



Cadernos de Saúde

Setembro de 2011

Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade

Organizadoras

Maria Inês Souza Bravo

Juliana Souza Bravo de Menezes

Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade

Rede Sirius

Rio de Janeiro

2011

Uma publicação

Pela Saúde
Projeto Políticas Públicas de Saúde/FASSO/UERJ

AdUFRJ Seção Sindical dos Docentes da
Universidade Federal do Rio de Janeiro
SEÇÃO SINDICAL do Sindicato Nacional dos Docentes das
Instituições de Ensino Superior
Andes-SN Central Sindical e Popular - Conlutas

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte e os autores.

Organizadoras:

Maria Inês Souza Bravo

Juliana Souza Bravo de Menezes

Editora:

Rede Sirius - Rede Bibliotec.

Adufrj - Seção Sindical dos Docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro do

Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior

Capa: Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2007.

Foto: Fabio Rodrigues Pozzebom-ABr

Projeto gráfico

Douglas Pereira

Impressão: WalPrint

Tiragem:

8 mil exemplares

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/NPROTEC

S255 Saúde na atualidade : por um sistema único de saúde estatal,
universal, gratuito e de qualidade / Organizadoras, Maria
Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1.
ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.
76 p.

ISBN 978-85-88769-43-4

Uma publicação do Projeto Políticas Públicas de Saúde da Faculdade de Serviço Social/UERJ
e da Adufrj – Seção Sindical.

1. Política de saúde pública – Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Bravo, Maria Inês
Souza. II. Menezes, Juliana Souza Bravo de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade
de Serviço Social. Projeto Políticas Públicas de Saúde. IV. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Seção Sindical dos Docentes. V. Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
(Brasil)

CDU 364.4:614(81)



SUMÁRIO

Apresentação

Parte I - Políticas Sociais, Saúde e Participação na Atualidade 9

1.1. Financeirização do Capital, Fundo Público e Políticas Sociais em Tempos de Crise 10

Giselle Souza da Silva

1.2. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões 15

Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo de Menezes

1.3. Participação Popular e Controle Social na Saúde 29

Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo de Menezes

Parte II - Gestão na Saúde: Relação Público X Privado 35

2.1. Gestão do SUS: O que fazer? 36

Francisco Batista Junior

2.2. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? 43

Maria Valéria Costa Correia

2.3. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital 50

Sara Granemann

2.4. Hospitais Universitários Federais e Novos Modelos de Gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil 56

Juliana Fiuza Cislacchi

Parte III - Agenda para a Saúde: Principais Desafios 64

3.1. Documento: “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil” 65

3.2. Agenda para a Saúde 73

APRESENTAÇÃO

Esta coletânea pretende socializar as informações e estimular o debate junto aos diversos sujeitos sociais preocupados com a questão saúde, a democratização do Estado e os modelos de gestão ressaltando os dilemas e os desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da Reforma Sanitária e da Seguridade Social Pública.

Considera-se que os textos são importantes para alimentar as discussões nas Conferências de Saúde e na 14ª Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada nos dias 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011, com o tema: “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro”.

A coletânea está estruturada em três partes, nas quais são apontadas algumas questões sobre as Políticas Sociais e a Política de Saúde na atualidade, a Participação Popular e Controle Social, os Modelos de Gestão na Saúde e a elaboração de uma Agenda para a Saúde.

A primeira parte, intitulada “Políticas Sociais, Saúde e Participação na Atualidade”, apresenta três artigos.

O primeiro texto intitulado “Financeirização do Capital, Fundo Público e Políticas Sociais em Tempos de Crise”, elaborado por Giselle Souza da Silva, fornece elementos de reflexão sobre o contexto atual de crise do capital e financeirização da vida social.

O segundo e o terceiro textos são de autoria de Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo de Menezes. O segundo faz uma análise da Política de Saúde na atual conjuntura, destacando os limites e os desafios da política de saúde no governo Lula e a perspectivas com relação ao governo Dilma. No terceiro, as autoras apontam subsídios para o fortalecimento da participação popular, refletindo sobre os impasses e desafios vivenciados pelos conselhos, tendo como pressuposto central a importância da organização e mobilização dos trabalhadores para a conquista do direito à saúde.

A segunda parte, intitulada “Gestão na Saúde: Relação Público X Privado” pretende caracterizar as propostas alternativas de gerenciamento que ganharam visibilidade, a partir da década de 1990, no Brasil, e que têm relação com as “contrarreformas” ocorridas em diversos países pautadas na política de ajuste e na relação público-privado. É composta de quatro artigos.

O primeiro, de autoria de Francisco Batista Junior, ressalta as enormes dificuldades de implementar o Sistema Único de Saúde em nosso país, apesar da sua conquista histórica. O autor aponta que é possível a implantação definitiva do SUS de forma sintonizada com os princípios da Reforma Sanitária no Brasil, desde que haja decisão política, controle social democrático, prática efetiva da democracia participativa e obediência à legislação vigente, sem a criação de qualquer outro instrumento jurídico.

O segundo artigo de Maria Valéria Costa Correia trata do processo de privatização dos serviços públicos em curso no Brasil, através dos denominados “novos modelos de gestão”, dando ênfase às Organizações Sociais (OSs) por ser o modelo que tem se ampliado com maior força no setor saúde dos estados e municípios brasileiros. Expõe argumentos e questionamentos com relação a essas propostas de privatização e apresenta algumas lutas e resistências existentes nacionalmente.

O projeto de Fundação Estatal de Direito Privado proposto pelo governo Lula é abordado no texto de Sara Granemann. A autora analisa a Fundação Estatal como um projeto de contrarreforma do Estado no âmbito das políticas sociais que afeta os interesses e os direitos dos trabalhadores. A proposição para a saúde é transformar os hospitais públicos em Fundações Estatais, onde o regime seria de direito privado; a contratação dos trabalhadores de saúde via CLT (acabando com o Regime Jurídico Único – RJU); o Plano de Cargos, Carreira e Salários seria por fundação (não considerando a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salários dos trabalhadores do SUS) e o controle social é substituído pelos conselhos curador ou administrativo, fiscal e consultivo social. Este projeto foi rejeitado pelo Conselho Nacional de Saúde em reunião realizada em junho de 2007 e na 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em novembro de 2007. Tal projeto foi analisado e criticado nos Seminários sobre Modalidade de Gestão do Sistema Único de Saúde promovidos pelo Conselho Nacional de Saúde em 2007 e 2008.

Juliana Fiuza Cislighi problematiza sobre a situação dos Hospitais Universitários Federais e os modelos de gestão propostos, relacionado com o processo de contrarreforma do Estado. Faz referência ao Projeto de Lei 1749/2011 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que é bastante semelhante em conteúdo a MP (Medida Provisória) 520/10 que foi derrotada no Senado Federal no começo de junho de 2011. Este projeto foi encaminhado em regime de urgência e tem que ser votado em 45 dias, ou seja, até 14 de agosto de 2011.



Por fim, a terceira parte desta coletânea, intitulada “Agenda para a Saúde: Principais Desafios”, apresenta as principais questões e proposições para defesa do direito à saúde. Dessa forma, apresenta dois documentos elaborados pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde¹: “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil” e a “Agenda para a Saúde”. O primeiro consta de relatório analítico de prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs). O segundo refere-se a Agenda para a Saúde enfatizando as principais questões para a implantação do SUS e propostas para a garantia do direito à saúde.

Esta é a segunda vez em que os Projetos “Políticas Públicas de Saúde” e “Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais”² da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Seção Sindical dos Docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Adufrj-Ssind) elaboraram uma produção na saúde com o intuito de democratizar o conhecimento.

A Adufrj-Ssind e os Projetos universitários citados têm como objetivos a defesa dos direitos dos trabalhadores e das políticas sociais tanto por sua participação nas lutas como na produção de reflexões que possibilitem resistir aos ataques do capital e dos governos contra a classe trabalhadora.

Consideramos, a partir de Gramsci, que a universidade pode contribuir com a análise crítica da realidade através do pessimismo da razão e oferecer estratégias de luta, pautando-se no otimismo da vontade e na perspectiva da importância do conhecimento para transformar a realidade.

Espera-se que o conteúdo desta coletânea possa constituir em um instrumento de potencialização do debate e de defesa das políticas sociais públicas, tendo como referência a construção de uma sociedade sem dominação e exploração.

Boa leitura a todos(as)!

Rio de Janeiro, Setembro de 2011.

Adufrj-Ssind

Seção Sindical dos Docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior

**Maria Inês Souza Bravo e
Juliana Souza Bravo de Menezes**

Organizadoras

Notas

1 Esta Frente foi criada em novembro de 2010, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro e é composta por diversos movimentos sociais, e pelas seguintes entidades: ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social); ANDES-SN (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior); ASFOC-SN (Sindicato dos Trabalhadores da FIOCRUZ); CMP (Central de Movimentos Populares); CFESS (Conselho Federal de Serviço Social); CSP-CONLUTAS (Central Sindical e Popular); CTB (Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil); Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Enfermagem e Serviço Social; FASUBRA (Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras); FENASPS (Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social); FENTAS (Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde); Fórum Nacional de Residentes; Intersindical (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora e Instrumento de Luta, Unidade da Classe e de Construção de uma Central); MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra); Seminário Livre pela Saúde; os Fóruns de Saúde já existentes (Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Londrina, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Pernambuco, Minas Gerais, Ceará, Rio Grande do Sul, Paraíba); os setoriais e/ou núcleos dos partidos políticos (PSOL, PCB, PSTU, PT e PC do B); Consulta Popular e projetos universitários (UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro; UFF – Universidade Federal Fluminense; UFAL – Universidade Federal de Alagoas; UEL – Universidade Estadual de Londrina; EPSJV/FIOCRUZ – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da FIOCRUZ; CESTE/ENSP/FIOCRUZ - Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde da FIOCRUZ; UFPA – Universidade Federal da Paraíba; USP - Universidade de São Paulo).

2 Esses projetos são coordenados pela professora doutora Maria Inês Souza Bravo.

PARTE I

Políticas sociais, saúde e participação na atualidade



Projeto Políticas Públicas de Saúde

MOBILIZAÇÃO. Manifestação no Centro do Rio

1.1 FINANCEIRIZAÇÃO DO CAPITAL, FUNDO PÚBLICO E POLÍTICAS SOCIAIS EM TEMPOS DE CRISE

Giselle Souza da Silva³

Apresentação

O estudo das políticas sociais e do capital financeiro na contemporaneidade exige-nos uma apreensão crítica, capaz de investigar as múltiplas determinações que atuam no processo de financeirização da vida social em tempos atuais. Tomamos como de extrema relevância a desmistificação desta forma de capital, a superação de sua aparência pela essência e do fetiche inerente a ela que obscurece o processo real de produção de mais-valor no qual se ancora.

O entendimento das modificações na composição e na condução das políticas sociais brasileiras na atualidade levam-nos ainda a um estudo histórico-crítico do desenvolvimento da fase madura do capitalismo. Nela, após o amplo período de expansão das conquistas da classe trabalhadora naquilo que se chamou de proteção social, tem-se uma diminuição da apropriação de parte riqueza socialmente produzida por aqueles que a pro-

duzem, a classe trabalhadora. Em outras palavras, assistimos a um largo processo de desmonte das políticas sociais, sobretudo aquelas mais universais, destinadas a reprodução social da classe trabalhadora, alargando-se a apropriação privada de parte do fundo público pelos rentistas, donos do capital que porta juros. E os mecanismos estratégicos para tanto são a transferência crescente de recursos sociais para a esfera financeira por meio das contra-reformas das políticas sociais e do repasse de recursos do fundo público para o pagamento da dívida pública.

Neste artigo, partimos da análise da dinâmica de organização do capital que porta juros e seus desdobramentos na contemporaneidade, bem como dos impactos e determinações impostas às políticas sociais em tempos de financeirização do capital. Buscamos estudar a obra de Karl Marx, em especial a seção V do livro III d'O Capital, como se configura o capital portador de juros na contemporaneidade, penetrando sua lógica em todos os âmbi-

tos da vida social e reconfigurando as formas de proteção social ao redor do globo.

A financeirização do capital sob a perspectiva da tradição marxista

O desenvolvimento das forças produtivas levou ao desenvolvimento de novas formas de capital. No avançado processo de circulação de mercadorias do capital industrial e também do capital de comércio de mercadorias, o dinheiro passou a realizar movimentos puramente técnicos e, autonomizados como função de um capital específico, torna-se esse capital o capital de comércio de dinheiro. Do capital global surge uma forma específica de capital, o capital monetário, que tem a função de executar as operações de comércio de dinheiro para toda a classe de capitalistas industriais e comerciais.

Os movimentos desse capital monetário são, portanto, por sua vez, apenas movimentos de uma parte autonomizada do

³ Assistente Social e Mestre em Serviço Social, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Apoio Técnico do Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e da seguridade Social – Gopss/UERJ (e-mail: gigissrj@gmail.com)

capital industrial empenhado em seu processo de reprodução (Marx, 1983, p.237).

O avanço do processo de produção e reprodução capitalista faz com que o dinheiro em si torne-se mercadoria. Trata-se, aqui, pois, de uma mercadoria especial que não pode ser comprada e vendida e por isso, adquire a forma de mercadoria dada em empréstimo. A essa forma, Marx chama capital portador de juros. Esta fração do capital tem a aparência de ser autônoma e de valorizar-se na esfera financeira, mas essa é apenas sua aparência fetichizada.

O capital que porta juros sempre existiu na história, antes mesmo da sociedade capitalista de produção, na forma de capital usurário. Mas é na sociedade capitalista que esta forma de capital torna-se mercadoria específica com valor de uso e valor. O valor de uso do capital que porta juros é o de ser utilizado como capital, impulsionando a produção de valor por meio do capitalista funcionante. Este é definido por Marx como o capitalista que investe diretamente no processo produtivo, que compra meios de produção e matéria-prima e ao final do processo de produção obtém uma nova mercadoria, acrescida de valor – por meio da mão do trabalhador, pois só o trabalho vivo cria mais valor.

A atividade dos capitalistas funcionantes destina-se a extrair mais valor e o juro – ou a remuneração do capital que se converte em mercadoria – corresponde a uma parcela deste mais-valor extraído. Deste modo, os juros são uma parte do lucro, como define Marx:

a parte do lucro que lhe paga chama-se juro, o que portanto nada mais é que um nome particular, uma rubrica particular para uma parte do lucro, a qual o capital em funcionamento, em vez de pôr no próprio bolso, tem de pagar ao proprietário do capital (1983, p.256).

Todo o movimento entre o empréstimo e a devolução deste valor acrescido de dinheiro é camuflado pelos liberais. Porém a mercadoria dinheiro (capital que porta juros) só pode retornar às mãos do seu proprietário acrescida de valor – do contrário não teria ele motivos para abrir mão dele – e só se incrementa no processo de produção de mais-valor. O capitalista produtivo não poderia iniciar seu processo de produção sem tomar emprestado o dinheiro do capitalista monetário, e este não poderia receber os juros sem que aquele

investisse no processo produtivo⁴.

Sob a forma dinheiro – equivalente de troca que em si já é meio alienante de equiparação de diferentes valores de uso, na qual se apagam todas as determinações qualitativas – o capital que porta juros parece não estar “contaminado” pelo processo de extração de mais-valor. Como diz o autor, “da mesma maneira que o crescimento pertence à árvore, assim o produzir dinheiro pertence ao próprio capital nesta sua forma pura de [capital] dinheiro” (Marx, 1982, p. 197). Assim, como capital que porta juros, o capital assume a forma mais pura de fetiche⁵.

À medida que cresce a concentração deste capital monetário nas mãos de capitalistas que passam a dispor de grande massa de poupanças de outros milhares de capitalistas dispersos, estes montantes passam a ser colocados a disposição para empréstimo. Desenvolve-se assim em ampla escala o sistema de crédito, que para a Hilferding (1985, p. 170), é a transferência de dinheiro que o proprietário deixou de empregar como capital a alguém que pretende empregá-lo como capital; é a transformação de capital monetário ocioso em capital ativo.

Atualmente o papel do crédito é fundamental ao processo de valorização do capital, pois permite a redução do tempo de rotação do capital. Se no tempo de Marx o crédito era essencial para garantir a produção capitalista – e era um recurso acessível aos capitalistas funcionantes para o investimento produtivo – atualmente sua função está também em contrarrestar a superprodução e permitir a realização do valor⁶. Seu acesso ao longo do século XX, fruto do desenvolvimento do capital bancário, se estendeu à classe trabalhadora, a qual passa também a depender em boa parte do crédito para a sua reprodução⁷.

Quando o capital portador de juros passa a operar com a especulação, com a acumulação futura, descolada de sua base real, material – dado o avanço da financeiraização do capital – como no caso dos títulos públicos, tem-se o capital fictício, que se origina daquela forma de capital. O capital fictício constitui-se na forma ilusória que adquirem os rendimentos que parecem provir do capital portador de juros. Neste caso, a emissão de papéis, como nas sociedades por ações e os títulos da dívida pública (do qual trataremos mais adiante), são a forma ilusória, fictícia, que assume o

capital ao especular com o que Marx chama de valores imaginários.

