro	M. Antonio/M. Araújo
	15h-20h30	Programação religiosa	Sob consulta
	20h30-23h	Programa Você Pode ser Feliz	Claudionor/Celina
	23h-23h59	Para viver melhor	Salete/Wilma
	7h-24h	Horário rotativo	-
D O M I N G O	5h-6h	Bom dia, Brasil	José Carlos Gomes
	6h-8h	Na presença de Deus	Pe. Raimundo Rosimar
	8h-9h	Açores sem fronteiras	Marins Araújo
	9h-11h	Som do Brasil	José Carlos Gomes
	11h-14h	Almoço luso-paulistano	Martins Araújo/F. Lopes
	14h-15h	Parlando D'amore	Dick Danello
	15h10-16h10	Espaço alternativo	Edson Natale
	16h10-17h	No poder do louvor	Italo Fasanella
	17h-24h	Programação religiosa	Sob consulta
	5h-24h	Horário rotativo	-

CARIDADE, SAÚDE E CIDADANIA

Pe. Christian de Paul de Barchifontaine

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a caridade, representada sobretudo pela Igreja, desenvolveu, na sociedade, um papel importante durante muitos anos, através das Santas Casas, de ambulatórios, hospitais e outras instituições de saúde mantidos por Congregações Religiosas e Dioceses. Hoje, o Evangelho da caridade na área da saúde passa pela Pastoral da Saúde. Segundo as Diretrizes de ação da Pastoral da Saúde da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), em consonância com o Guia da Pastoral da Saúde para a América Latina e o Caribe do CELAM / DEPAS (Conselho Episcopal Latino Americano / Departamento de Pastoral Social), a Pastoral da Saúde é a ação evangelizadora de todo o povo de Deus comprometido em promover, preservar, defender, cuidar e celebrar a vida, tornando presente no mundo da saúde a ação libertadora de Jesus, nas seguintes dimensões: **1. Solidária:** vivência e presença samaritana junto aos doentes e sofredores nas instituições de saúde, na família e comunidade (portadores do vírus HIV, portadores de deficiências, drogados...). Visa atender a pessoa integralmente, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual. **2. Comunitária:** visa à promoção e educação para a saúde, relaciona-se com saúde pública e saneamento básico, atuando na prevenção das doenças. Procura valorizar o conhecimento, sabedoria e religiosidade popular em relação à saúde. **3. Político-institucional:** atua junto aos Órgãos e instituições, públicas e privadas que prestam serviço e formam profissionais na área de saúde. Zela para que haja reflexão bioética, formação ética e uma política de saúde sadia. Assim, caridade na área da saúde, chama-se justiça, equidade, solidariedade, em fim, cidadania.

Após algumas conceituações, tentaremos entender melhor o que é cidadania e o Sistema Único de Saúde (SUS). Com Laura Soares, refletiremos sobre o financiamento no setor da saúde e as dificuldades e impecilhos com

a privatização e as “inovações gerenciais”. E concluiremos que a Pastoral da Saúde deve se empenhar na viabilização do SUS, em nome da cidadania e como seguidores de Cristo que disse: “Eu vim para que todos tenham vida e a tenham em abundância” (Jo 10,10).

1 - ALGUMAS CONCEITUAÇÕES

1. JUSTIÇA: esse princípio obriga a garantir a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde, como parte da consciência da cidadania e luta pelo direito à saúde; quer-se com a justiça a otimização das conseqüências boas dos atos e o máximo benefício pelo mínimo custo para todos. Além da saúde ser um direito da pessoa, o direito à tutela da saúde deve ser considerado um direito social fundamental do cidadão. Isto tem a sua raiz no princípio de solidariedade, que implica a recusa da separação entre as pessoas e o reconhecimento da interrelação necessária entre os diversos projetos de vida. Deste princípio procede a afirmação da igualdade da pessoa nas diversas formas da sua existência (sem, por isso, anular a diversidade dos estados de vida) e, portanto, a conseqüente admissão que não é justo tratar as pessoas de maneira diferente, com modalidades que atribuam valor diferente a suas vidas e aos seus interesses fundamentais. Por isso, a justiça exige que se supere toda forma de discriminação e deve ser chamada para restabelecer a igualdade nos interesses quando haja entre eles desproporção. Isto significa que a alocação dos recursos públicos e dos instrumentos de política pública no campo da saúde deve ser feita de maneira equitativa, sem penalizar injustamente as pessoas ou as diversas categorias sociais.

