



RETRATO TRÊS POR QUATRO DA SAÚDE PIAUIENSE: relação entre a saúde no Brasil e a saúde no Piauí

Lourdes Karoline Almeida Silva*

RESUMO

Este trabalho traz uma breve discussão sobre a relação entre a saúde no Brasil e a saúde no Piauí, que em suas semelhanças e diferenças, mantém os direitos dos(as) cidadãos(ãs) brasileiros(as) a um sistema de saúde universal e gratuito mais no plano legal do que no plano da aplicabilidade real. Penso que acreditar que a sociedade organizada do terceiro setor é capaz de promover sozinha uma revolução social passiva na cobertura e ampliação de direitos sociais universais é uma quimera, que no máximo consegue executar políticas sociais locais, pontuais e focalistas.

Palavras-chave: Estado, saúde, direitos sociais, políticas sociais.

ABSTRACT

This work brings one brief quarrel on the relation enters the health in Brazil and the health in the Piauí, that in its similarities and differences, the rights of the citizens Brazilian to system of a universal and gratuitous health in the legal plan of what keep more in the plan of the real applicability. I think that to believe that the organized society of the third sector is capable to promote alone a passive social revolution the covering and magnifying of universals social rights it is a chimera, that in the maximum obtains to execute locals social politics, prompts and focalistas.

Word-key: Social state, health, social rights, social

1 INTRODUÇÃO

Este artigo é o resultado de um tópico da dissertação “Solidariedade e Políticas Públicas: uma análise do voluntariado pelo viés da identidade social”, defendida e aprovada, em fevereiro de 2007. O argumento trabalhado na dissertação é o de que o terceiro setor é uma construção político-econômica do Estado para a implantação do programa neoliberal de redução da ação social estatal, e o voluntariado uma construção re-valorizada sócio-culturalmente, nos últimos dez anos, no Brasil. E nesse processo, o voluntariado como identidade social, uma das ferramentas de legitimação da nova postura do Estado brasileiro.

Como campo empírico da pesquisa foi observado e analisado o voluntariado da Rede Feminina de Combate ao Câncer do Piauí – RFCC-PI, entidade filantrópica, fundada,

*UFPI.

em 1954, e reconhecida oficialmente, em 1986. Seu objetivo principal é a “luta” social no combate ao câncer, atuando como complemento do trabalho desenvolvido pelo Hospital São Marcos – Sociedade Piauiense de Combate ao Câncer, a pacientes oncológicos. É uma entidade que se mantém através de doações obtidas pelo serviço de *telemarketing*, em campanhas anuais promovidas pela própria entidade, em bazares e eventos beneficentes, e é formada por um grupo de voluntárias. Sua sede está localizada no Hospital São Marcos, e suas atividades restringem-se ao Estado do Piauí e a alguns estados vizinhos, Maranhão e Pará. Seus objetivos gerais são: divulgar conhecimento sobre o câncer, visando à prevenção da doença; assistência a doentes em tratamento e arrecadação de fundos em favor de doentes oncológicos.

Este trabalho traz uma breve discussão sobre a relação entre a saúde no Brasil e a saúde no Piauí, que em suas semelhanças e diferenças, mantêm os direitos dos(as) cidadãos(ãs) brasileiros(as) a um sistema de saúde universal e gratuito mais no plano legal do que no plano da aplicabilidade real.

2 RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE NO BRASIL E A SAÚDE NO PIAUÍ

No jornal Meio Norte, de Teresina-PI, do dia 19 de junho de 2005, no Caderno Cidades, página B/2, Luiz Brandão, no tópico Minuta, fala sobre o setor saúde, em Teresina, capital do Piauí, e diz que “Teresina virou um grande hospital”. Com as palavras do jornalista,

Um esquema milionário, envolvendo empresários do setor de saúde, funcionários de clínicas e hospitais, políticos e donos de hotéis e pensões, a maioria instalada no chamado “pólo de saúde”, no centro de Teresina, tem rendido muito dinheiro para quem faz parte desse lucrativo “negócio”, mas provocado a superlotação nas unidades de saúde da capital. Há denúncia de que ganham os médicos, que cobram pelas consultas; os donos das pensões, que pagam até motorista para levar os pacientes às clínicas e hospitais; e os agenciadores, responsáveis pela marcação das consultas junto às clínicas e hospitais.

Várias denúncias sobre um verdadeiro “tráfico de doentes” foram encaminhadas às autoridades competentes, mas nenhuma providência foi tomada até o presente.

O negócio rende. Uma fonte, ligada ao esquema, revelou que um ex-vereador de Teresina montou nada menos que 15 [quinze] dessas pensões para receber doente vindo de outras cidades (Jornal Meio Norte, de Teresina-PI, Caderno Cidades – Minuta, página B/2, de 19 de junho de 2005).