O caráter fictício dos títulos da dívida pública é muito maior, pois, como diz o autor

[...] os títulos de dívida pública não precisam de forma alguma representar nenhum capital existente. O dinheiro emprestado pelos credores do Estado pode ter virado fumaça há muito tempo. Esses títulos nada mais são do que o preço pago por uma participação nos impostos anuais que representam o rendimento de um capital inteiramente diferente do que foi gasto na época de uma forma improdutivo (Hilferding, 1985, p. 114).

Se este estudo já aponta os desdobramentos do desenvolvimento de capital portador de juros à época de Marx, esta forma de capital assume em nossos dias um novo papel no sistema monetário, pois está organicamente associado ao capital industrial. Na era dos monopólios temos o capital financeiro, que segundo Lênin (2005), é a fusão entre capital industrial e capital bancário, em elevado grau de desenvolvimento do capital no qual a concentração conduz aos monopólios capitalistas. Ao fundir-se com o capital industrial altamente concentrado e centralizado, submete-o a sua dinâmica de atuação, na qual ganha destaque o capital fictício. O capital financeiro cria a chamada oligarquia financeira, uma classe de rentiers que vive apenas dos rendimentos do capital financeiro, dos juros do capital monetário e da especulação. Consequentemente, um pequeno e seletivo número de Estados rentiers tornam-se prestamistas por excelência e constituem-se em Estados parasitários do capitalismo moderno, no qual o investimento monetário dá lugar ao investimento produtivo, criador de riqueza.

Em tempos atuais, de mundialização do capital, esses rentistas darão a direção política e ideológica ao Estado e requisitarão a atuação do fundo público diretamente a favor dos seus interesses – a depender, claro, da correlação de forças presente na sociedade. Segundo Chesnais (1996), as finanças se alimentam por meio de dois mecanismos diferentes: da formação de capital fictício e das transferências de riqueza para a esfera financeira – na qual um importante mecanismo é o serviço da dívida pública. O capital monetário então passa a ditar o comportamento dos

Estados e das empresas produtivas. Este processo de financeirização do capital penetra os meios de reprodução social da classe trabalhadora, qual sejam as políticas sociais historicamente conquistadas.

A financeirização do capital e as políticas sociais na contemporaneidade

As políticas sociais a partir do último quartel do século XX passam por grandes transformações provocadas pela reordenação do capital sob hegemonia das finanças. A entrada num período de estagnação do desenvolvimento do capital, iniciado nos anos 1970, apresenta novas condições de implementação das políticas sociais. A crise, que trouxe consigo o aumento do desemprego, as taxas altas de inflação, a queda do comércio mundial, apresenta como forma de seu enfrentamento os chamados ajustes estruturais a serem realizados no âmbito estatal.

Assim, a crise do capital tem como consequência uma reconfiguração do papel do Estado⁸ e graves consequências para as políticas sociais, o que quer dizer, para as condições de vida da classe trabalhadora ao redor do mundo. A reação burguesa à crise do capital – que trata-se de uma crise de superprodução (Mandel, 1982)⁹ – passa pelo rompimento do pacto keynesiano-fordista, que garantia o pleno emprego e um conjunto de políticas sociais de desenho social-democrata.

Enquanto o mundo viveu um intenso processo de mundialização do capital sob a égide do capital financeiro, os Estados nacionais passaram a operar um conjunto de contra-reformas para contornar a crise do capital, que se traduziram num conjunto de medidas e programas de “austeridade de natureza deflacionista, os chamados ajustes estruturais” e mais uma vez o Estado atuou como uma “almofada amortecedora anticrise” (Behring e Boschetti, 2007, p.116)

Entra em cena ao redor do globo o chamado projeto neoliberal, cujos principais argumentos, contrapondo-se ao modelo keynesiano/fordista em vigor, são os de que o déficit estatal produzido neste período é intrinsecamente negativo para a economia já que absorve poupança e reduz investimentos; a intervenção estatal na regulação das relações de trabalho

também é negativa, pois impede o crescimento econômico e a criação de mais empregos; e as políticas sociais redistributivas empreendidas pelo Estado Social são perniciosas, pois aumentam o consumo e diminuem a poupança da população (Navarro, apud Behring e Boschetti, 2007).

A chamada crise fiscal do Estado passa a ser o argumento para a defesa neoliberal do corte de gastos sociais, que esconde as reais intenções de diminuição dos custos com a força de trabalho e o redirecionamento do fundo público para atender, em maior escala, as demandas do grande capital. Os direitos da classe trabalhadora são assim os primeiros a serem atingidos neste processo, o que quer dizer que as políticas sociais passarão por regressivas transformações.

Se não se pode falar em desmantelamento, é inegável que as reestruturações em curso seguem na direção de sua restrição, seletividade e focalização; em outras palavras, rompem com os compromissos e consensos do pós-guerra, que permitiam a expansão do Welfare State (Behring e Boschetti, 2007, p. 134).

A supremacia do capital fetiche atinge todos os âmbitos da vida social e a sede de lucratividade desta forma de capital se espalha para além dos investimentos privados. As políticas sociais se tornam alvo de investimento do capital financeiro, na tentativa de solucionar o fenômeno da superacumulação. Este empurra para a privatização (direta ou indireta) alguns setores de utilidade pública como campo de inversão do lucro em serviços de saúde, de educação e de previdência (Behring, 2008), caracterizando a supercapitalização de que trata Mandel (1982).

No Brasil as políticas sociais a partir da década de 1990, pouco depois da promulgação da Constituição de 1988, também passaram a sofrer ameaças por meio do projeto neoliberal, que impediu a plena implementação do texto constitucional. A recém criada Seguridade Social – uma conquista no âmbito da formação de um sistema de proteção social no Brasil ainda que limitado – é derruída pelos sucessivos governos neoliberais desde Fernando Collor de Melo, aprofundando-se com os governos de FHC e persistindo nos governos de Lula da Silva.

As tendências da Seguridade Social brasileira neste período estão relacionadas aos processos sociais gestados no capita-

lismo em sua fase monopólica. Segundo Mota (2005) se ancoram em dois vetores: nas mudanças no mundo do trabalho, quando a reestruturação produtiva supera o modelo fordista-keynesiano para firmar o modelo de acumulação flexível, e nas mudanças na intervenção do Estado, que assume novos papéis e redefine os antigos em função das necessidades de um novo momento na produção de mercadorias¹⁰.

A partir dos anos 1990 vivemos um processo de desmonte de parte do aparato do Estado e de restrição das políticas sociais, que passam a ser organizadas sob a lógica do capital financeiro. O processo de contrarreforma do Estado vem acompanhado de uma série de privatizações do setor público estratégico. Além disso, uma das principais consequências da financeirização para as políticas sociais tem sido a captura do fundo público para a alimentação direta do capital que porta juros, no qual o papel da dívida pública tem sido central.

A dívida pública constitui-se em um dos principais instrumentos de dominação dos rentistas e do grande capital sobre os países periféricos. Estes países vêm sendo orientados a conduzir sua política econômica para privilegiar o capital que porta juros em detrimento das políticas sociais desde a crise da década de 1970. Um dos mecanismos fundamentais utilizados para drenar recursos das políticas sociais brasileiras para o capital que porta juros é a Desvinculação de Receitas da União (DRU) de 2000¹¹. A Seguridade Social é a mais atingida por este mecanismo, tendo em vista que ele permite a desvinculação de 20% dos seus recursos. A DRU transfere os recursos do orçamento da Seguridade Social para o orçamento fiscal com a finalidade de facilitar a formação de superávits e pagar a dívida pública.

A DRU possibilitou o repasse de bilhões de reais das políticas sociais¹² para o grande capital e por isso a classificamos como um tipo de programa de transferência de renda para os rentistas (Antunes e Gimenez, 2007). Em outras palavras, isto significa a transferência de recursos antes destinados à classe trabalhadora para o pagamento de juros da dívida¹³, alimentando o mundo das finanças. Deste modo, o fundo público passa a ser canalizado de forma direta para alimentar o mercado financeiro.

Além da DRU, o capital se utiliza de

outros mecanismos para garantir a acumulação e valorização de sua forma fetichizada¹⁴. Acrescentamos a esta forma de destinação do fundo público para o capital, os recursos dos orçamentos das políticas sociais que remuneram o rentismo, direta e indiretamente. Referimos-nos à remuneração do capital portador de juros para que operem e atuem na operacionalização das políticas sociais. Esta remuneração acontece das mais diversas formas e atinge a quase totalidade das políticas sociais, que consideramos uma privatização via financeirização por dentro do Estado.

Este tipo de transferência é um pouco mais difícil de ser desvelada, mas pode ser visualizada em diversos âmbitos. Na saúde, por meio da ampliação da atuação da iniciativa privada – via planos de saúde – e a entrega de atividades administradas e financiadas pelo Estado à organizações sociais¹⁵; no âmbito da previdência, as contra-reformas realizadas pelos últimos governos que desconstróem direitos e estimulam o crescimento da previdência privada por meio dos fundos de pensão¹⁶, e ainda a remuneração das instituições bancárias para operarem com o repasse das aposentadorias e benefícios previdenciários; e no âmbito da assistência, a desresponsabilização do Estado com o repasse das ações assistenciais para o terceiro setor, e ainda a ênfase nos programas de transferência de renda, nos moldes propostos pelas agências multilaterais, que também repassam recursos aos bancos para que operem com os benefícios¹⁷ (Silva, 2010).

Existe assim uma tensão na disputa pelo fundo público na qual a classe trabalhadora luta pelo financiamento de suas necessidades e o capital busca a sua reprodução por meio de subsídios e participação no mercado financeiro (com a dívida pública, por exemplo). Pela sua força hegemônica e pela correlação de forças desfavorável que vivenciamos, o capital tem conseguido cada vez mais se apropriar do fundo público e com maior força a partir da entrada do projeto neoliberal no cenário nacional.

Fundo público em disputa em tempos de crise

Há ainda um dado fundamental a ser tratado: a composição do fundo público. O fundo público é composto por impostos, taxas e contribuições da classe trabalhadora, do capital e do Estado que as re-

colhe e reparte – de forma desigual – entre as classes sob diversas formas. Constitui-se de parte da riqueza socialmente produzida, ou seja, parte do trabalho excedente, mas também, e de forma majoritária em nosso tempos, pelo trabalho necessário.

De acordo com Behring (2010) no capitalismo monopolista, a punção do fundo público é feita pelo sistema tributário, o que quer dizer que o fundo público é cada vez mais sustentado no e pelos salários.

O fundo público não se forma especialmente no capitalismo monopolizado e maduro – apenas com o trabalho excedente metamorfoseado em valor, mas também com o trabalho necessário, na medida em que os trabalhadores pagam impostos direta e, sobretudo, indiretamente, por meio do consumo, onde os impostos estão embutidos nos preços das mercadorias¹⁸ (Ibdem, p. 6).

No Brasil o sistema tributário é marcado pela regressividade¹⁹ que faz com que os trabalhadores paguem mais impostos que a burguesia, e consequentemente paguem pelo endividamento público. Isto porque no Brasil predomina a maior tributação por meio de impostos indiretos, que incidem de forma majoritária sobre a renda dos trabalhadores assalariados²⁰.

Assim, são os recursos dos trabalhadores que sustentam o fundo público que, por sua vez, é capturado pelo capital que porta juros, sócio privilegiado do fundo público, como diz Salvador (2010). O capital “parasitário” utiliza-se dos mais variados mecanismos para capturar os recursos que por direito deveriam destinar-se tão somente a melhoria das condições de vida da classe trabalhadora, já que são em sua grande maioria extraídos dessa mesma classe.

Atualmente vivemos em tempos de difícil disputa pela riqueza socialmente produzida. O fundo público tem sido cada vez mais capturado pelo capital que porta juros tanto pela dívida pública que atinge os países periféricos e usurpa grandes recursos advindos da classe trabalhadora, quanto pela incidência de mecanismos de alimentação do capital financeiro no interior das políticas sociais.

A lógica de financeirização das relações sociais atinge os recursos destinados à reprodução social da classe trabalhadora e as políticas sociais transformam-se em alvo prioritário de mudanças e ajustes, tanto nos países centrais do capitalismo, como nos países periféricos. O repasse de recursos

da Seguridade Social para o rentismo, a extensão do crédito aos aposentados, a remuneração de instituições financeiras para operacionalização de benefícios assistenciais, a expansão dos fundos de pensão, a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, etc; por meio desses e outros mecanismos o capital portador de juros incide sob a reprodução social da classe trabalhadora e a transforma em meios de valorização altamente lucrativos.

Nos tempos atuais, vivemos em meio a uma crise do capital que, de acordo com Katz (2010), irrompeu na órbita financeira, mas se relaciona às tensões geradas pelos capitais superacumulados, pela superprodução e pelos intercâmbios desproporcionais. Para o autor, a crise está relacionada não só à esfera financeira, mas à realização do valor e à valorização do capital, causadores das crises capitalistas em todos os tempos, porém apresenta especificidades relacionadas ao modelo neoliberal vigente nas últimas décadas²¹.

Nesse contexto, o papel do Estado, como “almofada amortecedora da crise”, e do fundo público foi e é fundamental para garantir as condições de acumulação, valorização e do capital e de superação de suas crises. Os recursos utilizados para tanto, são aqueles extraídos do mundo do trabalho, do que seria destinado à melhoria das condições de vida dos trabalhadores, que ao contrário, é posto a disposição do capital portador de juros. Em tempos difíceis, não deixa de ser menos necessária a luta e disputa pela riqueza socialmente produzida, pelo Estado e pelo fundo público. Muito pelo contrário. É fundamental persistirmos na desmistificação e superação da ordem burguesa, dado que sem a apreensão da realidade concreta e dos rebatimentos da organização do capital para a classe na atualidade, não é possível modificá-la nem transformá-la.

Notas

4 Quanto a esta observação, tomamos por referência neste capítulo apenas o estudo presente no capítulo XXI d’O Capital de Marx. A expansão do capital que porta juros para toda a vida social, do crédito, incidindo também sobre a classe trabalhadora, tornando-a também sua mutuária trataremos mais a frente.

5 Sobre capital fetiche, cf. também Iamamoto (2007). No primeiro capítulo deste livro a autora faz uma consistente análise marxista dos movimentos contemporâneos do capital tendo como base o Livro Terceiro d’O Capital e desvenda o fetiche presente na configuração atual

do capitalismo, iluminando o debate sobre o Serviço Social em nossos tempos.

6 Exemplos do papel central do crédito neste sentido são a indústria automobilística e o setor imobiliário e de turismo, que operam de forma massiva por meio do crédito.

7 O que dizer então do crédito consignado que se expande em nossos dias e empurra para o endividamento boa parte da classe trabalhadora? Ao capital é garantida a realização do valor pela obrigatoriedade do pagamento descontado do salário dos trabalhadores. O trabalho necessário alimenta diretamente a esfera financeira sem que seja dado ao trabalhador o direito de contestar este processo.

8 Vale ressaltar que o Estado sempre atendeu de forma desigual aos interesses contraditórios em disputa. Em que pese a correlação de forças presente em cada contexto sócio-histórico, o Estado manteve ao longo de todo o desenvolvimento capitalista seu caráter de classe, a favor dos interesses da burguesia, embora não deixe de abarcar as lutas e reivindicações da classe trabalhadora.

9 Sobre isto Behring e Boschetti nos esclarecem: “A crise [...] tem a função de se constituir como meio pelo qual a lei do valor se expressa e se impõe. Ela é a consolidação de dificuldades crescentes de realização da mais-valia socialmente produzida, o que gera superprodução, associada à superacumulação” (2007, p. 117).

10 A discussão sobre a cultura da crise da Seguridade Social é encontrada no livro de mesmo nome da autora (2005).

11 Criada anteriormente sob a forma de Fundo Social de Emergência (1994) e depois Fundo de Estabilização Fiscal (1997) e a partir de 2000 é reformulada com a denominação de Desvinculação de Receitas da União.

12 Em 2009 a DRU desvinculou do orçamento da Seguridade Social um total de 39,1 bilhões de reais (Inesc, 2010).

13 Segundo Filgueiras e Golçalves (2007), os Cardoso e Lula pagaram mais de R\$ 1 trilhão em juros da dívida pública e os superávits acumulados no mesmo período foram de R\$ 489,8 bilhões de reais.

14 Incluímos ainda Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000 que preceitua determinados conteúdos para a lei de diretrizes orçamentárias e para o orçamento e, na medida em que prioriza o pagamento das dívidas públicas, acarreta o deslocamento de recursos das políticas sociais para tanto. Tal medida de ajuste fiscal é a aplicação prática do princípio neoliberal de redução do Estado – para o mundo do trabalho – e seu alargamento para atenção dos interesses do capital.

15 Como as Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e mais recentemente as Fundações Estatais de Direito Privado, todas elas formas de privatizar o Estado e descentralizar – com a mera transferência de responsabilidades – as políticas sociais; projeto este em con-

sonância a lógica do capital que porta juros.