2. EQUIDADE: segundo a UNICEF, equidade é prover bens e serviços, de modo diferenciado, para atender às distintas necessidades dos vários grupos populacionais, tendo em vista a redução das desigualdades de acesso; o princípio de equidade reporta-se a uma aplicação casuística da justiça que, ratificando a igual dignidade de todas as pessoas, estabelece uma igual acessibilidade aos cuidados de saúde através de sua redistribuição diferenciada: isto é, atribuindo mais a quem tem menos e vice-versa (vertical); e atribuindo

o mesmo aos que se encontram em iguais condições (horizontal), numa ação antidiscriminatória, reguladora das desigualdades.

A palavra equidade é usada como sinônimo de justiça, não como virtude abstrata, mas como norma seguida constantemente ao julgar, ao governar, ao tratar de cada problema nos pontos concretos das situações e das possibilidades. A característica da equidade é que ela está atenta não somente à lei, mas também ao legislador; não somente às suas palavras, mas também às suas intenções; não ao que o homem fez, e sim ao que ele se propõe fazer. Assim, a equidade não é apenas uma força para resistir às deficiências da lei escrita, mas tem igualmente altíssimo significado ético e social. No âmbito da saúde a virtude da equidade toma em conta o princípio segundo o qual a oferta de serviços da saúde deve ser proporcional às necessidades dos cidadãos e deve ser igual para uma igual necessidade, mas considera também que este princípio, ideal em si mesmo, deve freqüentemente confrontar-se com as limitações dos recursos disponíveis. É neste caso que a equidade assume a sua responsabilidade específica na distribuição equitativa dos recursos da saúde disponíveis e pode também tornar-se critério de estímulo para expressar a solidariedade.

3. DIREITO À SAÚDE: segundo a Organização Mundial da Saúde, o poder de gozar do mais elevado nível de saúde possível é um dos direitos fundamentais de cada ser humano, sem distinção de raça, religião, convicções políticas, condições econômicas e sociais; e acrescenta: a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não unicamente a ausência de doenças ou enfermidades, pelo que exige a paz, a habitação, a educação, a alimentação, rendimento, um ecossistema estável, recursos sustentados, justiça social e equidade. Trata-se pois de um direito fundamentado no princípio da dignidade humana, isto é, no valor incondicional da pessoa enquanto fim em si mesmo – princípio esse que, no presente contexto, enuncia a obrigatoriedade de respeitar o primado da pessoa sobre os interesses econômico-financeiros em saúde.

O direito à saúde representa um dos direitos fundamentais da pessoa. É sancionado por todas as Cartas de declaração dos direitos humanos. A saúde é um bem primário, porquanto corresponde a uma exigência fundamen-

tal da pessoa e constitui o pressuposto para a obtenção de outros bens. As diversas legislações dos Países definem o conteúdo desse direito sublinhando a responsabilidade das instituições públicas no que diz respeito à promoção, prevenção, ao cuidado e à assistência na área da saúde. É o que analisaremos com o Sistema Único de Saúde (SUS).

2 - CIDADANIA

É impossível falar de cidadania sem referência à sociedade civil, ao mercado e ao Estado. O Estado é a resultante da correlação das forças políticas, econômicas, sociais e culturais; é o conjunto de organizações e leis que regulamentam e permitem a vida de um país por meio de três poderes: legislativo, executivo e judiciário. O Estado tem por finalidade promover o bem comum, respeitando os direitos e deveres de cada cidadão e da sociedade civil. O bem comum é o conjunto de condições materiais, institucionais, culturais e morais necessárias para garantir a todos a possibilidade concreta de atingir níveis de vida compatíveis com a dignidade da pessoa humana. A sociedade civil deve vigiar para que o Estado cumpra seu dever de atender às necessidades básicas da população. O mercado é anterior à sociedade moderna; ele está associado à formação das cidades, cujos suprimentos dependiam de relações comerciais com produtos externos, notadamente camponeses. A sociedade de mercado surge no Ocidente a partir do século XVI. Agora, a produção não é mais regida pelas necessidades humanas, mas pelas necessidades do mercado. Hoje, o mercado dá origem a uma forma moderna de religião, a religião da mercadoria, gerando uma grande idolatria. Precisamos resgatar o mercado como realidade humana. As relações de mercado são relações sociais que regem a produção, a distribuição e o consumo de bens e serviços. Como são relações sociais, o social, e não o individual, deveria ocupar a centralidade do mercado. Portanto, o mercado tem por finalidade atender às metas sociais, às necessidades básicas. Infelizmente, pela lei da oferta e da procura, o mercado produz somente o que se vai comprar (bens supérfluos) e preocupa-se somente com as pessoas que têm dinheiro para fazê-lo, isso em função da ideologia vigente.