A cidade de Teresina possui um centro médico (“pólo de saúde”), que abarca clínicas particulares, hospitais públicos e particulares, laboratórios, farmácias, pensões e hotéis para o atendimento de pessoas doentes da cidade e/ou provenientes de outras cidades do estado e de estados vizinhos, como Maranhão e Pará. Luiz Brandão, na matéria citada, fala sobre um esquema de corrupção explícita, em Teresina, envolvendo o setor saúde, esquema de corrupção conhecido pelas autoridades governamentais, que, no

entanto, não se mobilizam para enfrentar a situação e, assim, dar melhores condições de atendimento a pessoas doentes. “O tráfico de doentes”, em Teresina, de acordo com o jornalista, rende muito dinheiro, sendo que alguns representantes do povo, que deveriam atender as demandas da população, fazem uso do chamado “tráfico de doentes” para enriquecimento pessoal à custa do desmonte da saúde pública piauiense.

Lúcia da Silva Vilarinho, em sua dissertação de mestrado, “Re-pensando a Educação em saúde no âmbito hospitalar” (1999), fala acerca do setor saúde brasileiro e piauiense, dando destaque há três hospitais públicos de Teresina. A autora diz que as políticas sociais brasileiras ainda não foram capazes de promover uma redistribuição de igualdades e mobilidades sociais. Em relação às políticas de saúde, essas ainda não efetivaram alterações no perfil epidemiológico da população, especialmente, da população empobrecida. Devido a estes fatos das políticas sociais, particularmente, das políticas sociais de saúde não efetivarem melhorias no desenvolvimento social brasileiro, o país está entre os mais pobres e doentes do mundo. Mesmo com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, no Brasil, que tem como diretriz a universalização dos direitos sociais à saúde, na realidade social, não houve ampliação do financiamento e dos investimentos na área da saúde. Daí, que situações como a relatada pelo jornalista Luiz Brandão ser uma realidade social evitável, mas que é cortinadamente mantida por causa da crise do setor de saúde brasileiro e piauiense e também por causa do descaso público com a população mais carente. Enfim, o Brasil, no contexto neoliberal de ajuste econômico, teve êxito na implantação institucional da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado, contudo não teve sucesso na efetivação prática do direito universal à saúde, a qual pela Constituição Federal de 1988, deve ser garantida pelo Estado.

Outro ponto abordado por Lúcia da Silva Vilarinho, através de sua pesquisa de campo nos três hospitais públicos teresinenses escolhidos pela autora para sua pesquisa, é o da relação entre lei e prática da lei. Para a autora, “não é suficiente criar novas leis ou assegurar direitos apenas no plano legal. É preciso que se tenha preocupação com o modo como vem se prestando o atendimento de saúde à população, porque na relação estabelecida entre instituição, profissional e usuário reconhecem-se e/ou negam-se direitos” (VILARINHO, 1999: 15). Vale ressaltar que, no Piauí, existe uma grande incidência de morte da população por causa de doenças infecciosas. Isso significa que boa parte da população piauiense tem serviços e medidas de prevenção precários, como os serviços de esgotamento sanitário, água potável, programas de saúde, entre outros serviços.

Lúcia Vilarinho diz que, no estado piauiense, os serviços gratuitos garantidos pelo SUS são insuficientes, de baixa qualidade e de difícil acesso. O acesso universal à saúde, no Piauí, como direito de todo(a) e qualquer cidadão(ã) não se efetivou verdadeiramente, pois, ainda continua, em parte, como uma lei a ser cumprida e que, em

outra parte, é cumprida insatisfatoriamente. Diante desse contexto de descumprimento dos direitos sociais de saúde, no Piauí, as ações médicas são de cunho curativo, vindo em segundo plano, as ações médicas de cunho preventivo. O Piauí, da atualidade, está mergulhado em um contexto nacional, que mistura a velha e a nova forma de fazer política como também mistura a velha e a nova forma do sistema de saúde, que antes da constituição do SUS, regulamentado pela Constituição Federal de 1988, através da Lei nº 8080/90, cujas diretrizes, apontadas por Lúcia Costa, é “a universalização do acesso e a integralidade das ações, por intermédio de ações de caráter preventivo, curativo e promoção à saúde” (COSTA, 2005: 210), era garantida somente para as pessoas que contribuíssem com o fundo previdenciário, o que tanto para Lúcia Vilarinho como para Lúcia Costa, excluía dos serviços de saúde os trabalhadores do setor informal da economia. Por causa da enorme extensão territorial brasileira e de suas diferenças sócio-regionais, a democratização da saúde tem obtido resultados diferentes nos estados e municípios do país. Somente alguns estados da Federação conseguiram implantar com sucesso o processo de municipalização. O estado piauiense só implantou o processo de municipalização da saúde muito tempo depois da constituição do SUS.