16 Para maior aprofundamento sobre o estudo da “previdência privada” e capital portador de juros, cf. Granemann (2006).

17 Quanto aos programas de transferência de renda, Cf a dissertação de mestrado defendida recentemente (Silva, 2010) que mostra-nos os recursos destinados aos bancos (chamados de agentes pagadores) para operacionalização dos benefícios do Programa Bolsa Família (PBF), do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e da Renda Mensal Vitalícia (RMV), uma forma direta de remuneração do capital portado de juros.

18 Fabrício de Oliveira (apud Salvador, 2005) chama este processo de fetiche do imposto, no qual o empresário nutre a ilusão de que arca com o ônus do tributo, mas na verdade este integra a estrutura de custos da empresa, sendo repassado aos preços das mercadorias e/ou serviços, por isso são indiretos.

19 Para diferenciar a progressividade e a regressividade de um imposto é preciso avaliar sua incidência: se é sobre renda, propriedade, produção, circulação e consumo de bens e serviços. Conforme a base de incidência os tributos são considerados diretos ou indiretos. “Os tributos diretos incidem sobre a renda e o patrimônio porque, em tese, não são passíveis de transferências para terceiros. Esses são considerados impostos mais adequados para a questão da progressividade. Os indiretos incidem sobre a produção e o consumo de bens e serviços sendo passíveis de transferência para terceiros, em outras palavras, para os preços dos produtos adquiridos pelos consumidores. Eles que acabam pagando de fato o tributo, mediado pelo contribuinte legal: empresário produtor ou vendedor” (Salvador, 2005, p. 3).

20 Segundo Salvador (2010), no Brasil, quem ganha até dois salários mínimos gasta 26% de sua renda no pagamento de tributos indiretos, enquanto o peso da carga tributária para as famílias com renda superior a 30 salários mínimos corresponde apenas a 7%. A tributação sobre renda e patrimônio (impostos diretos) é extremamente baixa no país e assim a burguesia paga cada vez menos impostos. Com isso o sistema tributário brasileiro tem agravado a concentração de renda no país.

21 Os resultados já se vêem nos noticiários. A Europa padece com as graves consequências da crise, que atinge primeiramente os países periféricos no seu interior, dos quais Grécia, Espanha e Portugal já são submetidos às brutais exigências de ajuste dos países do centro europeu. A crise enfatizou a polarização existente entre países europeus comercialmente excedentes e deficitários. E os desdobramentos desta crise não estarão no retorno do Welfare State, de um suposto capitalismo humano, nem mesmo sua solução está no controle da especulação. “Um sistema assentado na exploração do homem pelo homem não pode ser humanizado, já que vulnera o princípio básico da convivência entre indivíduos” (Katz, 2010, p.34).

Referências Bibliográficas

- ANTUNES, Davi, GIMENEZ, Denis. Transferência de Renda aos Ricos e aos Pobres no Brasil - Notas sobre os Juros Altos e o Bolsa-Família. Carta Social e do Trabalho Unicamp, n.º 5, abril de 2007. Disponível em: <http://www.eco.unicamp.br/cesit/index1.html>
- BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- _____. Crise do Capital, Fundo Público e Valor. 2010. No Prelo.
- BEHRING, Elaine Rosetti e BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2007.
- CHESNAIS, François. A mundialização do capital. São Paulo: Xamã, 1996.
- FILGUEIRAS, Luiz e GOLÇALVES, Reinaldo. A economia política do governo Lula. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007.
- GRANEMANN, Sara. Para uma interpretação marxista da ‘previdência privada’. Tese de doutorado em Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.
- HILFERDING, Rudolf. O Capital Financeiro. São Paulo: Nova Cultural, 1985.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social em tempos de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- INESC. Orçamento e direitos da execução da LOA 2009. Instituto de Estudos Socioeconômicos – Inesc. Nota Técnica nº 164. Abril de 2010. Disponível em <http://www.inesc.org.br>
- KATZ, Claudio. Las tres dimensiones de la crisis. 2010. Disponível em www.lahaine.org/katz
- LÊNIN, Vladimir Ilitch. O Imperialismo: fase superior do capitalismo. 3ª ed. São Paulo: Centauro, 2005.
- MANDEL, Ernest. Capitalismo tardio. São Paulo: Abril Cultural, 1982 (os Economistas).
- MARX, Karl. Rendimento e suas fontes: a economia vulgar. São Paulo, Abril cultural, 1982. (Coleção Os Economistas)
- _____. O Capital: crítica da economia política. Livro 3. Tomos 1 e 2. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- MOTA, Ana Elizabete. Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- SALVADOR, Evilásio. Fundo Público e Seguridade Social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2010.
- SILVA, Giselle Souza da. Transferência de renda a capital portador de juros: uma insidiosa captura. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro: 2010.

1.2 A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões²²

Maria Inês Souza Bravo²³

Juliana Souza Bravo de Menezes²⁴

Apresentação

Este texto pretende analisar a Política de Saúde na atual conjuntura, fazendo, num primeiro momento, uma abordagem geral, com ênfase nas políticas sociais, e, no segundo, enfocando a Política de Saúde nos dois mandatos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva e, em seguida, apresenta algumas reflexões com relação ao governo Dilma Roussef.

Nesta direção, vai-se ressaltar as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula, após o seu primeiro governo, que dão seqüência à contrarreforma do Estado iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), encolhendo o espaço pú-

blico democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado - não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados.

Posteriormente, destaca-se a eleição de Dilma Roussef que chega ao poder com a mística de ser a primeira mulher eleita ao cargo presidencial do país. A atual presidente venceu as eleições devido à popularidade do presidente Luis Inácio Lula da Silva que a apoiou durante toda a campanha, uma vez que alguns petistas que tiveram seus nomes cogitados para a eleição perderam a possibilidade de serem candidatos por diversos motivos entre eles, a sucessão de escândalos que os envolvia,

na maioria, por denúncias de corrupção.

O artigo vai abordar também as manifestações dos movimentos sociais, da Frente Parlamentar da Saúde, do Fórum da Reforma Sanitária e a criação de Fóruns de Saúde e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Para finalizar, são levantadas algumas considerações que destacam as proposições de diversos sujeitos fiéis as lutas e aos princípios da Reforma Sanitária brasileira construída nos anos oitenta. São ressaltadas a agenda política aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e a criação dos Fóruns de Saúde e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e suas proposições.

²² Este texto é uma versão revista e ampliada pelas autoras do artigo “Política de Saúde no Governo Lula: Algumas Reflexões”. In: Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho. Organizadores, Maria Inês Souza Bravo [et al.]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

²³ Assistente Social, doutora em Serviço Social (PUC/SP) e pós-doutora em Serviço Social pela UFRJ, professora aposentada da UFRJ, professora adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), coordenadora dos projetos “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos movimentos sociais e dos conselhos do Rio de Janeiro” e “Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais”. Integrante do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (e-mail: mibravo@uol.com.br).

²⁴ Especialista e mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), assistente social do Hospital Federal de Bonsucesso/Ministério da Saúde. Integrante do projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos movimentos sociais e dos conselhos do Rio de Janeiro” da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Integrante do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (e-mail: julianasbravo@gmail.com).

A Conjuntura e as Políticas Sociais

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva significou um marco político na história do país, pois foi a primeira vez que se elegeu “um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização política” (Braz, 2004, p. 49). A consagração eleitoral foi resultado da reação da população contra o projeto neoliberal implantado nos anos de 1990. Isto é, pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes.

Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, acreditava-se que, no Brasil, estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentaria as políticas de ajuste. Não se esperava transformações profundas, diante dos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social.

A legitimidade expressa nas urnas, para “exercer um governo orientado para mudar o Brasil numa direção democrático-popular” (Netto, 2004, p. 13) e para “uma política econômica direcionada ao mercado interno de massas, articulada a uma política social mais ousada” (BEHRING, 2004), não foi levada em consideração.

A análise realizada por Behring (2004), explicita que, no plano econômico, todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC foram mantidos, permanecendo intocáveis: o superávit primário; a Desvinculação de Receitas da União (DRU)²⁵; taxas de juros parametradas pela Selic; apostas na política de exportação, com base no agronegócio; o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; e o aumento da arrecadação da União.

Essas orientações econômicas têm impactos nas políticas sociais. De acordo com Soares (2004), a tese central do governo é que a solução não está na expansão do gasto social, e sim na focalização. Continua-se com políticas focais, em detrimento da lógica do direito e da Seguridade Social universalizada.

Para Marques & Mendes (2005), as políticas sociais no governo Lula estão estruturadas em três eixos que fundamentam a concepção de proteção social

utilizada. O primeiro é o Projeto Fome Zero, que ficou basicamente concentrado no programa Bolsa-Família; o segundo, a contrarreforma da Previdência Social; e o terceiro refere-se ao trato dado pela equipe econômica aos recursos da Seguridade Social.

A ação mais importante na área social é o programa de transferência de renda Bolsa Família, criado em 2003, com o desafio de combater a miséria, através da unificação de todos os programas sociais e a criação de um cadastro único de beneficiários.

Apesar dos avanços nas condições de vida de milhões de brasileiros, é importante destacar que o Bolsa Família não se constitui um direito, pois trata-se de uma política de governo, fruto de uma decisão do Executivo federal. Não sendo uma política de Estado, pode ser extinto a qualquer momento. Ressalta-se que o combate à pobreza não se dá apenas por políticas de transferência de renda, mas é preciso que estas estejam associadas a outras políticas sociais. Isto é, no contexto de uma política de universalização da proteção social, a garantia de renda seria compreendida como um direito. E o seu avanço não abandonaria a idéia de universalização das políticas sociais, ou seja, “não seria acompanhado com a implantação de um ‘Estado mínimo’ nos outros ramos da proteção social”²⁶ (Marques & Mendes, 2005, p. 169).

A contrarreforma da Previdência Social, ocorrida no governo Lula, realizou, no âmbito do serviço público, ações restritivas de direitos que haviam sido derrotadas durante a gestão FHC²⁷. Há uma redução de direitos do mundo do trabalho, a privatização dos recursos públicos e a ampliação dos espaços de acumulação do capital. Granemann (2004) destaca que a especulação financeira, promovida pelos fundos de pensão, atinge o Estado por meio dos investimentos em renda fixa que têm como importantes fontes de suas aplicações os títulos públicos. A autora ressalta ainda que essas medidas “nos reservam, como futuro, uma necessidade inarredável de endividamento público, posto que partes significativas das contribuições previdenciárias da força de trabalho estatal e privada foram cedidas aos fundos de pensão e às previdências abertas” (2004, p. 32). Nesta perspectiva, o endividamento estatal é agravado e a emissão de títulos

públicos é colocada como solução e, entre seus compradores, estão os fundos de pensão. Dessa forma, as contra-reformas do Estado, que tinham como objetivo solucionar as crises fiscais, são os seus principais elementos geradores.

Em síntese, a contrarreforma previdenciária do governo Lula “caracteriza-se por ser antidemocrática, anti-republicana e ainda por promover uma redistribuição de renda às avessas, entre os servidores e o capital financeiro” (Marques & Mendes, 2005, p. 150-151)²⁸.

Em 2009, no segundo mandato, o governo apresenta à Câmara dos Deputados a proposta de Reforma Tributária (Projeto de Emenda Constitucional - PEC 233/08), na qual propõe profundas alterações no sistema tributário nacional, com vistas à sua simplificação e desburocratização, eliminação da guerra fiscal, desoneração parcial da tributação sobre a folha de salários, eliminação de distorções e cumulatividade e aumento da competitividade econômica. Tal proposta traz graves consequências ao financiamento das políticas sociais no Brasil, ameaçando de forma substancial as fontes exclusivas que dão suporte às políticas de Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social), Educação e Trabalho²⁹.

Esse projeto, se aprovado na forma atual, subtrai recursos e quebra salvaguardas constitucionais de benefícios e programas sociais e serviços públicos, atualmente protegidos pelo art. 195 da Constituição Federal de 1988. Desconstruída a capacidade de financiamento da Seguridade Social, a construção e a efetividade de direitos declarados em várias partes do texto constitucional ficam inviabilizadas.

A Reforma Tributária não interessa somente aos setores representativos do empresariado nacional ou aos governadores e prefeitos. É um tema que interessa a toda a sociedade. A carga tributária, o financiamento do Estado, os tributos recolhidos incidem sobre toda a população, 2/3 das receitas arrecadadas advêm de tributação sobre consumo e sobre a renda dos trabalhadores. Nessa direção, é necessária uma reforma que não apenas racionalize o sistema tributário, mas também o torne menos regressivo, ou seja, mais justo e redistributivo. Ao mesmo tempo, é preciso ter claro que as mudanças propostas afetarão profundamente toda a Seguridade Social, colocando em risco as grandes conquistas

sociais da Constituição Federal de 1988³⁰.

Esse breve balanço das políticas sociais mostra que, apesar de algumas inovações, a agenda da estabilidade fiscal é muito forte e, conseqüentemente, os investimentos são muito reduzidos, não apontando na direção de um outro projeto para o país.

Com relação à participação social, segundo Moroni (2009) houve a ampliação de canais de participação, mas também houve um desrespeito à autonomia da sociedade civil. Na maioria dos espaços participativos criados ou reformulados quem determina a representação da sociedade é o governo.

O que se constata é que ocorre uma multiplicidade de espaços de interlocução, mas não há uma política de fortalecimento do sistema descentralizado e participativo e, muito menos, ampliação dos processos democráticos. A participação ficou reduzida à estratégia de governabilidade³¹.

Vai-se fazer em seguida, algumas reflexões com relação aos seis meses iniciais do governo Dilma.

Após a vitória de Dilma, houve algumas especulações com relação as linhas gerais de seu governo. Algumas temáticas são centrais nesta análise: política econômica, política externa, combate às desigualdades, postura com relação aos temas polêmicos como a legalização do aborto, regulação social do monopólio dos meios de comunicação.

No início do governo, algumas ações mereceram preocupações como cortes orçamentários, restrição de investimentos, medidas de caráter privatista como a abertura do capital da Infraero, a privatização de aeroportos e a nova rodada de leilões do petróleo do Pré-Sal (Medeiros, 2011).

Como ocorreu no governo Lula, a maior parte do orçamento da união para 2011 será destinado à rolagem da dívida pública. A proposta é que R\$678,5 bilhões sejam destinados a pagar os juros e a amortização da dívida. Este valor representa mais de um terço do total do orçamento que chegará em 2012, a R\$2,07 trilhões. Há também a previsão da manutenção do superávit primário em 3,1% do PIB, com a previsão de cortes de até R\$ 60 bilhões, o que equivale a todos os gastos do Ministério da Saúde (Medeiros, 2011).

Todas estas medidas demonstram que o governo Dilma não enfatizará mais o social do que o anterior mas, pelo contrário,

as posições assumidas nesses seis meses apontam um governo mais privatista e comprometido com a manutenção do atual modelo econômico.

O corte de R\$ 60 bilhões no orçamento atingiu basicamente a área social, a saber: redução de gastos com pessoal, incluindo congelamento dos salários (R\$ 3,5 milhões); corte de R\$ 5 bilhões no Programa “Minha Casa Minha Vida”; no Ministério da Reforma Agrária houve redução de R\$ 929 milhões; na Educação corte de R\$ 3,1 milhões; na Saúde R\$ 578 milhões; nos Desportos R\$ 1,5 milhões; no Meio Ambiente R\$ 400 milhões e no Transporte R\$ 2,3 milhões (Domingues, 2011).

Com relação ao combate às desigualdades, a primeira medida do governo Dilma nesta área foi solicitar uma nova definição da linha da miséria e da pobreza sendo o único critério o da renda per capita da família. O que se verifica é a subordinação da lógica social à lógica econômica, com belas fórmulas para combater a miséria (Moroni, 2011).

Um aspecto importante é que os primeiros meses do governo demonstraram a crescente insatisfação de grupos sociais.

Várias manifestações ocorreram cabendo destacar (Costa, 2011):

- A dos estudantes e trabalhadores em protesto contra a elevação da passagem dos ônibus em várias cidades do Brasil;

- Fóruns Populares em todo país debatem a situação da saúde e da educação pública, organizando mobilizações contra o processo de privatização;

- Trabalhadores da construção civil reagem às condições de super exploração impostas pelas empreiteiras – empresas multinacionais – como a Odebrecht, Camargo Correa, Queiroz Galvão, Mendes Junior e outras – nas obras do PAC (Programa de Aceleração do Crescimento) que é um dos maiores programas de transferência de verbas públicas para as mãos do grande capital.

Mais de 80 mil trabalhadores já fizeram greve nas obras espalhadas pelo Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Ressalta-se como exemplos, a Usina de Jirão (Rondônia) onde a massa em revolta incendiou ônibus, veículos e escritórios; na Hidroelétrica São Domingos (Mato Grosso) os trabalhadores incendiaram os alojamentos; no complexo do SUAPE que reúne a Refinaria Abreu e Lima e a Petroquímica,

ca, 30 mil operários entraram em greve; na Termelétrica de Pecém (Ceará), 6 mil trabalhadores ficaram parados; na Ponte sobre o Rio Madeira (Rondônia) houve 300 grevistas. Em diversas regiões, o Programa “Minha Casa Minha Vida” sofre paralisações com sete mil operários da construção civil recusando-se a trabalhar nas condições impostas.