Todo compromisso na área da saúde, em nossa realidade, é desafiado a favorecer o processo de conquista da cidadania. A realização pessoal e comunitária de cada pessoa é sempre considerada um valor acima do Estado e do mercado. A inversão dessa lógica implica em encontrar um mercado ou um Estado com caráter autoritário coercitivo e absoluto. No centro de todo processo político deve estar o cidadão que é uma pessoa revestida de plenos direitos civis, políticos e sociais, e que tem a obrigação de trabalhar pela proteção vigilante do Estado no usufruto dos direitos.

Aprofundando os direitos, podemos afirmar a respeito de cada um:

- a) Direitos sociais: aqueles que o Estado tem por função e obrigação assegurar a todo cidadão – moradia, saúde, educação, lazer, trabalho, cultura, segurança...
- b) Direitos civis: os que dizem respeito à pessoa, como a liberdade de reunião, de expressão, de escolha profissional, de pensamento, de locomoção...
- c) Direitos políticos: visam à liberdade de associação sindical, religiosa, partidária, de escolha de governantes, de participação no poder público e na determinação da política do Estado.

Portanto, o direito à vida e conseqüentemente à saúde é o bem maior de qualquer cidadão e, como tal, deve se sobrepor às disposições políticas e ideológicas e merecer atenção prioritizada.

3 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Constituição Federal do Brasil de 1988 reza no Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

E no Artigo 198, “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade.

Prágrafo único: O sistema de saúde será financiado, nos termos do Artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes". Assim reza o Artigo 195: "A seguridade social será financiada por toda a sociedade de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

- I. dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;
- II. dos trabalhadores;
- III. sobre a receita de concursos de prognósticos".

O SUS tem por objetivo modernizar a relação do Estado com a promoção, proteção e recuperação da saúde, pois traz em alguns de seus pressupostos básicos o avanço social e político essencial para iniciar ações sérias de promoção à saúde e combate às doenças da população.

Princípios:

- a) descentralização da gerência e ação de saúde: os Estados e os Municípios se responsabilizam por todo o atendimento;
- b) participação da sociedade organizada que se dará por meio de conselhos deliberativos municipais, estaduais e nacional. Esses conselhos objetivam o controle, a avaliação e o planejamento de políticas de saúde em suas devidas instâncias, evitando provável duplicação de gastos;
- c) transferência no repasse de recursos da União para Estados e Municípios. Parte do repasse será automático;
- d) obrigatoriedade da ampliação do orçamento para aplicação em saúde;

e) sistema de gestão participativo: esse tipo de sistema oferece condições adequadas e cria responsabilidade para os executores, desmotivando o clientelismo político vigente.

Assim, pela lei, saúde é direito de cada cidadão e é dever do Estado prover esta saúde. E já é bem sabido que para gozar de uma boa saúde é necessário ter uma boa qualidade de vida, com moradia, alimentação, água tratada, esgoto, transporte, educação, trabalho e lazer garantidos, além dos serviços de saúde como hospitais, postos de saúde e prontos-socorros. Ter boa saúde não quer dizer, apenas, não estar doente, mas sim ter condições para viver uma vida digna. Assim, lutar pela saúde é mais do que lutar por mais postos e centros de saúde, hospitais, profissionais da saúde, laboratórios, vacinas e medicamentos, é lutar pela própria vida, e vida em plenitude e abundância.

O controle social e a participação popular são pilares do SUS. Esta foi uma grande conquista da sociedade organizada na ampliação da democratização do país, na medida em que a população passa a ter oportunidades de opinar, decidir, definir, fiscalizar e acompanhar, por meio de seus representantes, as políticas do governo, através dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. Para exercer efetivamente o controle social, o cidadão, seja ele conselheiro ou não, precisa estar bem informado. A informação é uma ferramenta básica para melhorar a saúde do povo.