Todavia, diante das próprias dificuldades brasileiras de implantação do processo de municipalização da saúde, as quais foram apresentadas acima, tem-se também o refluxo do processo ocasionado pela política neoliberal, implantada ferozmente, na década de 1990, no Brasil. Para as políticas neoliberais, o Estado deve intervir o menos possível no social, daí que no Brasil e no Piauí, tem havido, nos últimos anos, a transferência para o setor privado algumas atribuições sociais estatais. Assim, o Estado brasileiro tem financiado apenas programas pobres, que não capacitam os(as) beneficiários(as) e nem promove a cidadania dos(as) mesmos(as), além de o Estado brasileiro, como diz Maria Carmelita Yazbek, está refilantropizando as políticas sociais. O(a) cidadão(ã) de direitos sociais, na contra-reforma do Estado brasileiro, como diz Elaine Behring, é transformado(a) em consumidor(a), através do anúncio da cidadania por meio da restrição de direitos. Ora, o discurso de que o problema da saúde é falta de recurso é uma falácia, que se volta para a melhoria da saúde através do combate às fraudes e aos desvios de verbas, como se esses fatores fossem as únicas bases necessárias de reestruturação do sistema de saúde brasileiro. Para Lúcia Vilarinho, “seguramente, não existe um único fator e sim um encadeamento destes. Associado à insuficiência/má utilização de recursos, falta também planejamento eficaz e, sobretudo vontade política dos nossos governantes” (VILARINHO, 1999: 69). Mais a frente, a autora arremata suas idéias com a seguinte postulação:

No caso brasileiro, mesmo sendo a saúde reconhecida como um direito social indiscutível verifica-se que se conquistou apenas o seu reconhecimento legal, porque efetivamente este direito ainda não se materializou de fato e depende da insistência contínua do movimento da saúde (VILARINHO, 1999: 72).

Exemplo disso são as diferenças existentes entre três hospitais teresinenses. Dois são públicos e um é filantrópico. O Hospital Getúlio Vargas e o Hospital de Doenças Tropicais Nattan Portela, mais conhecido por seu antigo nome, Hospital de Doenças Infecto-contagiosas (HDIC), são hospitais públicos, que, no entanto, possuem deficiências latentes em suas infra-estruturas e nos seus setores de atendimento. No jornal televisivo Piauí TV 2ª Edição, do dia 12 de janeiro de 2007, foi noticiado um problema em uma das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) do Hospital Getúlio Vargas. O problema foi provocado por uma infiltração, o que obrigou o deslocamento de três pacientes internados na UTI. O interessante na notícia é que o Hospital era para ter três UTIs, com capacidade para atender 21 (vinte e uma pessoas), no entanto, a obra da terceira UTI há mais de um ano estava parada devido à falta de recursos financeiros provenientes do estado piauiense para custear a construção da terceira unidade de tratamento intensivo do hospital. Dessa forma, os três pacientes internados em uma das duas UTIs do Hospital Getúlio Vargas foram transferidos para outro local do mesmo hospital, mas sem as mesmas condições oferecidas pela UTI.

O Hospital de Doenças Tropicais também é carente de uma melhor infraestrutura e de um melhor atendimento por parte de seus(suas) funcionários(as). As enfermarias do hospital são precárias assim como a coordenação dos trabalhos do mesmo. Em 2006, o setor de radiologia ficou sem funcionar por quase um mês, devido à ausência (por motivo de doença) da funcionária responsável pelo setor. O hospital, no período, não encontrou dentro de seu quadro de funcionários(as) uma pessoa para coordenar as atividades do setor de radiologia. Isso, de acordo com Lúcia Costa, evidencia que juntamente com o ensino superior, o atendimento hospitalar foi considerado secundário dentro das propostas neoliberais de redução da atuação do Estado na área social. Em contrapartida, o Hospital São Marcos, hospital filantrópico, possui uma invejável estrutura física e um atendimento adequado. As enfermarias do Hospital São Marcos, que atende pessoas de todas as classes sociais, possuem apenas quatro leitos, ar-condicionado, ventilador, banheiros privados e bebedouros, sendo que todos os três prédios do Hospital são climatizados. Essas diferenças entre os dois hospitais públicos de Teresina e o hospital filantrópico lembra

O problema da privatização. O setor público firma convênios com hospitais privados para atender a população de modo a complementar de acordo com as normas do SUS, porém o que vem ocorrendo é que esses hospitais priorizam o atendimento das pessoas com alto poder aquisitivo ou aquelas provenientes de convênios mais rentáveis em prejuízo do atendimento dos usuários do SUS (VILARINHO, 1999: 88).