Os servidores públicos fizeram três marchas em Brasília e houve a greve dos servidores das universidades. Em agosto, foi convocada uma Jornada Nacional de Lutas para unificar essas diversas manifestações.

Após essa análise mais geral dos governos, vai-se ressaltar a política de saúde nos mesmos.

A Saúde no Governo Lula

Vai-se abordar as ações na saúde desenvolvidas nos dois mandatos do governo Lula.

A Saúde no Primeiro Mandato

A Política de Saúde é apresentada no programa de governo do primeiro mandato como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. A concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva na Constituição Federal de 1988. Havia uma expectativa, entretanto, de que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na saúde.

Para a análise, vai-se utilizar dois autores que escreveram sobre a temática: Bravo (2004 e 2006), Paim et. al. (2005) e Paim (2008).

Para Bravo (2004 e 2006), o Ministério da Saúde, no início do governo, vai sinalizar como um dos desafios a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária. Entretanto, tem-se percebido a manutenção da disputa entre os dois projetos: Reforma Sanitária e Privatista. Em alguns aspectos, o governo procura fortalecer o primeiro projeto e, em outros, o segundo.

A autora ressalta como aspectos de inovação da política de saúde que poderiam fortalecer o primeiro projeto: o retorno da

concepção de Reforma Sanitária que, nos anos noventa, foi abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde³²; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)³³ e a sua realização em dezembro de 2003 e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Como continuidade da política de saúde dos anos noventa, destaca-se a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social³⁴. Como exemplo de focalização, destaca-se a centralidade no Programa Saúde da Família, sem alteração significativa, para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica, em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes (Bravo, 2004 e 2006).

Paim et. al. (2005) realizou um estudo, no primeiro ano do primeiro mandato, em que avaliou a Política de Saúde a partir das seguintes temáticas: Atenção Básica; Atendimento Hospitalar e Alta Complexidade; Programas Especiais; Vigilância Epidemiológica e Sanitária; Assistência Farmacêutica; Assistência Médica Suplementar e Controle Social.

As ações referentes à atenção básica assinalam um compromisso do governo com a ampliação e o fortalecimento do Programa Saúde da Família, através do aumento do financiamento e da ampliação de equipes de saúde da família (Paim et. al., 2005).

Para a atenção hospitalar e de alta complexidade, os autores ressaltam o fortalecimento dos vínculos dos hospitais universitários (HUs) com o Sistema Único de Saúde (SUS), através de algumas medidas, a saber: recomposição dos quadros de servidores desses hospitais; nova forma de financiamento dos HUs. Outras ações nesta direção: a estruturação do serviço de emergência, com o lançamento do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências e a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o estímulo e apoio à criação de Centrais de Regulação Regionais das Urgências.

Salienta-se, entretanto, segundo Masson (2007), que o grupo de trabalho interministerial, instituído no âmbito do Ministério da Educação em 2006, ao produzir parecer técnico sobre a gestão e financiamento dos HUs vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), vai destacar, principalmente, o problema de gestão. A política de criação de indicadores para credenciamento e qualificação dos HUs, apesar de conter aspectos importantes, proporcionou oportunidade para o governo elaborar um diagnóstico das condições de desempenho dessas unidades. Este diagnóstico, por sua vez, forneceu dados para a implantação da proposta de contrarreforma da natureza jurídica (Fundações Privadas) e da função social dos HUs. O relatório enfatiza que o problema dos HUs reside “no desperdício por conta das deficiências de gestão, planejamento e integração entre as esferas de governo”. Não se enfatiza a questão central, que é a insuficiência de recursos.

Com relação aos Programas Especiais, foram mantidos os de combate ao Tabagismo e à AIDS. No que diz respeito à saúde da mulher, houve um esforço para enfrentar a mortalidade materna e formular uma política específica. Quanto ao Programa de Tuberculose é necessário garantir a cobertura da atenção. Apesar das ações sobre as doenças infecto-contagiosas, o perfil epidemiológico do país indica que outras enfermidades e agravos merecem a atenção da Vigilância em Saúde, tais como a violência e as doenças crônico-degenerativas (Paim et. al., 2005).

Sobre a Assistência Farmacêutica, o governo buscou a ampliação de laboratórios oficiais e criou as farmácias populares³⁵; aumentou a fiscalização e o controle dos medicamentos. Os autores ressaltam que um aspecto que não foi enfrentado, apesar do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ter apontado como desafio para o SUS, refere-se à subordinação das agências reguladoras às instâncias gestoras públicas, mesmo se tratando de autarquias especiais: esta é a situação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. O governo tem-se posicionado de forma tímida em relação à regulação e ao controle da saúde suplementar.

Em relação ao Controle Social, é explicitado como avanço pelos dois autores a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que tem como com-

petência fortalecer a participação social e a realização de diversas conferências em articulação com o Conselho Nacional. Entre as conferências realizadas, destaca-se a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, em caráter extraordinário, com o tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado. A Saúde que temos, o SUS que queremos”, e as seguintes Conferências Temáticas: 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2004); 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2005); 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006)³⁶. Outro aspecto importante foi a eleição do presidente do Conselho Nacional de Saúde, em 2006, pela primeira vez em 70 anos de existência³⁷ (Radis 53).

Um dos aspectos centrais da Política de Saúde refere-se aos trabalhadores de saúde, que foram terceirizados nos anos de 1990. Nesta direção, algumas propostas têm sido defendidas e foram objeto de discussão na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, como a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para o SUS; educação permanente; proteção social do trabalhador e regulação pública das especialidades a partir das necessidades de saúde da população e do SUS; desprecarização do trabalho; implementação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), aprovada como Política Nacional, por meio da Resolução nº 330, em 2004. As ações necessárias para a viabilização da política, entretanto, não foram efetivadas.

A partir das contribuições dos autores, pode-se identificar que a política de saúde sofreu os impactos da política macroeconômica. As questões centrais não foram enfrentadas, tais como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos.

Na atual conjuntura, desafios estão colocados para os defensores do Projeto de Reforma Sanitária com relação à democratização da saúde. É importante destacar que o movimento sanitário, formulador do Projeto de Reforma Sanitária e do SUS, durante a década de 1990, ficou em posição defensiva, apenas resistindo aos

ataques ao SUS.

Em junho de 2005, foi realizado, na Câmara dos Deputados, o 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, com o tema “SUS – o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção”. Este simpósio reuniu mais de oitocentos participantes, entre eles, representantes da Frente Parlamentar de Saúde, diversas entidades da saúde e representantes da população usuária, dos trabalhadores da saúde, dos prestadores de serviços e dos gestores. Ao final do encontro, foi lançada a Carta de Brasília, que destaca propostas afirmando o compromisso com o direito universal e integral à saúde, com o Sistema Único de Saúde, com o Projeto de Reforma Sanitária e com a Seguridade Social, a saber:

- Definição de uma Política Nacional de Desenvolvimento;
- Defesa da Seguridade Social como política de proteção social universal;
- Defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS;
- Retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social, mas, imediatamente, regulamentar a Emenda Constitucional nº 29;
- Cumprimento da Deliberação Nº 001, de 10 de março de 2005, do Conselho Nacional de Saúde, contrária à terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde³⁸;
- Avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários;
- Estabelecimento de Plano de Cargos, Carreiras e Salários para o SUS de maneira descentralizada, sem a incidência dos atuais limites de gastos da Lei de Responsabilidade Fiscal;
- Avançar na substituição progressiva do sistema de pagamento de serviços por um sistema de orçamento global integrado, alocando recursos baseados nas necessidades de saúde da população;
- Revisão da lógica de subsídios e isenções fiscais para operadores e prestadores de planos e seguros privados de saúde, redirecionando esses recursos para o sistema público de saúde;
- Avançar no debate do projeto de lei que trata da Responsabilidade Sanitária, no sentido de se retomar o cerne da discussão para a garantia do direito à saúde;

Cadernos de Saúde

- Garantir a democratização do SUS, com o fortalecimento do controle social;
- Definição de uma política industrial, tecnológica e de inovação em saúde e garantir assistência farmacêutica integral;
- Desenvolvimento de ações articuladas entre os Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) para a construção de soluções relativas aos impasses na implementação do SUS;
- Recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social.

Após esse encontro, observou-se a iniciativa de viabilização das entidades em torno das bandeiras da Reforma Sanitária. Surge, em seguida, o Fórum da Reforma Sanitária, formado pelas seguintes entidades: o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes)³⁹, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede Unida e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa). Este fórum lança o seu primeiro manifesto, no dia 23 de novembro de 2005, em ato público realizado na Câmara dos Deputados, com vistas à defesa da aprovação da Emenda Constitucional nº 29 e à ampliação de mais recursos no orçamento da saúde, em 2006. Este manifesto, intitulado “Fórum da Reforma Sanitária Brasileira: reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros”, defende a Reforma Sanitária e apresenta uma agenda para a saúde dos brasileiros. O fórum lançou mais dois documentos, um sobre os gastos públicos em saúde – “Gasto em Saúde no Brasil: É muito ou Pouco?” – e outro que foi apresentado aos candidatos à eleição de 2006 – “O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade”.

O Fórum da Reforma Sanitária, com a iniciativa do Cebes, organizou, em dezembro de 2006, o Encontro Nacional de Conjuntura e Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Este encontro teve como objetivo discutir uma agenda de debates para a reconstrução de um campo político da Reforma Sanitária que dê feição a um projeto mais geral para o país e articule as diversas lutas do setor saúde, como o financiamento e a alteração do modelo assistencial (Radis 53). Segundo Paim (2008), entre os temas discutidos no encontro, destacam-se o movimento sanitário e a mídia, a ampliação da agenda, o

retorno da “militância” e as propostas dos candidatos para a saúde. Este último tema foi considerado central diante da proximidade das eleições. Neste caso, como aspectos relevantes, pode-se salientar que as plataformas de saúde dos candidatos não eram conhecidas pela sociedade, a saúde não era prioridade para os partidos políticos e que, nos programas de saúde divulgados, não havia diferença entre as propostas dos candidatos.

No final do primeiro mandato, foi apresentado o Pacto pela Saúde (2006), com o objetivo de rediscutir a organização e o funcionamento do SUS e avançar na implementação dos seus princípios. Entretanto, até o momento, este pacto não tem sido debatido amplamente⁴⁰.

A Saúde no Segundo Mandato

O Plano de Governo 2007-2010 divulgado pelo candidato Lula não apresenta um compromisso com a Reforma Sanitária, uma vez que não menciona alguns eixos considerados centrais, a saber: controle dos planos de saúde, financiamento efetivo e investimentos, ação intersetorial e política de gestão do trabalho (Paim, 2008).

Na composição do segundo governo Lula, é escolhido para ministro da Saúde um sujeito político que participou da formulação do Projeto de Reforma Sanitária dos anos de 1980. Em seu discurso de posse, o ministro José Gomes Temporão afirma que há uma tensão permanente entre o ideário reformista e o projeto real em construção, assim como aspectos culturais e ideológicos em disputa, como as propostas de redução do Estado, de individualização do risco, de focalização, de negação da solidariedade e banalização da violência. Um dos possíveis caminhos de superação deste conflito certamente passa pelo reconhecimento da sociedade de pensar a saúde como um bem e um projeto social. É necessário, portanto, retomar os conceitos da Reforma Sanitária Brasileira, que não se limitam à construção do SUS, mas ao aumento da capacidade para interferir crescentemente na determinação social da doença. E os sujeitos deste processo são os usuários e os profissionais de saúde. Sem eles, o projeto será derrotado.

O ministro, no primeiro ano de sua gestão, levantou para o debate questões

polêmicas como a legalização do aborto, considerado como um problema de saúde pública⁴¹; a ampliação das restrições à publicidade de bebidas alcoólicas e a necessidade de fiscalizar as farmácias. Tomou também algumas medidas, entre elas, a de maior impacto foi a quebra de patente do medicamento Efavirenz (Stocrin), da Merk Sharp & Dohme, elogiada amplamente pelas entidades de combate à AIDS (Revista Época, 14/05/2007).

O Ministério da Saúde, entretanto, não tem enfrentado algumas questões centrais ao ideário reformista construído desde meados dos anos setenta, como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador. Apresenta, por outro lado, proposições que são contrárias ao projeto, como a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado.

A proposição mais preocupante é a criação das Fundações Estatais, cujo debate está mais avançado na saúde⁴², mas pretende atingir todas as áreas que não sejam exclusivas de Estado, tais como saúde, educação, ciência e tecnologia, cultura, meio ambiente, desporto, previdência complementar, assistência social, entre outras⁴³.

Algumas questões podem ser levantadas com relação a esta proposta, tendo por referência a saúde: as fundações serão regidas pelo direito privado; tem seu marco na “contra-reforma” do Estado de Bresser Pereira/FHC; a contratação de pessoal é por CLT, acabando com o RJU (Regime Jurídico Único); não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de Unidades e sim Conselhos Curadores; não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde; não obedece as proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações.

Os movimentos sociais têm reagido a esta proposição. Em 2007, o Conselho Nacional de Saúde se posicionou contrário na sua reunião do mês de junho⁴⁴. Neste ano, foram realizadas Conferências Estaduais em todos os estados brasileiros

e a 13ª Conferência Nacional de Saúde - maior evento envolvendo a participação social no país. Em todas estas conferências a proposta de criação das Fundações de Direito Privado foi rejeitada.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde teve como tema central “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”. O Conselho Nacional de Saúde entendeu que era importante para a sociedade brasileira definir diretrizes para o avanço e a garantia da saúde como direito fundamental no desenvolvimento humano, econômico e social, bem como apontar estratégias para fortalecer a participação social no enfrentamento dos desafios atuais, para assegurar o Sistema Único de Saúde como política de Estado.

Dois temas foram centrais na 13ª Conferência: o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado no âmbito da saúde e a descriminalização do aborto. O projeto foi reprovado não somente em todos os grupos, mas também na plenária final. Marcou, desta forma, um posicionamento claro do movimento da saúde contrário ao modelo de gestão proposto pelo governo federal, que retoma, com novo fôlego, a contrarreforma do Estado, iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) por Bresser Pereira (Bravo, 2008).

Os delegados do maior evento da saúde pública brasileira apontaram como propostas para as questões vivenciadas pelo SUS o aprofundamento das políticas universalistas, o cumprimento da legislação brasileira sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS e a aprovação do PLP 01/2003 da Câmara dos Deputados, atualmente PLC nº 89/2007 (no Senado Federal), que regulamenta a Emenda Constitucional 29, que se refere ao financiamento.

Quanto à descriminalização do aborto, a conferência posicionou-se desfavoravelmente. A tradição cultural brasileira e a influência da Igreja Católica pesaram acentuadamente na escolha política dos delegados com relação a esse tema. O desafio colocado é avançar e aprofundar esse debate, relacionando-o a uma questão de saúde pública.

Um aspecto importante evidenciado na 13ª CNS diz respeito à autonomia do Conselho Nacional de Saúde em relação ao governo, o que só foi possível em decorrência do presidente ter sido eleito pelos conselheiros e ter legiti-

midade na plenária.

A conferência só foi realizada em 2007 face à determinação do Conselho Nacional de Saúde, apesar das dificuldades enfrentadas e do pouco envolvimento do Ministério da Saúde, com exceção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

A questão preocupante após a 13ª CNS é o fato do ministro da Saúde não aceitar a decisão da mesma com relação ao projeto de Fundação Estatal de Direito Privado, continuando a defendê-lo e a mantê-lo no Programa Mais Saúde, conhecido como PAC Saúde, apresentado à nação e ao Conselho Nacional de Saúde no dia 5 de dezembro de 2007.

O Programa Mais Saúde apresenta quatro pilares estratégicos, a saber:

- Promoção e Atenção - Envolve ações de saúde para toda a família, desde a gestação até a terceira idade.

- Gestão, Trabalho e Controle Social - Qualifica os profissionais e gestores, forma recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e garante instrumentos para o controle social e fiscalização dos recursos. Neste item, a proposta central é a criação da Fundação Estatal de Direito Privado.

- Ampliação do Acesso com Qualidade - Reestrutura a rede, cria novos serviços, amplia e integra a cobertura no SUS.

- Desenvolvimento e Inovação em Saúde - Trata a saúde como um importante setor de desenvolvimento nacional, na produção, renda e emprego.

Nesta conjuntura ficou a indagação de como ampliar a participação social se um de seus mecanismos, como os conselhos e conferências, foram banalizados e suas propostas não foram respeitadas.

A expectativa que se tem num Estado democrático de direito é que os ministros sejam exemplares no respeito aos princípios e normas constitucionais e no acolhimento às decisões democráticas (Dallari, 2007).

A proposta de Fundação Estatal de Direito Privado foi aprovada em diversos Estados, a partir de 2007. O Rio de Janeiro foi o primeiro a aprovar a Lei que regulamenta a mesma em dezembro de 2007 (Lei nº 5164, de 17 de dezembro de 2007). Outros Estados da federação também aprovaram em seguida a proposta de Fundação de Direito Privado, a saber: Bahia,

Sergipe, Pernambuco, Acre, Tocantins.