4 - O FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

Ao contrário do que muitos afirmam, a política de saúde não está imune ao contexto neoliberal que vem sendo imposto em nosso país na última década. A mais evidente das restrições tem sido a financeira, que vem reduzindo de forma sistemática o gasto per capita em saúde no Brasil, cujo patamar encontra-se abaixo de países latino-americanos mais pobres que o nosso.

Os escassos recursos têm sido mal distribuídos, sem respeitar a heterogeneidade regional e as reais necessidades da população. Acreditar que dez reais per capita ano (Piso da Atenção Básica, PAB) são suficientes para dar uma atenção básica integral e de qualidade à população é uma afronta!

O alto custo e a assistência hospitalar de má qualidade e de baixa resolutividade continuam consumindo a maior parte dos recursos. O financiamento calcado na mera produção de serviços impede, de forma definitiva, a solução das chamadas “distorções” do sistema. O repasse de recursos tem imposto aos estados e, sobretudo, aos municípios, uma “camisa de força” que os obriga a cumprir com uma infinidade de portarias ministeriais, cujas fórmulas tecnocráticas impõem um padrão uniforme para realidades políticas, administrativas, financeiras e sociais totalmente diversas.

Na realidade, houve uma brutal reconcentração de recursos e de poder nas mãos do governo federal, totalmente contrária ao ideário do SUS na sua matriz originária. Abandonou-se por completo a concepção – prevista na Constituição de 1988 – de Seguridade Social, que preconizava um orçamento único com diversidade de fontes de financiamento para os seus componentes de Saúde, Assistência e Previdência Social. Ao restringir o financiamento do Setor Saúde apenas aos recursos fiscais, ele ficou à mercê da política de ajuste fiscal cada dia mais restritiva, lançando mão de recursos aleatórios, como a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), de caráter contingencial e que sequer vem sendo integralmente destinada ao setor.

Os poucos investimentos feitos pelo governo federal (diga-se de passagem, exclusivamente destinados a reequipar, parcialmente, a rede hospitalar já existente) dependem de empréstimos externos (principalmente do Banco Mundial), os quais, além de eventuais, aumentam ainda mais a dívida do nosso país, que não é pequena, como todos sabem: 235 bilhões de dólares, isto é, 1.400 dólares por habitante!

5 - A PRIVATIZAÇÃO E AS “INOVAÇÕES GERENCIAIS”

A privatização da saúde no Brasil tem várias faces: algumas mais explícitas, outras, em sua maioria, ocultas ou travestidas de “modernização gerencial”. Uma de suas faces mais perversas é o próprio financiamento do setor, que privilegia velhos e novos “atores” no cenário da prestação privada de serviços de saúde: os hospitais e clínicas particulares conveniados com o SUS e os seguros privados de saúde.

O primeiro grupo, ainda que de forma declinante, dado o irrisório preço pago pelas AIHS, ainda consome parte importante dos recursos destinados ao SUS, com o agravante de ser o responsável pelas famosas “distorções” e “desvios” de recursos, principalmente no âmbito local, já que são as Prefeituras as responsáveis pelo pagamento das internações hospitalares no seu território. Ao contrário do que reza a “cartilha”, os governos locais têm se mostrado tão corruptos quanto os demais níveis de governo e igualmente imunes ao controle social supostamente exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde, muitas vezes manipulados pelos respectivos prefeitos e/ou secretários municipais de saúde.

O segundo grupo – os seguros privados de saúde – constitui-se no “setor emergente”, expressão máxima da mercantilização da saúde. Trata-se de um setor duplamente beneficiado. De um lado pela política de desmonte do SUS que “expulsa” clientela potencial para esses grupos: ou seja, com a sua política, o governo federal assegura um patamar de demanda para esses seguros. De outro, ele é privilegiado por um financiamento direto e indireto através de subsídios e isenções fiscais, o que tem representado um enorme desvio de recursos públicos para esse setor, abertamente lucrativo, em detrimento do SUS.

Cabe apenas lembrar que esse privilegiamento tem limitações sérias, de natureza estrutural e financeira, já demonstradas em países onde se privatizou por completo o setor saúde (como é o caso do Chile). Nos países latino-americanos, e o nosso não foge da regra, as possibilidades de expansão da demanda dos seguros privados é limitada à própria renda, particularmente da classe média, a qual, inclusive, vem empobrecendo a olhos vistos. Ou seja, esse setor tem um potencial de cobertura máxima em torno de 30% da população. Isso significa que os restantes 70% (os mais empobrecidos) continuarão dependendo do sistema público, cada dia mais desmontado e desfinanciado. Por outro lado, a capacidade de financiamento público desse setor também tem um limite, já que representa um custo muito elevado para os cofres públicos.