Lúcia Vilarinho em consonância com Francisco de Oliveira e Sônia Draibe chama o repasse de responsabilidades de atividades sociais do Estado para a sociedade de privatização. Neste mesmo sentido, Elaine Behring diz que a relação dual do público e do

privado, no Brasil, na área da assistência é mantida pela subsidiariedade, o que Raimundo Faoro chama de *dádiva pública*. A subsidiariedade brasileira, para a autora, é presidida por princípios cristãos da caridade e estimula respostas sociais através do co-patrocínio dos recursos públicos para as entidades beneficentes, como os hospitais filantrópicos. O Estado, ao minimizar sua ação social, suplementa as poucas que ainda ficam sob sua responsabilidade por meio das iniciativas privadas, como a do Hospital São Marcos e a da RFCC-PI, construindo com isso uma política de reconhecimento e de reforço a essas instituições sociais existentes no cenário nacional brasileiro, o que ajuda a desmontar veladamente políticas sociais garantidoras de direitos de cidadania.

Exemplo do reconhecimento das entidades filantrópicas por parte do Estado foi a homenagem recebida pela RFCC-PI, no dia 19 de outubro de 2006, através de uma placa, a placa da Ordem Renascença, dada pelo governo do estado do Piauí, como relatado na ata 65, do dia 06 de novembro de 2006, do segundo livro de atas da entidade (2002-2006). Enfatizo que, embora a RFCC-PI seja uma entidade filantrópica e que, portanto, tem isentado o pagamento do imposto de renda, a mesma não recebe nenhum tipo de verba dos governos municipal, estadual e federal. O que leva a um relacionamento ambíguo entre a entidade e o Estado, pois a RFCC-PI não é uma entidade contestatória. Contudo, a mesma, através das falas de suas voluntárias, se queixa da falta de auxílio financeiro do Estado, o qual, em determinadas datas, pede apoio à entidade para a execução de campanhas públicas.

Isso se dá devido à visão dominante da contra-reforma estatal, que via e mesmo depois dos dois governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), ainda vê no governo Luís Inácio Lula da Silva, nas organizações públicas não-estatais um “novo modo de prover serviços públicos” (MORALES, 1999: 54). Para Carlos Antônio Morales, as políticas sociais de educação, saúde, cultura e pesquisa que respondem tanto aos direitos sociais de acesso universal como a externalidades positivas, são oferecidas incompletamente pelo mercado, que não otimiza seus rendimentos vendendo-as para a totalidade do mercado e de forma limitada são oferecidas pelo Estado por causa da crise e ineficiência do aparelho administrativo e burocrático do estatal. Daí entra em cena, no processo de transformação do Estado social burocrático em Estado social gerencialista, a terceira via de outro processo: o do aprofundamento da publicização – processo de transferência de serviços sociais e científicos do Estado para a sociedade, serviços esses, considerados pela contra-reforma estatal da década de 1990, como não-exclusivos do Estado.

3 CONCLUSÃO

Penso que acreditar que a sociedade organizada do terceiro setor é capaz de promover sozinha uma revolução social passiva na cobertura e ampliação de direitos sociais universais é uma quimera, que no máximo de sua atuação consegue elaborar e executar políticas sociais locais, pontuais e extremamente focalistas. Exemplo disso é a precária condição da saúde brasileira e piauiense.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R. Contra-reforma do Estado, seguridade social e o lugar da filantropia. In: Políticas públicas e sociedade civil. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 73, Cortez, mar./2003a, p. 101-119.

_____. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003b.

COSTA, L. C. **Os impasses do estado capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil**. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006.

DRAIBE, S. **As políticas sociais e o neoliberalismo**. Revista USP, 17, mar.-mai, 1993a, p. 86-101.

FAORO, R. Aventura liberal numa ordem patrimonialista. Revista USP, n. 17, mar-mai, 1993, p. 14-29.

MORALES, C. A. O público não-estatal. In: PEREIRA, L. C. Bresser. GRAU, N. C. (orgs.). **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

OLIVEIRA, F. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: **Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global**. Rio de Janeiro, Vozes: 1999, p. 55-82.

VILARINHO, L. S. **Re-pensando a educação em saúde no âmbito hospitalar**. Dissertação – Mestrado em Serviço Social. PUC-SP e UFPI, 1999, 191p.

YAZBEK, M. C. Prefácio. In: COSTA, L. C. **Os impasses do estado capitalista: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil**. Ponta Grossa: UEPG; São Paulo: Cortez, 2006, p. 13-15.

Rede Feminina de Combate ao Câncer do Piauí. **Livros de ata: (1986 a 2006)**.

, Caderno Cidades – Minuta, **Jornal Meio Norte**. Teresina-PI, do dia 19 de junho de 2005, página B/2.