Em 2009, a proposta das Fundações Públicas de Direito Privado é reapresentada ao Congresso Nacional, em caráter de urgência, na contramão do que o Conselho Nacional de Saúde tem defendido, revelando a intenção-ação do governo de esvaziar o controle social democrático na saúde, de implementar a lógica privatista, de controlar o movimento dos trabalhadores, com o fim da estabilidade do RJU – subjugando trabalhadores às intencionalidades dos gestores. A proposta descaracteriza o SUS Constitucional nos seus princípios fundamentais e todas as proposições que o Movimento Popular pela Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária sonharam construir em suas lutas desde meados dos anos setenta. Substituiu-se o interesse público por interesses particularistas numa privatização perversa do Estado brasileiro, o que infelizmente não é novidade na cena pública nacional. Todas essas modificações, entretanto, são ancoradas em valores que foram ressignificados, como a democracia, a qualidade, a transparência, a eficiência e a eficácia.

A análise que se faz após os dois mandatos do governo Lula é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos de 1990 – continuou. Algumas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado.

Alguns autores ao analisar as prioridades da agenda federal da saúde identificaram quatro políticas prioritárias (Machado, Baptista e Nogueira, 2011 e Bahia, 2010): Estratégia Saúde da Família (ESF) que persiste na agenda de sucessivas gestões ministeriais e anteriores ao governo Lula e as que foram salientadas pelo governo - Brasil Sorridente, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e Farmácia Popular.

Segundo Machado, Baptista e Nogueira (2011), o Brasil Sorridente é uma política de ampliação da atenção em saúde bucal em todos os níveis, inclusive no atendimento de maior complexidade. Prevê a expansão de equipes de saúde bucal junto à saúde da família, define a implantação de centros de especialidades odontológicas de referência além da implan-

tação de laboratórios de órtese e próteses dentárias. O programa se efetiva dezesseis anos após a I Conferência Nacional de Saúde Bucal.

O SAMU é constituído por uma central de regulação médica, uma equipe de profissionais e um conjunto de ambulâncias, de abrangência municipal ou regional (Machado, Baptista e Nogueira, 2011).

A quarta política priorizada, segundo as autoras citadas, é o programa Farmácia Popular. Foi lançado como proposta na campanha eleitoral para a Presidência de 2002. Esta política objetiva o aumento do acesso das pessoas a medicamentos de baixos preços para as famílias com subsídios do governo federal, sendo uma estratégia de co-pagamento entre usuários e o Estado. Baseava-se inicialmente na abertura de farmácias estatais geridas pela Fundação Oswaldo Cruz ou por meio de parcerias com estados e municípios. Em 2008, ultrapassa 450 unidades no país. Nos casos de parcerias, o governo federal oferece incentivo para a instalação das farmácias e os estados e municípios ficam com parte dos custos de manutenção e pagamento de pessoal. As farmácias disponibilizam para a venda subsidiada pelo Ministro da Saúde mais de setenta medicamentos referentes às doenças cardiovasculares, infecciosas, sistema endócrino e anticoncepcionais orais que são vendidos diretamente às pessoas com receita médica e o usuário paga 10% do valor e o governo federal arca com 90%.

Uma segunda vertente do programa cresce a partir de 2006, havendo o credenciamento de farmácias privadas cuja expansão se dá de forma acelerada nos anos subsequentes, alcançando mais de seis mil estabelecimentos em 2008 (Machado, Baptista e Nogueira, 2011).

O programa Farmácia Popular introduziu, na prática, o co-pagamento na aquisição de medicamentos o que colide com as diretrizes do SUS que prevê atendimento integral à saúde, incluindo a assistência farmacêutica. Outro problema é a parceria público-privado, com a estratégia utilizada a partir de 2006, com o Estado subsidiando as farmácias privadas, reforçando o caráter privatista da saúde.

Com relação ao movimento sanitário, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a partir de 2008, tem procurado debater alguns eixos temáticos que considera importantes para a atualização da

agenda da Reforma Sanitária brasileira.

O primeiro evento foi realizado no Rio de Janeiro, em junho de 2008, com o tema “Saúde e Democracia: participação política e institucionalidade democrática”.

O segundo tema, “Seguridade Social e Cidadania: desafios para uma sociedade inclusiva”, foi objeto de Seminário Internacional, realizado em setembro de 2008 no Rio de Janeiro.

Em 2009, dois grandes temas foram escolhidos para aprofundamento: o Público e o Privado na Saúde – seminário que ocorreu em São Paulo, em abril de 2009 – e a Questão da Determinação Social da Saúde, com elaboração de um documento de referência.

Ressalta-se a amplitude dos debates e a ênfase na divulgação dos resultados dos eventos através de publicações e boletins informativos.

Identifica-se, entretanto, a modificação do referencial teórico que foi hegemônico nos anos oitenta. A proposta de Reforma Sanitária teve como grande influência teórica o marxismo, primordialmente através das elaborações de Gramsci e de um de seus seguidores Berlinguer, autor principal da Reforma Sanitária Italiana, que teve grande repercussão no movimento brasileiro.

Na atualidade, a direção do CEBES tem destacado que o marxismo é apenas uma das múltiplas teorias críticas que permitem ter uma posição politicamente comprometida com a mudança social. Argumenta que a crise do pensamento e do movimento marxista é profunda e ocorre em escala planetária.

A direção da entidade reconhece como legítimas todas as correntes do pensamento que têm em comum o fato de salientarem os aspectos da autonomia da ação do sujeito, da ética e da intersubjetividade comunicativa e como autores relevantes são apontados: Heller, Arendt, Habermans, Bourdier, Taylor, Giddens, Rorty, entre outros (Cebes, 2009).

Na nossa análise, o que se evidencia com esta posição é que há a defesa do pluralismo, mas sem hegemonia da teoria social crítica, o que pode levar ao ecletismo⁴⁵.

Esta posição vai influenciar na direção social da Reforma Sanitária, que passa a ser orientada pela social-democracia, perspectiva dos autores referidos que não

tem como preocupação a superação do capitalismo. A concepção anterior, construída a partir de meados dos anos setenta, tinha como horizonte a emancipação humana, que só seria alcançada com o socialismo.

Percebe-se também, em outras publicações da Saúde Coletiva, vinculadas à academia, a ênfase no cotidiano, sem referência à perspectiva de totalidade social, e às categorias de luta de classes e historicidade.

Outra questão que se evidencia também nas produções é a ênfase em algumas temáticas, como a promoção da saúde, cuidado e auto-cuidado, humanização, estilo de vida. Percebe-se, em algumas análises, a responsabilização do indivíduo pela sua saúde e as estratégias têm sido estimular os sujeitos a encontrarem alternativas fora do sistema de saúde, ou seja, fora do Estado através do fortalecimento da sociedade civil.

O conceito de determinação social da saúde e da doença também está sendo reduzido a fatores sociais que promovem a saúde ou causam as doenças. O que retorna a cena é o pressuposto positivista da epidemiologia tradicional. A publicação dos relatórios sobre determinantes sociais da saúde pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pela Comissão Nacional, em 2008, segue esses referenciais. Os fatores “socioeconômicos” e os de ordem biológica e ambiental são colocados num mesmo plano de importância epistemológica⁴⁶.

Destaca-se, entretanto, que alguns sujeitos coletivos têm sido mais críticos com relação à privatização da saúde.

O Conselho Nacional de Saúde tem divulgado diversos documentos que denunciam o retrocesso que a saúde pública brasileira e o SUS vem sofrendo nos últimos anos, colocando-o definitivamente em risco, em decorrência de ações do governo federal.

A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em reunião extraordinária ocorrida em Brasília, em maio de 2009, especifica como principais questões:

- A desestruturação da rede de atenção primária à saúde, privilegiando os procedimentos especializados e de alto custo;
- A não regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, implicando no subfinanciamento da saúde pública a partir do

não cumprimento dos percentuais mínimos de investimento pela União, maioria dos estados e parte dos municípios;

- Avanço da privatização do SUS em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através da desestruturação, sucateamento e fechamento dos serviços públicos e ampliação da contratação de serviços privados, numa flagrante violência aos ditames constitucionais;

- Precarização dos serviços públicos e das relações de trabalho, com baixa remuneração dos trabalhadores e enormes discrepâncias salariais sem definição de uma política de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais do SUS.

A plenária se posicionou contrária à proposição do Projeto de Lei nº 92/07, que cria as Fundações Públicas de Direito Privado, considerando que o mesmo descumpra o artigo 37 da Constituição Federal e configura um golpe final na desconstrução teórica, prática e política do SUS, que dispõe da legislação reconhecida como a mais avançada do mundo e nunca cumprida em sua totalidade, com reflexo em várias outras áreas do serviço público do país.

Em maio de 2010, surgiu a “Frente Nacional Contra as Organizações Sociais (OSs) e pela Procedência a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923/98”, como resultado de uma articulação dos Fóruns de Saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina em torno da procedência da referida Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), contrária à Lei 9.637/98 que cria as Organizações Sociais (OSs), que tramitava no Supremo Tribunal Federal (STF) para julgamento, desde 1998.

Em novembro de 2010, no Rio de Janeiro, foi realizado o Seminário Nacional “20 anos de SUS, lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública e estatal”. Inicialmente, pensado para cerca de 100 pessoas, atraiu inúmeras entidades do país inteiro contando com a participação de mais de 400 lutadores da saúde. Este foi considerado um marco na retomada de um movimento de saúde com base popular e dimensão nacional.

Esta Frente tem realizado diversas ações e mobilizado a criação de Fóruns de Saúde em outros estados e municípios⁴⁷.

O Governo Dilma e a Saúde: Balanço Inicial

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) é apontada no discurso de posse da presidente Dilma como grande prioridade do seu governo. Ressalta que irá utilizar a força do governo federal para acompanhar a qualidade do serviço prestado e o respeito ao usuário. Destaca também que vai estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde, assegurando a reciprocidade quando da utilização dos serviços do SUS. Esta afirmação é preocupante com relação a defesa do SUS, construído nos anos 1980.

Para Ministro da Saúde é indicado o ex-ministro da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República do governo Lula e ex-diretor nacional de saúde indígena da Funasa, entre 2004 e 2005, o médico Alexandre Padilha, vinculado ao Partido dos Trabalhadores (PT).

O Ministro da Saúde, em seu discurso de posse, sinaliza que uma das suas prioridades de gestão e objetivo principal do ministério será garantir o acesso, o atendimento de qualidade à população, em tempo real, adequado para a necessidade de saúde das pessoas. Alexandre Padilha propôs a definição de um indicador nacional sobre qualidade do acesso aos serviços de saúde e a definição de um mapa nacional das necessidades em saúde, que auxiliasse o monitoramento da situação em todo o país. Além disso, Padilha defende que a saúde ocupe lugar no centro da agenda de desenvolvimento.

O novo ministro se compromete em participar ativamente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo eleito por aclamação para a presidência do mesmo, no dia 16 de fevereiro de 2011.

Desde 2006, o presidente do Conselho Nacional de Saúde tem sido eleito, sendo este cargo ocupado por um representante do segmento dos trabalhadores de saúde. O que foi muito importante para garantir a autonomia do Conselho do Ministério da Saúde. Antes do processo eleitoral para a presidência do CNS, o presidente nato era o Ministro da Saúde. Considera-se que a eleição do ministro é um retrocesso pois concorda-se com várias avaliações que a presidência do Conselho de Saúde deveria ser ocupada por um representante do segmento dos usuários ou dos trabalhadores de saúde pois foi um avanço a eleição do presidente, em 2006.

Alguns desafios têm sido destacados pelo ministério como a regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29 e a definição de regras claras em relação ao financiamento da Saúde. Ressalta-se também a necessidade de aprimorar a gestão, fortalecendo um modelo de atenção focado no usuário e que tenha a atenção básica como pilar. Em entrevista a Revista Poli, Padilha afirma não ter bloqueio ou preconceito com qualquer modelo gerencial que cumpra as diretrizes do SUS (Revista Poli, 2011).

Nesta direção, também é preocupante esta afirmativa pois tem-se visto a ampliação dos modelos de gestão que privatizam a saúde como as Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado e os problemas que estas ocasionam para os trabalhadores da saúde e usuários.

Ao Ministro da Saúde, a presidente da República fez algumas solicitações formais. Uma com relação a atenção a Saúde da Mulher e da Criança, o que inclui a constituição da Rede Cegonha – que envolve os cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança. O lançamento deste programa foi em março de 2011. Outra solicitação foi com relação a prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado as mulheres acometidas pelos cânceres de mama e de colo uterino.

Em fevereiro de 2011, foi anunciado o Programa “Aqui tem Farmácia Popular” que visa oferecer medicamentos para hipertensão e diabetes⁴⁸. Outra demanda é a implantação de UPAS (Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas) em todo o Brasil e a importância da formação e fixação de profissionais de saúde. Com relação a estas propostas cabem algumas reflexões. As UPAS fortalecem o modelo hospitalocêntrico. O importante seria pensar o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e sua articulação com o sistema. Outra questão a ser considerada é como fixar os profissionais e solidificar sua formação sem uma política de gestão do trabalho e educação, explicitando plano de cargos, carreiras e salários e a proposta de educação permanente para os trabalhadores da saúde. O que se tem verificado é a ampliação da terceirização e a precarização dos trabalhadores.

Também está na pauta da nova equipe que compõe o Ministério da Saúde um

esforço nacional de mobilização contra a dengue, assim como o enfrentamento ao crack e outras drogas, sem abrir mão das diretrizes da luta antimanicomial.

A Saúde têm vivido algumas questões polêmicas nesse início de mandato, como a realização de um diagnóstico para a melhoria da gestão, promovido pelo Movimento Brasil Competitivo que tem Jorge Gerdaui como um dos seus protagonistas. Ou seja, é a lógica privada influenciando no público.

Outra polêmica da nova gestão do Ministério da Saúde foi conceder ao Mc Donald's o título de “Parceiro da Saúde”. Entidades que compõe a Frente pela Regulação da Publicidade de Alimentos⁴⁹ encaminharam um documento para o ministro Alexandre Padilha, ressaltando a falta de compatibilidade em associar a imagem do Ministério da Saúde com empresas como Mc Donald's, considerando que a principal atividade dessas empresas é a comercialização de alimentos que, em sua maioria, fazem mal à saúde.

Com relação ao modelo de gestão para a saúde, o governo anterior apresenta a Medida Provisória (MP) 520, em 31/12/2010, que autoriza o Poder Executivo criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ou seja, uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação para reestruturar os Hospitais Universitários (HUs) federais. Cabe destacar que a MP apontava para a possibilidade da nova empresa pública administrar quaisquer unidades hospitalares no âmbito do SUS. Em junho de 2011, o prazo de votação da MP se encerrou. Dessa forma, o governo recolocou EBSERH como Projeto de Lei (PL 1749/2011), mantendo a proposta original quase na sua totalidade.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, como prevê a proposta de Fundações Estatal de Direito Privado, poderá contratar funcionários por CLT e por contrato temporário de até dois anos, acabando com a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento. Está previsto também a criação de previdência privada para os seus funcionários (Cislaighi, 2011).

Além desta proposta tem havido estímulo aos outros modelos de gestão, conforme já referido.

Outra iniciativa do Ministério da Saúde foi a divulgação, no dia 28 de junho de 2011, do Decreto 7.508, publicado no DOU de 29/06/2011 que regulamenta a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.

Nesta regulamentação, merece reflexão a ênfase que aparece em diversos artigos a parceria público-privada, a saber. No artigo 3º é ressaltada a participação complementar da iniciativa privada e no artigo 16º é destacado que no planejamento devem ser considerados os serviços prestados pela iniciativa privada.

Outro aspecto preocupante da regulamentação é a falta de referência aos conselhos de saúde.

O XXVII Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde e VIII Congresso Brasileiro de Cultura de Paz e Não Violência que reuniu os secretários municipais de saúde no período de 8 a 12 de julho de 2011, na cidade de Brasília/DF, tirou a Carta de Brasília em que alguns aspectos são ressaltados: ampliar a democratização e informação no SUS; lutar pela aprovação imediata da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29; fortalecer o processo de consolidação do SUS; pactuar estratégias para o fortalecimento da atenção básica; ampliar e fortalecer o Pró Saúde e as residências médicas e multiprofissionais; enfrentar a epidemia da violência, entre outras proposições.

O que merece ser ressaltado é que não coloca o tema da gestão, das parcerias público privadas e, em anexo, ressalta a articulação nacional entre gestores e usuários em defesa do SUS, não mencionando os trabalhadores de saúde.

Neste ano, serão realizadas as Conferências de Saúde culminando com a 14ª Conferência Nacional de Saúde que terá como tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” e o eixo será “Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”. A Conferência acontecerá em Brasília, no período de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011. O objetivo desse importante evento na área da saúde é discutir a política nacional de saúde e traçar diretrizes.

O desafio que está posto para a Conferência é manter o posicionamento que questione e critique o processo de privatização dos serviços públicos de saúde, através dos denominados “novos modelos de gestão”, tais como Organizações

Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), bem como a luta pelo Financiamento e por uma política econômica distributiva que valorize a política social.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde continua ampliando sua ação em 2011 com diversos atos e manifestações a favor do SUS público, estatal e com qualidade e participará da conferência para levar suas propostas.