Finalmente, acrescente-se que o poder regulatório por parte do poder público sobre os seguros privados tem-se mostrado extremamente limitado: é do conhecimento de todos as inúmeras restrições feitas por esse setor a

determinadas clientela e patologias que não dão lucro, sem falar na baixa qualidade de assistência prestada pelos serviços contratados pelas companhias seguradoras, os quais são pessimamente remunerados, mais uma vez, em função dos lucros absurdos auferidos por essas empresas.

Outra face tão perversa quanto, mas talvez mais “camuflada”, tem sido a privatização “por dentro” do setor público. É a introdução da lógica mercantil no interior dos serviços públicos, onde se privilegia a “microeconomia” do custo/benefício em detrimento da qualidade. São os “modismos” gerenciais, com a “qualidade total” e outras bobagens, que, entre outras coisas, provocam a eliminação do servidor público através da “flexibilização” e da “desregulamentação”, gerando um total descompromisso do serviço com a população atendida. As formas assumidas por esta “modernização gerencial” são variadas, sendo as mais conhecidas as chamadas “cooperativas”.

Esta é uma estratégia da chamada “Reforma do Estado”, que transforma órgãos públicos estatais em agências privadas denominadas de “Organizações Sociais”, eufemismo que representa o descompromisso do Estado com a saúde da população, entregando-a nas mãos de agentes privados os quais, obviamente, são devidamente alavancados por recursos públicos. Em nome da “liberdade de escolha”, essas agências podem, se quiserem, cobrar do pobre usuário que pagará duplamente: através dos impostos e do pagamento direto pelos serviços.

CONCLUINDO

Se nos últimos tempos, em vários países (inclusive o nosso), a conquista legal afirma o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão uma obrigação de natureza ética de participar nas decisões de natureza pública (como participação de órgãos de classe para os profissionais da saúde, dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, da Pastoral da Saúde...) exercendo o controle social para que todos tenham direito efetivo à saúde.

Cabe retomar a defesa do SUS, resgatar seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e acesso igualitário a todos os níveis de complexidade do sistema, garantir a qualidade da atenção por equipes profissionais

qualificadas e com condições de trabalho. Isto não é pouco, face ao explícito e implícito processo de desmonte que o nosso sistema de saúde vem sofrendo. Isso é exercer a caridade na área da saúde.

Finalizando, podemos afirmar que as transformações que caracterizam o nosso tempo, pedem às pessoas comprometidas na Pastoral da Saúde, conversão da mente, do coração, das obras, para adequar-se à caridade de Deus infundida nos corações pelo Espírito de Deus. Elos recíprocos e indissociáveis, mas não automáticos, vinculam caridade, justiça, equidade, direito à saúde, salvaguarda da criação e da saúde, em fim cidadania. Isso deve ser pensado, amado, realizado com perseverança, em dimensões cada vez maiores no Povo de Deus.

BIBLIOGRAFIA

BARCFontaine, Christian de Paul de. *O agente de pastoral e a saúde do povo*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

NEVES, Maria do Céu Patrão. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. In: *Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1999;7 155-163.

PESSINI, Léo; BARCFontaine, Christian de Paul de. *Problemas atuais de bioética*. 5. ed. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo, 2000.

SOARES, Laura Tavares. As atuais políticas de saúde. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v 53, n. especial, p. 17-24, dez. 2000.

DICIONÁRIO INTERDISCIPLINAR DA PASTORAL DA SAÚDE. Dirigido por Giuseppe Ciná, Efsio Locci e Carlo Rochetta; [tradução Calisto Vendrame, Leocir Pessini e equipe]. São Paulo: Paulus / Centro Universitário São Camilo, 1999. (Série dicionários).

GUIA DA PASTORAL DA SAÚDE para a América Latina e o Caribe – Santa Fé de Bogotá – Colômbia, dezembro de 2000. São Paulo: Centro Universitário São Camilo / Instituto Camiliano de Pastoral da Saúde / Loyola.

Pe. Christian de Paul de BarcFontaine é Enfermeiro, Mestre em Administração Hospitalar e da Saúde, Professor de Bioética. Atualmente, Reitor do Centro Universitário São Camilo (SP).