A análise inicial com relação aos encaminhamentos da saúde no governo Dilma vem sinalizando para a ênfase nas políticas e programas focalizados, a parceria com o setor privado e a cooptação dos movimentos sociais.

Para finalizar, serão apresentadas algumas reflexões.

Considerações Finais

A análise da política de saúde nos governos analisados identifica a persistência de notórias dificuldades com relação ao sistema, cabendo destacar:

- A lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado.
- A falta de viabilização da concepção de Seguridade Social.
- O subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica do mercado.
- A desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde com a não concretização da universalidade.
- O desafio de construção de práticas baseadas na integralidade e na intersectorialidade.
- Os impasses com relação à gestão do trabalho e educação, com a precarização dos trabalhadores e a não definição de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais.
- Os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face à não observância das deliberações dos conselhos e conferências e à falta de articulação entre os movimentos sociais.
- Modelo de atenção à saúde centrado na doença.

- Modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização e, para o seu enfrentamento, são apresentadas propostas contrárias ao SUS, como as Fundações Públicas de Direito Privado e o ressurgimento das Organizações Sociais.

- O avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas.

- A precarização dos serviços públicos e o não privilegiamento da atenção primária de saúde.

Todas essas questões são exemplos de que a construção e a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária, construída na década de 1980, permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor.

Na conjuntura do governo Lula, constatou-se uma fragilização das lutas sociais e as entidades e movimentos sociais não conseguiram uma defesa da Seguridade Social e da saúde em particular. Desde a década de 1990, opera-se uma profunda despolitização da “questão social”, ao desqualificá-la como questão pública, política e nacional. A desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção da pobreza para a iniciativa privada e individual, impulsionada por motivações solidárias e benemérentes (Yazbek, 2001).

A atitude defensiva assumida pelos movimentos sociais tem como determinantes as mudanças na esfera do trabalho, por meio da reestruturação produtiva e das concepções pós-modernas, que enfatizam apenas o local, desvalorizando categorias mais gerais, como a totalidade social e a articulação do local com o regional e o nacional. A agenda dos movimentos tem sido elaborada a partir da agenda governamental, o que difere da ação dos mesmos nos anos 1980, que formulavam proposições para intervenção nas políticas públicas.

Os sindicatos têm privilegiado a empresa como interlocutora na defesa de planos de saúde para os seus associados. O movimento sindical se encontra fragilizado face às mudanças no mundo do trabalho e seus impactos na mobilização política.

Antunes (1999) afirma que a configuração do mercado de trabalho combina a desproletarização do trabalho industrial

fábrica com uma subproletarização, ocorrendo uma tendência à qualificação e intelectualização dos trabalhadores centrais e a desespecialização e a desqualificação do subproletariado moderno. Nessas condições, a classe trabalhadora fragmentou-se, heterogeneizou-se e complexificou-se ainda mais. Tornou-se mais qualificada em vários setores, como na siderurgia, havendo uma seletiva intelectualização do trabalho, mas desqualificou-se e precarizou-se em diversos ramos, como, por exemplo, na indústria automobilística. Essas mutações criaram uma classe trabalhadora ainda mais diferenciada entre qualificados/desqualificados, mercado formal/informal e ainda diferenças por sexo, idade e nacionalidade. Todo esse processo de modificação tem dificultado a organização do movimento sindical (Bravo, 2008).

Os partidos de esquerda foram fundamentais na Constituição de 1988 e, a partir dos anos 1990, não conseguiram formular uma agenda em defesa das políticas públicas, da Seguridade Social e da Reforma Sanitária. Este fato permanece nos dias atuais, pois, ao assumir o poder, o Partido dos Trabalhadores tem se comportado somente enquanto governo, não conseguindo mobilizar a sociedade para a ampliação dos direitos sociais.

Os atuais partidos de esquerda também não conseguiram formular uma agenda consistente em defesa da Seguridade Social. Na campanha eleitoral para presidente, a frente formada pelo PSOL, PCB e PSTU explicitou que os gastos públicos para a saúde, educação e infra-estrutura deveriam ser considerados prioritários. Defendeu que a saúde deveria ser uma política central e os recursos teriam que ser suficientes para atender as necessidades da população.

Os demais movimentos sociais têm tido uma participação na saúde ainda muito incipiente. Identificam-se alguns debates iniciais no MST, o movimento estudantil está se rearticulando, principalmente as executivas de estudantes de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Educação Física e Serviço Social, com a realização de diversos debates. Ressalta-se, também, a contribuição de alguns militantes do movimento sindical nos conselhos de saúde.

O movimento sanitário, constituído de intelectuais da saúde coletiva e de alguns

históricos que participaram de sua construção nos anos 1980, não tem se articulado com os demais movimentos sociais, como ocorreu no seu início. Identifica-se um pluralismo teórico, com a preocupação de utilizar abordagens não marxistas, o que tem influenciado nas suas posições políticas. Não há um enfrentamento com a política macroeconômica do governo e, na maioria das análises, o conteúdo da reforma tem ficado no âmbito setorial. Percebe-se também uma flexibilização de suas proposições, pautada nas possibilidades de ação face ao atual contexto brasileiro de financeirização do capital. A luta em defesa de um outro projeto societário, tendo como horizonte a transição para o socialismo, aparece, na atualidade, de forma muito tênue. O CEBES conseguiu uma maior articulação na luta contra a Reforma Tributária, na qual tem tido uma ação importante.

Neste cenário, os conselhos de saúde⁵⁰ têm tido um protagonismo, contando como principal articulador o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Vários debates, seminários e divulgação de notas públicas têm ocorrido. Uma agenda política foi aprovada pelo CNS, para o ano de 2009, com as seguintes prioridades:

- Uma campanha de mobilização nacional pela REPOLITIZAÇÃO do Sistema Único de Saúde.

- Implementação da Política de GESTÃO DO TRABALHO que elimine a precarização em todas as suas formas e que estabeleça a valorização do trabalho.

- Inversão do MODELO DE ATENÇÃO vigente, resgatando o sistema pautado na estruturação de uma rede pública de proteção e promoção da saúde, com equipes multiprofissionais, exercendo a atenção primária em sua plenitude.

- Ampliação e democratização do FINANCIAMENTO do SUS, através da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, vinculada à Contribuição Social da Saúde (CSS).

- Reversão da PRIVATIZAÇÃO do sistema, estruturando e aperfeiçoando a rede pública estatal.

- Qualificação e fortalecimento do CONTROLE SOCIAL e dos Conselhos de Saúde em todo o país.

- Construção da INTERSETORIALIDADE, nas três esferas de governo.

- Realização do debate a respeito do

COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE como elemento indissociável do Sistema Único de Saúde.

- Implementação e fortalecimento da HUMANIZAÇÃO como instrumento vital e fundamental para viabilizar o SUS, de acordo com seus princípios.

Cabe destacar como fato político importante para a articulação dos movimentos sociais, o III Fórum Social Mundial da Saúde, ocorrido em Belém do Pará/Brasil, em janeiro de 2009, que elaborou uma agenda política procurando envolver os diversos sujeitos sociais e coletivos. Como aspecto central, foi evidenciado o questionamento do sistema atual de acumulação capitalista, concentrador de renda, excludente e construtor de inaceitáveis desigualdades.

Este fórum ressaltou como desafio a construção de um amplo movimento contra-hegemônico, na defesa de um novo processo civilizatório, que retome o ideário de construção do socialismo como processo de radicalização da democracia e de emancipação humana e política. A garantia da Seguridade Social universal, integral, com justiça social e equidade é um valor estratégico desse processo. O universalismo deve implicar a garantia do acesso a todas as pessoas, a partir do financiamento efetivo do Estado, e não pode ser flexibilizado.

Para avançar na mobilização foi convocada a I Conferência Mundial pelo Desenvolvimento dos Sistemas Universais de Saúde e de Seguridade Social realizada em dezembro de 2010, em Brasília/Brasil.

Em 2010, o Conselho Nacional de Saúde também aprovou uma agenda política com as seguintes prioridades:

- Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000;

- Criação da Carreira Única da Saúde;

- Criação do Serviço Civil em Saúde;

- Prover a autonomia administrativa e financeira dos serviços SUS;

- Profissionalizar a administração e a gestão do SUS;

- Flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal;

- Criar e aprovar Lei de Responsabilidade Sanitária;

- Acompanhamento e defesa da implantação do Plano Nacional de Saúde e dos Planos de Saúde estaduais e municipais;

- Defesa e efetivação do Pacto pela Saúde;

- Eleger como prioridades a estruturação da atenção primária e o fortalecimento da rede pública nas três esferas de governo, de maneira a eliminar a absoluta dependência que existe do setor contratado e resgatar o ditame constitucional referente aos conceitos de principal e complementar estabelecidos para a relação público-privado.

No governo Dilma, ressalta-se como movimentos de resistência a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, criada em 2010 e que teve algumas conquistas em 2011, a saber: a votação pela inconstitucionalidade das OSs no Rio Grande do Norte; Moção favorável à ADI 1.923/98 pelo Conselho Nacional de Saúde em 9 de junho de 2011, através de uma articulação da Frente com o FENTAS (Fórum de Entidades Nacionais de trabalhadores de Saúde). A Moção coloca o mais absoluto e irrestrito apoio a ADI que contesta a legalidade das organizações sociais como gestoras dos serviços públicos de saúde.

Cabe destacar ainda a constituição de Fóruns de Saúde em onze estados brasileiros: Rio de Janeiro, Alagoas, Rio Grande do Norte, Ceará, Pernambuco, Distrito Federal, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, São Paulo, Paraná, Paraíba e nos municípios de Londrina (Paraná), Santos (São Paulo), Duque de Caxias e Campos (Rio de Janeiro). Destes fóruns estaduais, sete foram criados em 2011, os demais já haviam sido criados anteriormente. A frente tem conseguido mobilizar diversas forças sociais, a saber: sindicatos de funcionários públicos; algumas centrais sindicais (CSP-Conlutas – Central Sindical Popular, Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora, Instrumento de Luta, Unidade da Classe e de Construção de uma Central, CTB – Central de Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil); alguns membros da intelectualidade; entidades estudantis da área de saúde (Medicina, Enfermagem, Serviço Social); algumas entidades nacionais (ABEPSS, CFESS, ANDES, FASUBRA, ASFOC, Consulta Popular, FENTAS, FENASPS); alguns partidos políticos (PCB, PSOL, PSTU, PT, PCdoB, PDT).

Ressalta-se também a mobilização para criar núcleos ou setoriais de saúde em alguns partidos políticos (PSOL,

PSTU, PCB) e em algumas centrais como a CSP-Conlutas.

A Frente Nacional realizou seu segundo seminário nos dias 9 e 10 de julho, em São Paulo, e tirou como principais propostas:

- Mudança da política macroeconômica;
- Suspensão do pagamento pela auditoria da dívida;
- Apoio a campanha “A dívida não acabou e quem está pagando é você!”;
- Defesa de 6% do PIB para a saúde como parâmetro mínimo;
- Extinção da renúncia fiscal para pessoa jurídica;
- Regulamentação do imposto sobre as grandes fortunas;
- Contra a proposta de Reforma Tributária do governo. Por uma Reforma Tributária progressiva!;
- Fim da DRU (Desvinculação das Receitas da União);
- Exigência de 10% da corrente bruta da união para a saúde;
- Compromisso dos Estados aplicarem no mínimo 12% da corrente bruta para a saúde; aplicação da CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido) para as instituições financeiras;
- Acabar com a transferência de recursos públicos para o setor privado. Defesa de recurso público para o Serviço Público Estatal;
- Contra o co-pagamento (ex. Farmácia Popular);
- Contra o PLP 1749 e defesa do concurso público (RJU) para reposição de pessoal;
- Continuar a mobilização pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923 contra a Lei 9.637/1998, que legaliza a terceirização da gestão de serviços e bens coletivos para entidades privadas, bem como a realização de audiências junto aos Ministros do Supremo Tribunal Federal (STF). Ampliar as assinaturas do abaixo-assinado pela inconstitucionalidade da Lei das Organizações Sociais e do número de entidades na Carta aos Ministros do STF. Atualizar o documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil” e enfatizar o envio de e-mails para os Ministros do Su-

premo Tribunal Federal pela procedência da ADI 1923/98;

- Participar das Conferências Municipais, Estaduais e da 14ª Conferência Nacional de Saúde, inserindo as bandeiras de luta da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e aprovando Moções contra a Privatização da Saúde;
- A próxima Reunião da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde ficou marcada para a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Ficou deliberado também a elaboração de material da Frente Nacional contra a Privatização de Saúde a ser distribuído nas Conferências de Saúde;
- Como agenda de atividades foi aprovada a participação na Jornada Nacional de Lutas de 17 a 26 de agosto, a fim de levar as bandeiras da Frente, bem como participar no “Grito dos Excluídos” (07 de setembro);
- O próximo Seminário da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde será em 2012, no Nordeste tendo como sugestões os estados de Alagoas e/ou Pernambuco.

Nos dias 01 e 02 de junho de 2011, ocorreu o I Encontro dos Movimentos Populares Sociais e Sindicais do Campo, da Floresta e da Cidade, em defesa do SUS e em mobilização pela 14ª Conferência Nacional de Saúde. Este encontro também tirou um manifesto⁵¹ que coloca que a luta em defesa do SUS não é outra que não a luta pela transformação da sociedade que temos, marcada pela divisão injusta e desigual da produção social, pelo acesso aos bens e serviços determinado pela classe social e pelo poder aquisitivo. Os movimentos colocam que defendem um outro tipo de sociedade e modelo de desenvolvimento, com universalidade do acesso a todos os bens e serviços produzidos socialmente.

Para finalizar, a defesa da saúde considerada como melhores condições de vida e trabalho tem que ser uma luta organizada e unificada dos segmentos das classes trabalhadoras articulada com os conselhos, movimentos sociais, partidos políticos para que se possa avançar na radicalização da democracia social, econômica e política.

Considera-se, portanto, na atual conjuntura, fundamental a articulação nacional através da Frente entre os diversos Fóruns de Saúde com vistas à construção de um espaço que fomente a resistência

às medidas regressivas quanto aos direitos sociais e contribua para a construção de uma mobilização em torno da viabilização do Projeto de Reforma Sanitária construído nos anos oitenta no Brasil tendo como horizonte a emancipação humana.

Notas

25 Esta desvincula 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para o pagamento de dívida pública.

26 O governo tem como proposta eliminar da Constituição de 1988 os preceitos que obrigam a União, os estados e os municípios a gastarem um percentual dos recursos arrecadados nos setores de educação e saúde.

27 “Direitos como aposentadoria integral, isonomia para ativos e aposentados foram subtraídos dos trabalhadores; em seu lugar novos deveres: contribuição previdenciária para os já aposentados, aumento do tempo de trabalho e de idade mínima para acesso ao direito de aposentadoria” (Granemann, 2004, p. 30-31).

28 Os autores fazem referência a Francisco de Oliveira, que caracterizou desta maneira a proposta de reforma de Lula em seminário realizado em 15 de agosto de 2003, em São Paulo.

29 O projeto de contrarreforma tributária extingue as contribuições sociais e incorpora esses recursos a impostos. A Seguridade Social perderia essas fontes vinculadas e de uso exclusivo, em troca da receita de uma fração da arrecadação desses novos impostos. Assim, as políticas sociais deixariam de contar com recursos exclusivos e passariam a disputar, no orçamento fiscal, recursos com os governadores e prefeitos, Forças Armadas, enfrentando ainda forte pressão de setores empresariais pelo aumento dos gastos com investimentos em infra-estrutura ou por maior desoneração tributária.

30 Existem hoje manifestos contrários à proposta de Reforma Tributária (PEC 233/08). Ver os manifestos: “Manifesto em Defesa dos Direitos Sociais Básicos sob Ameaça na Reforma Tributária” e “Por uma Reforma Tributária Justa” <http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/reforma-tributaria>.

31 No governo Lula foram criados 13 novos Conselhos Nacionais e realizadas 48 Conferências Nacionais até 2008 e três Conferências Internacionais. Segundo dados do governo, ao final do ciclo de conferências nacionais milhões de brasileiros participaram das conferências municipais, regionais, estaduais e nacional. Cabe sinalizar que 20 Conferências foram realizadas pela primeira vez. Para 2009, estão previstas a realização, pela primeira vez, das conferências nacionais de Segurança Pública e de Comunicação (MORONI, 2009).

32 O Ministério da Saúde está estruturado nas seguintes Secretarias: Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

(SGEP), Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Ressalta-se como importante a criação das Secretarias de Gestão Estratégica e Participativa e de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

33 “A 12ª CNS buscou reviver, em alguma medida, o espírito democrático da 8ª CNS. A conferência foi antecipada pelo governo com o intuito de submeter a sua política de saúde à apreciação direta da sociedade e o ministro Humberto Costa assumiu publicamente o compromisso de utilizar as resoluções finais da conferência como base para as políticas de saúde” (Noronha, 2003 apud Escorel & Bloch, 2005, p. 109). Em função do quantitativo de temas e da sua condução não foi possível que a plenária final da conferência deliberasse sobre o relatório final, votando apenas sobre os aspectos polêmicos. Os demais assuntos foram deliberados por votação em domicílio, o que subverte a proposta da conferência de debate coletivo.

34 A não viabilização da concepção de Seguridade Social tem relação com a não rearticulação do Conselho de Seguridade Social e com as ações que envolvem necessariamente a articulação com as Políticas de Assistência e Previdência Social.

35 Apesar de ter sido apontada como um aspecto de inovação, por Paim et al (2005), essa proposta de Farmácia Popular tem sido objeto de diversos debates, pois permitindo o co-pagamento dos medicamentos fere os princípios do SUS. Esta proposta será retomada no final do próximo sub-item.

36 Um aspecto que merece reflexão, entretanto, é que os relatórios das conferências temáticas foram socializados tardiamente e suas propostas não foram viabilizadas. O relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde também foi divulgado muito depois da conferência, ou seja, entre dezembro de 2004 e janeiro de 2005.

37 O presidente do Conselho Nacional de Saúde eleito foi o farmacêutico Francisco Batista Júnior, representante dos trabalhadores pertencente à Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT. Ele venceu com 76% dos votos (Radis 53).

38 Esta deliberação coloca-se contrária à administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivos idênticos, e, ainda, a toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do SUS.

39 No 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado no Rio de Janeiro, em 2006, ocorreu a assembléia do Cebes, com a proposta de refundação da entidade. Nesta assembléia, foi apresentada a plataforma política para a nova gestão 2006-2009, com o título “O Cebes Vive – Viva o Cebes” e foi eleita uma nova diretoria sob a presidência de Sônia Fleury.

40 Maiores informações sobre o Pacto pela Saúde (2006) ver Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

41 Neste debate, entretanto, não fez uma articulação com os Movimentos Feministas. Esta questão precisa ser amplamente discutida com os movimentos sociais para ampliar o debate na sociedade.

42 Na saúde, este debate inicia-se com a crise da saúde no Rio de Janeiro e teve impulso com a criação e a elaboração, pela equipe de trabalho constituída pelos Ministérios do Planejamento e Saúde, com a participação de professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), Sunfeld Advocacia/SP.

43 Em 2007, é apresentado ao Congresso Nacional, pelo Poder Executivo, o Projeto de Lei Complementar nº 92/07, que propõe a criação das Fundações Estatais de Direito Privado para todas as áreas que não sejam exclusivas do Estado. Este projeto objetiva regulamentar a Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, mais conhecida como emenda da contrarreforma do Estado brasileiro, do governo Fernando Henrique Cardoso. O projeto das Fundações de Direito Privado foi aprovado na Câmara dos Deputados em 2008 por duas comissões, a do Trabalho, Administração e Serviço Público em junho, e a de Constituição e Justiça, em setembro (RADIS 79).

44 O pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS) decidiu pelo debate da proposta, uma vez que o ministro Temporão já havia admitido durante a reunião de maio de 2007, do Conselho Nacional, que o projeto, ainda em fase de construção, seguiria direto para o Congresso Nacional, onde ocorreria o debate, e não passaria pelo Conselho. A reunião do CNS que discutiu e rejeitou o projeto contou com a participação de representante do Ministério do Planejamento, da consultora em saúde e do presidente da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS) (Jornal do CNS, novembro de 2007).

45 O debate do pluralismo envolve diversas questões. Coutinho (1991) teme que a negação do pluralismo leve ao despotismo, mas esclarece que é necessário ter uma direção, ou seja, pluralismo com hegemonia. Para esta afirmativa, utiliza Pietro Ingrao, que formula a idéia de hegemonia no pluralismo, não só como forma de construção de novos valores na sociedade, mas também como forma de governo. O autor afirma que o pluralismo no terreno da teoria do conhecimento é mais complexo. O pluralismo não pode implicar o ecletismo ou o relativismo. O debate de idéias é fundamental, mas não se pode pensar em conciliar pontos de vista inconciliáveis em nome do pluralismo. No pensamento social não existe apenas a ciência há também o mundo dos valores.

46 Esta ótica positivista dos determinantes sociais foi veementemente combatida pela Associação Latino-Americana de Medicina Social, que afirma que os determinantes sociais,

ao serem convertidos em fatores, perdem sua dimensão de processos sócio-históricos.

47 Esta luta está ressaltada no terceiro texto desta coletânea “Participação Popular e Controle Social na Saúde” com maior detalhamento.

48 A crítica a este programa já foi realizada anteriormente.

49 É formada por 57 organizações e redes da sociedade civil e instituições de ensino e pesquisa.

50 Cabe destacar, entretanto, a partir de diversos estudos realizados por Bravo (2006), que a maioria dos conselhos não tem tido um potencial político significativo, em decorrência de diversas questões: fragilidade da representação da sociedade civil, falta de relação entre representante-representado, legitimidade das representações e os obstáculos enfrentados pelos conselhos. Não se pode esquecer, contudo, que muitos desses entraves decorrem da cultura política presente ao longo da história brasileira, que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas públicas.

51 Assinam este manifesto as seguintes entidades: CONTAG/FETAGS; CONAM – Confederação Nacional das Associações de Moradores; MAB – Movimento dos Atingidos por Barragens; CNS – Conselho Nacional dos Seringueiros; LBL – Liga Brasileira de Lésbicas; Força Sindical; MMM – Marcha Mundial das Mulheres; MMC – Movimento das Mulheres Camponesas; CGTB – Central Geral dos Trabalhadores do Brasil; CMB – Confederação de Mulheres Brasileiras; MORHAN – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase; MOPS – Movimento Popular de Saúde; ANEPS – Articulação Nacional de Educação e Práticas na Saúde; CMP – Central de Movimentos Populares; ABGLT – Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; MMTR-NE – Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste; CUT – Central Única dos Trabalhadores; AMB – Articulação de Mulheres Brasileiras; FMDF – Fórum de Mulheres do Distrito Federal; MNPR – Movimento Nacional de População de Rua; CTB – Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil; Fórum Popular em Defesa do SUS; ANPG – Associação Nacional dos Pós-Graduandos; Departamento de Saúde Coletiva da UnB; ARTGAY – Articulação Brasileira de Gays; AMNB – Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras; Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra; Rede Nacional Lai Lai Apejo – População Negra e AIDS; Sapatá – Rede Nacional de Promoção e Controle Social em Saúde das Lésbicas Negras; ACMUN – Associação Cultural de Mulheres Negras; Uiala Mukaji – Sociedade das Mulheres Negras de Pernambuco; Rede das Mulheres de Terreiro de Pernambuco; CRIOLA; Instituto AMMA Psique e Negritude; FOPIR/PB – Fórum Estadual de Promoção da Igualdade Racial da Paraíba; CONAQ – Coordenação Nacional de Quilombos; Observatório Negro; Casa Lau-

delina de Campos Melo; Rede de Mulheres Negras do Paraná; Instituto de Mulheres Negras do Amapá; Geledés – Instituto da Mulher Negra.

Referências Bibliográficas

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo, Boitempo Editorial, 1999.

AZEVEDO, C.; NETO, F. C. B.; SILVA, J. C.; SANTOS, L.; BARBOSA, P.; GRABOIS, V.; SUNDFELD, C. A. Gestão em Saúde: Novos Modelos de Gestão para os Institutos e Hospitais do Ministério da Saúde. 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva & 11º Congresso Mundial de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Agosto de 2006.

BAHIA, L. A Saúde em Banho-Maria. In: Os anos Lula: contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BEHRING, E. R.. Políticas Sociais no Governo Lula: uma reflexão. In: Revista INSCRITA nº 9. Brasília: CFESS, 2004.

BRAVO, M. I. S. A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões. In: Revista INSCRITA nº 9. Brasília: CFESS, 2004.

_____. A Política de Saúde no Brasil. In: Mota et. al. (Orgs.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 88, 2006.

_____. Serviço Social e saúde: desafios atuais. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios, nº 13, ano VII, São Luís: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, jan.-jun. 2007.

_____. 13ª Conferência Nacional de Saúde: Algumas Reflexões. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 93, 2008.

_____. & Menezes, J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula. In: Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde. Organizadores, Maria Inês Souza Bravo [et al.]. – 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Aduftrj-Ssind, 2008.

_____. & Menezes, J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula: Algumas Reflexões. In: Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho. Organizadores, Maria Inês Souza Bravo [et al.]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

BRAZ, M. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 78, 2004.

CARTA DE BRASÍLIA. 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Brasília, 2005.

CISLAGHI, J. F. MP 520/2010: Golpe na Saúde Pública e na Democracia. Rio de Janeiro, 2011 (texto mimeografado).

COSTA, R. Primeiros meses do Governo Dilma confirmam: um governo a serviço do capital. 09 de abril de 2011. Disponível em: http://www.pcb.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2551:primeiros-meses-do-governo-dilma-confirmam-um-governo-a-servico-do-capital&catid=101:criminalizacao

COUTINHO, C. N. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. In: Cadernos ABESS – Ensino em Serviço Social: pluralismo e formação profissional - nº 4. São Paulo: Cortez; Espírito Santo: ABESS/CEDEPSS, 1991.

DAGNINO, E. (org.). Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

DALLARI, D. Saúde Democrática e Jurídica. In: JB On Line, 24/11/2007.

DOMINGUES, S. 100 dias de Dilma: a direita aprova. 23 de maio de 2011. Disponível em: <http://www.odiarario.info/?p=2078&print=1>

ESCOREL, S. & BLOCH, R. A. de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GRANEMANN, S. Necessidades da Acumulação Capitalista. In: Revista INSCRITA nº 9. Brasília: CFESS, 2004.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. In: Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 (3): 521-532, mar, 2011.

MARQUES, R. M. & MENDES, A. Desvendando o Social no Governo Lula: a construção de uma nova base de apoio. In: Adeus ao Desenvolvimento – a opção do governo Lula. PAULA, J. A. de (Org). Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

MASSON, F. M. A “Terceira Via” na Reforma da Saúde Pública Brasileira. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios, nº 13, ano VII, São Luís: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, jan.-jun. 2007.

MEDEIROS, J. Ilusões Perdidas. In: Diário Liberdade, 12 de janeiro de 2011.

MORONI, J. A. O direito à participação no Governo Lula. In: Participação, Democracia e Saúde. FLEURY, S. e LOBATO, L. V. C. (Orgs.). Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

_____. Governo Dilma: Uma primeira análise. 02 de março de 2011. Disponível em: <http://colunadoblogdalucia.blogspot.com/2011/03/governo-dilma-uma-primeira-analise-jose.html>

NETTO, J. P. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 79, 2004.

PAIM, J. et al. Políticas de Saúde do Governo Lula: Avaliação dos primeiros meses de gestão. In: Saúde em Debate – Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, v. 29, nº 70. Rio de Janeiro: CEBES, 2005.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PORTARIA Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

RADIS - COMUNICAÇÃO EM SAÚDE. Nº 53. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Janeiro de 2007.

_____. Nº. 79. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Março de 2009.

REVISTA ÉPOCA. 14 de maio de 2007.

REVISTA POLI – Saúde, Educação e Trabalho. Entrevista Alexandre Padilha. Ano III. Nº 16. Março/Abril/2011.

SOARES, L. T. O Debate sobre o Gasto Social do Governo Lula. In: Governo Lula – Decifrando o Enigma. SOARES, L. T.; SADER, E.; GENTILI, R.; BENJAMIN, C. (Orgs.). São Paulo: Viramundo, 2004.

YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, nº 3, ano III, jan.-jun. 2001.

Sites Consultados

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: <http://www.cebes.org.br>

Conselho Nacional de Saúde: <http://conselho.saude.gov.br>

Instituto de Estudos Socioeconômicos: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/reforma-tributaria>

Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br>

1.3 Participação popular e controle social na saúde⁵²

Maria Inês Souza Bravo⁵³

Juliana Souza Bravo de Menezes⁵⁴

Apresentação

O texto pretende oferecer subsídios para o fortalecimento da participação popular na atual conjuntura. Vai ressaltar como mecanismo importante os conselhos de saúde oriundos do processo de redemocratização da sociedade brasileira dos anos 1980 e inscritos na Constituição de 1988, bem como os Fóruns em defesa das Políticas Públicas. Procura refletir sobre os impasses vivenciados pelos conselhos na atualidade e levantar alternativas para o enfrentamento das questões que têm como pressuposto central a importância da organização e mobilização dos trabalhadores para a conquista do direito à saúde.

Pretende ser um contraponto ao projeto privatista, reconstruído na década de 1990, que propõe o Controle Social nas Organizações Sociais, diferindo da concepção contida na Constituição de 1988. A base de sustentação dessa proposta é o esgotamento das formas de articulação Estado-Sociedade e a composição dos conselhos pautada em critérios meritocráticos e não paritários, diferenciando-se frontalmente da perspectiva gestada nos anos 1980.

O artigo está estruturado em três itens. O primeiro aborda a concepção de participação e controle social na saúde, explicitando alguns marcos significativos. No segundo item vai-se ressaltar os conselhos na luta em defesa da saúde e apresentar

algumas reflexões com relação à participação social nos conselhos. O terceiro destaca as proposições para a participação social nos conselhos como também a importância de criação de outros canais como os Fóruns de Políticas Sociais e suas articulações nacionais.

Participação Social e Controle Social: alguns marcos significativos

A sociedade brasileira, na década de 1980, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste

⁵²Este artigo está pautado em diversos textos das autoras, cabendo destacar: Bravo (2001); Bravo & Souza (2002); Bravo (2006); Menezes (2010).

⁵³Assistente Social, doutora em Serviço Social (PUC/SP) e pós-doutora em Serviço Social pela UFRJ, professora aposentada da UFRJ, professora adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), coordenadora dos projetos “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos movimentos sociais e dos conselhos do Rio de Janeiro” e “Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais”. Integrante do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (e-mail: mibravo@uol.com.br).

⁵⁴Especialista e mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), assistente social do Hospital Federal de Bonsucesso/Ministério da Saúde. Integrante do projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos movimentos sociais e dos conselhos do Rio de Janeiro” da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Integrante do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (e-mail: julianasbravo@gmail.com).

até os dias atuais.

As decepções com a transição democrática ocorreram principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população.

Um aspecto importante a ser ressaltado, nesse período, foi o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988, que representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

Com relação à descentralização do poder federal e da democratização das políticas públicas, importantes dispositivos foram definidos no sentido da criação de um novo pacto federativo, sendo o município reconhecido como ente autônomo da federação, transferindo-se para o âmbito local novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas.

Vianna (2009), ao mapear a produção acadêmica recente no Brasil sobre o tema da participação, sinaliza que a maior parte dos estudos analisados compreende a participação social como componente essencial para a preservação do direito universal às políticas de seguridade social, construção da cidadania e fortalecimento da sociedade civil, relacionando diretamente à concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado⁵⁵.

A participação social tem como uma de suas expressões a ideia da sociedade controlando o Estado, ou seja, a proposta é transformar o Estado superando o seu caráter autoritário e socialmente excludente, através da presença e organização de segmentos importantes na democratização desse espaço. A fiscalização – ideia tão presente na participação social e no controle democrático das políticas sociais – nasce mais com o intuito de impedir o Estado transgredir do que induzi-lo a agir, pois o Estado precisa ser vigiado, contido,

corrigido em suas práticas habituais (Carvalho, 1995).

Ao problematizar a participação da sociedade civil nas instâncias de decisão, Moroni (2009) cita quatro mitos que dificultam a participação:

- A participação por si só muda a realidade – este é um mito que despolitiza a participação, pois não percebe a correlação de forças.

- A sociedade não está preparada para participar como protagonista das políticas públicas – “este mito baseia-se no preconceito do saber, em que a burocracia ou o político detém o saber e a delegação para decidir. Tal mito justifica a tutela do estado sobre a sociedade civil, o que leva, por exemplo, o Estado não criar espaços institucionalizados de participação ou a indicar, escolher e determinar quem são os representantes da sociedade nos espaços criados, assim como não disponibilizar as informações” (Moroni, 2009: 254 -255).

- A sociedade não pode compartilhar da construção das condições políticas para tomar e implementar decisões – este mito considera que o momento de participação da sociedade e dos cidadãos é pelo voto, questionando a democracia participativa defendendo apenas a democracia representativa.

- A sociedade é vista como elemento que dificulta a tomada de decisões – “seja pela questão do tempo (demora em decidir, obrigatoriedade de convocar reuniões, etc.), seja pela questão de posicionamento crítico diante das propostas ou da ausência delas por parte do Estado” (Idem: 255).

Para o autor, esses mitos são disfarces ideológicos utilizados por aqueles que detém o poder político no Brasil. Neste sentido, tais mitos necessitam ser desconstruídos com base em uma concepção ampliada de democracia e da politização da participação.

Historicamente, a categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sob às massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia clássica, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição, é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais⁵⁶.

Esta última concepção de controle

social tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia⁵⁷.

A noção de democracia é concebida por diversos autores como um processo histórico e está relacionada à soberania popular. Nesta concepção, a democracia representativa é considerada uma vitória dos movimentos organizados da sociedade civil⁵⁸, entretanto, é percebida como uma vitória parcial uma vez que na sociedade capitalista existe a hegemonia da classe capitalista dominante, havendo um limite interno pois as principais decisões econômicas são tomadas pelo poder privado. Para Ingrao (1980), a democracia precisa ser ampliada, havendo necessidade de democracia direta, de base, articulada à democracia representativa para se concretizar a democracia progressiva ou seja, a democracia de massas. Netto (1990) considera que a democracia de massas – com ampla participação social deve conjugar as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações profissionais e de bairro, movimentos sociais urbanos e rurais, democráticos.

O controle social é um direito conquistado pela Constituição Federal de 1988, mais precisamente do princípio “participação popular”, como já foi sinalizado e são garantidas duas instâncias formais, que são também espaços de luta: os conselhos e as conferências.

Destaca-se, entretanto, que esses não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle democrático apesar de, sem dúvida, serem mecanismos fundamentais, já que estão previstos em lei federal (Barros, 1994: 35)⁵⁹.

Estas instâncias podem e devem ser parceiras na luta pelo controle social. Ou seja, são instituições/espaços que podem auxiliar os defensores da política pública, na defesa dos seus direitos. Concebe-se o controle social, não somente como uma luta legal por um direito adquirido mas como a potencialidade e criatividade dos usuários na elaboração da política, já que são estes os que realmente sabem, por perceberem no cotidiano, como deve ser uma política pública e quais as falhas atuais dos serviços.

Nos anos 1990, assistiu-se o redirecionamento do papel do Estado, já no contexto do avanço das teses neoliberais. A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, com a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação, tende a debilitar os espaços de representação coletiva e controle democrático sobre o Estado, conquistas da Constituição de 1988.

Na atual conjuntura brasileira, considera-se fundamental envolver os diversos sujeitos sociais preocupados com as Políticas Públicas defendendo a ampliação dos direitos sociais e as conquistas obtidas na Constituição de 1988. Ressalta-se, como fundamental nesse processo, a efetiva participação social da sociedade civil e mecanismos importantes dessa resistência são os Conselhos e Conferências concebidos como espaços de tensão entre interesses contraditórios na luta por melhores condições de vida.

Os Conselhos na luta por Saúde

A existência de conselhos no Brasil não é uma experiência recente, conforme ressaltam diversos autores, cabendo ressaltar: Raichelis (1998) e Gohn (1990). Destaca-se as práticas operárias do início do século XX e as comissões de fábrica, estimuladas pelas oposições sindicais nos anos 1970 e 1980, como também a ampliação dos movimentos sociais nesse período e sua luta contra o autoritarismo, implantado no país após 1964.

Os Conselhos de Saúde são uma inovação na gestão e apontam para a democratização da relação Estado-Sociedade a partir da inserção de novos sujeitos sociais na construção da esfera pública (Bravo, 2001).

As concepções presentes sobre os Conselhos têm sido problematizadas por diversos autores. Gohn resalta que os conselhos como instrumento da democracia esteve e está presente no debate entre setores liberais e de esquerda. “A diferença é que eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração pelos liberais; e

como vias ou possibilidades de mudanças sociais, no sentido de democratização das relações de poder, pela esquerda” (2003: 107).

Abreu (1999) chama a atenção que a arena principal de atuação dos Conselhos refere-se à esfera das políticas públicas, como direitos sociais, nos marcos da política distributivista da riqueza social. A autora destaca que a luta por direitos sociais no sentido da universalização e da democratização das políticas públicas não pode ser deslocada do movimento por transformações no plano econômico, tendo em vista o avanço desta luta para além do horizonte histórico da democracia burguesa. Desta forma, os Conselhos podem constituir-se em instâncias de luta pela democratização das relações sociais e transformação da práxis, supondo, portanto, a inscrição desta luta no horizonte societário da classe subalterna.

Bravo & Souza (2002) destacam quatro posições teóricas e políticas sobre os conselhos de saúde em discussão na atualidade. A primeira compreende os conselhos como espaços tensos, contraditórios, em que diferentes interesses estão em disputa. Esta concepção, que entende os conselhos enquanto uma “arena de conflitos”, pauta-se em Gramsci⁶⁰ e nos neogramscianos, e é a utilizada pelas autoras deste texto.

Esta concepção que tem como referência Gramsci, não é hegemônica nas pesquisas existentes na área da saúde. Por outro lado, um número significativo de estudos tem interpretado os conselhos como um espaço de consenso, de pacto, isto é, onde os diferentes interesses convergem em um interesse comum. Tal concepção baseia-se em Habermas⁶¹ e nos neohabermesianos que não leva em consideração a correlação de forças.

Habermas afirma que a democracia está ligada ao ato argumentativo, considerando a teoria da ação comunicativa. Para esse teórico, a proposta “é a de substituir a ‘utopia do trabalho’ pela da racionalidade comunicativa, único meio que visualiza como capaz para afirmar os valores da solidariedade contra o poder e o dinheiro” (Duriguetto, 2007: 113). Este propõe a substituição da centralidade da emancipação

humana pela erradicação do trabalho alienado por uma nova centralidade emancipadora que emerge da esfera comunicacional e discursiva⁶² (Idem). Habermas também influenciou o conceito de “democracia deliberativa” que começa a ser utilizado na metade dos anos oitenta. A “democracia deliberativa” busca o consenso, através do diálogo entre partes abertas para ouvir os argumentos dos demais e mudar suas posições (González, 2000).

A terceira concepção ressaltada pelas autoras é a que compreende os conselhos como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do Estado. Essa visão é pautada no estruturalismo marxista, cuja principal referência é Althusser⁶³. Ao analisar o Estado e as instituições apenas como aparelhos repressivos, não se visualiza as condições que podem emergir nos espaços dos conselhos a partir dos interesses divergentes. Essa concepção, segundo Bravo & Souza (2002), expressa uma visão maniqueísta da relação Estado e sociedade, nega a historicidade e a dimensão objetiva do real.

Quanto ao potencial político dos conselhos, as três concepções teóricas analisam de forma diferenciada. A primeira concepção faz uma análise realista desses espaços; a segunda considera possível uma pauta consensual entre todos os participantes do conselho, sendo otimista e utópica; a terceira não acredita no potencial dos conselhos, sendo considerada como pessimista.

Por fim, a quarta posição tem como referência a tendência neoconservadora que não aceita os espaços dos conselhos, pois questiona a democracia participativa defendendo apenas a democracia representativa.

Algumas reflexões são possíveis de serem feitas a partir da revisão da bibliografia e da pesquisa realizada por Bravo (2001) com relação aos limites e possibilidades dos Conselhos, tendo por referência a concepção dos mesmos enquanto um dos espaços de luta pela conquista da hegemonia. Considera-se que esses mecanismos são importantes para a democratização do espaço público e não podem ser nem super valorizados, nem sub-valorizados. Algumas questões, entretanto, precisam ser enfrentadas para

a ampliação de seu potencial de ação, a saber: falta de respeito pelo poder público das deliberações dos conselhos, como também das leis que regulamentam seu funcionamento; burocratização das ações e dinâmica dos Conselhos que não viabilizam a efetiva participação dos representantes; posicionamento dos Conselhos de forma tímida em relação à agenda neoliberal; falta de conhecimento da sociedade civil organizada sobre os Conselhos, bem como ausência de articulação mais efetiva dos representantes com suas bases; contribuição ainda incipiente dos mesmos para a democratização da esfera pública; a chantagem institucional do poder executivo ao acenar para o prejuízo para a população, caso as propostas apresentadas sejam contestadas pelos conselheiros e falta de soluções jurídicas mais ágeis quanto à necessidade de enfrentamento com o executivo. Outro aspecto a ser ressaltado é a articulação da luta por direitos com o movimento por transformações no plano econômico, superando a visão politicista da política social.

Para o enfrentamento dessas questões, têm-se apresentado como propostas para o fortalecimento do controle democrático o aprofundamento de investigações acerca da temática, bem como a efetivação de assessorias aos conselheiros dos diversos conselhos existentes.

Os estudos e assessorias efetivados precisam ser norteados por alguns pressupostos: a percepção dos Conselhos na relação Estado-sociedade; a valorização dos movimentos sociais como relevantes para a defesa e a ampliação dos direitos sociais; a clareza de que os Conselhos não substituem os movimentos sociais.

Coerente com essa concepção de relação Estado-sociedade, é preciso evitar algumas distorções presentes tanto nas investigações quanto nas dinâmicas dos Conselhos, tais como: as visões de democracia restrita ao aparelho de Estado (participação consentida); dos Conselhos como espaços de consenso, de controle dos conflitos, de viabilização das ações do Estado com consentimento da população ou como parceria entre Estado-sociedade; o populismo e a cooptação desses mecanismos pela burocracia do Estado; a fragmentação da questão social em múltiplos Conselhos com a participação reduzida da sociedade (os mesmos sujeitos políticos participando de diversos Conselhos);

apropriação dos Conselhos pelo gestor e perda de diálogo com a sociedade.

A concepção de Estado participativo é muito recente e se problematiza quando se tem uma conjuntura, que desmobiliza a participação popular e defende o Estado mínimo - ausente nas políticas públicas e sociais, como preconiza o projeto neoliberal.

Proposições para a Participação Social nos Conselhos e nos Fóruns de Saúde

Pelo exposto, o que se verifica a partir dos anos 1990 é a substituição das lutas coletivas, efetivadas na década de 1980, por lutas corporativas, em defesa de grupos de interesses particulares e imediatos dos trabalhadores. As classes dominantes têm desenvolvido como ideário a americanização da sociedade brasileira com o objetivo de neutralizar os processos de resistência com estratégias persuasivas e desmobilizadoras da ação coletiva, procurando o consentimento das classes subalternas.

O cidadão é dicotomizado em cliente e consumidor. O cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado.

Nesse contexto, é fundamental, na contra-corrente, a defesa da democracia, da participação da sociedade nas políticas públicas, a socialização das informações.

Nos anos 2000, foram criados e/ou estimulados outros mecanismos de participação para pressionar os conselhos e fortalecer a luta por saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho. Ressalta-se como significativo a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e os Fóruns de Saúde existentes em diversos estados brasileiros a saber: Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Ceará, Rio Grande do Sul e Minas Gerais e em municípios como Londrina (Paraná), Santos (São Paulo) e Duque de Caxias e Campos (Rio de Janeiro).

A Frente Nacional é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários⁶⁴ e tem por objetivo defender o Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal, gratuito e para todos, e lutar con-

tra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980.

Inicialmente, foi denominada de “Frente Nacional Contra as OSs e pela procedência da ADI 1.923/98”, como resultado de uma articulação dos Fóruns de Saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina em torno da procedência da referida Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), contrária à Lei 9.637/98 que cria as Organizações Sociais (OSs), que tramita no Supremo Tribunal Federal (STF) para julgamento, desde 1998. A priorização desta luta pela Frente foi devido à possibilidade da votação desta ADI, no STF, acontecer em 2010, conforme veiculado na imprensa. A decisão de sua inconstitucionalidade pelo STF, poria fim às Organizações Sociais nos Estados e Municípios em que elas já estão implantadas, barrando sua expansão. Seria um precedente importante para desmontar a “coluna vertebral” da privatização dos serviços públicos no Brasil⁶⁵.

Aos poucos, entidades, sindicatos e movimentos sociais de âmbito nacional foram aderindo à esta luta. Em 2011, em diversos estados se reorganizaram outros Fóruns de Saúde (Rio Grande do Norte, Pernambuco, Ceará, Distrito Federal, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Paraíba) - espaços onde trabalhadores, usuários, intelectuais, estudantes e movimentos sociais se reúnem em torno da afirmação de um SUS público, estatal e de qualidade. A partir das mobilizações, os Fóruns junto com inúmeros sindicatos, partidos e organizações passaram a construir a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Esta Frente já realizou diversas atividades como audiências com os Ministros do Supremo Tribunal Federal (STF)⁶⁶; realização de Seminário Nacional em novembro de 2010 no Rio de Janeiro que congregou 400 participantes de todos o país⁶⁷; acompanhou a votação da ADI 1923/98, no plenário do STF, em 31 de março de 2011⁶⁸ e realizou no dia 07 de abril de 2011, dia mundial da saúde, diversos atos estaduais contra a privatização da saúde.

A Frente Nacional contra a privatização da Saúde retoma como fonte unificadora de lutas, a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980: o combate à privatização da saúde. Tanto quanto

este Movimento, a Frente também se opõe à tendência da prestação de assistência à saúde como fonte de lucro, pondo em cheque os “novos modelos de gestão” – OSs, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A – que promove a entrega de patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos para entidades privadas.

Trata-se da tendência em curso do fundo público ser colocado a serviço do financiamento da reprodução do capital. Tendência que também tem se dado por dentro do SUS através da compra de serviços privados pela rede pública por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos na ampliação dos serviços públicos.

Considerando que o SUS é fruto de lutas sociais e patrimônio do povo brasileiro, não se pode apenas ficar observando sua destruição nos diversos estados a partir da implantação da lógica do lucro das inúmeras Organizações Sociais e Fundações Privadas.

Fiéis às lutas e aos princípios da Reforma Sanitária brasileira que concebeu a saúde como direito de todos e dever do Estado e ampliou a concepção de saúde para melhores condições de vida e trabalho, ou seja, ênfase nos determinantes sociais, a Frente se posiciona contra a privatização da saúde e em defesa da saúde pública estatal e universal, procurando articular as lutas no campo da saúde a um novo projeto societário. Parafraseando Berlinguer (1978), que para se ter saúde é necessário “modificar as condições de vida, as relações de trabalho, as estruturas civis da cidade e do campo, significa lesar interesses poderosos e olhar com audácia para o futuro.”

Para finalizar, vai-se reforçar alguns temas para a agenda política em defesa da Saúde que deve permear a pauta dos Conselhos e ser assumida pelas diversas entidades sindicais, movimentos populares, partidos políticos e Fóruns de Saúde. Ressalta-se que essas propostas têm sido levantadas em debates e discussões sobre a temática e foram aqui re-agrupadas. As proposições serão abordadas sob dois ângulos: quanto à relação Estado-Sociedade e quanto à organização dos Conselhos.

a) Quanto à relação Estado-Sociedade:

- Luta pela democratização do Estado;
 - Divulgação e democratização das informações sobre as políticas de Seguridade Social e de Saúde em particular;
 - Articulação de um Fórum unificado de Seguridade Social, com a participação dos Conselhos de Saúde e Assistência Social;
 - Luta pela revogação da extinção do Conselho Nacional de Seguridade Social;
 - Criação de meios eficazes para articular a sociedade civil, envolvendo diversas entidades;
 - Defesa incondicional do SUS público, estatal, gratuito, universal e de qualidade;
 - Luta pela gestão pública estatal e serviços públicos estatais de qualidade;
 - Defesa de investimento de recursos públicos no setor público;
 - Luta contra todas as formas de privatização da rede pública de serviços: OSs, OSCIPs, Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A (MP 520), etc;
 - Luta pela Inconstitucionalidade da Lei que cria as Organizações Sociais;
 - Defesa de concursos públicos e da carreira pública no Serviço Público.
- b) Quanto à organização dos Conselhos:
- Luta pela efetivação do controle social;
 - Articulação entre os diferentes sujeitos que atuam nos Conselhos e Fóruns, visando o fortalecimento dos mesmos, através de Fóruns de Políticas Sociais;
 - Retorno constante e permanente dos conselheiros às suas bases;
 - Estabelecimento de canais de interlocução dos Conselhos com a Sociedade;
 - Constituição de assessoria aos Conselhos;
 - Realização de Cursos de Capacitação Política para Conselheiros da Sociedade Civil.

Estas proposições são alguns indicativos para a defesa e luta pela saúde pública estatal – que além de possível, mostra-se necessária – como demanda real das classes trabalhadoras e como instrumento estratégico com vistas à criação de uma outra ordem societária, sem dominação econômica, social e política.

Notas

55 Gramsci é o precursor da concepção de Estado ampliado, com a elaboração da teoria marxista ampliada do Estado. Diversos autores, a partir de suas elaborações, têm contribuído para o debate e produção dessa perspectiva, analisando as sociedades capitalistas avançadas em que se evidenciou a maior complexidade do fenômeno estatal, podendo-se destacar: Poulantzas (1980), Ingrao (1977/79) e Wolfe (1977) (Bravo, 1996).

56 Carvalho (1995) trabalha a evolução do conceito controle social, identificando quatro momentos diferenciados: o Estado controlando a sociedade; a sociedade apenas completando o Estado; a sociedade combatendo o Estado; e a sociedade participando das decisões do Estado.

57 Destaca-se a diferença entre o conceito de controle social inscrito na Constituição com o proposto pela contrarreforma do Estado, do governo FHC. Nesta concepção não há poder decisório da sociedade civil nos conselhos que passam a ser consultivos e não paritários (Bresser Pereira e Grau, 1999).

58 A concepção adotada de sociedade civil é na perspectiva gramsciana, sendo considerada como o espaço onde se organizam os interesses em confronto, sendo o lugar onde se tornam conscientes os conflitos e contradições. É na sociedade civil que se encontram os “aparelhos privados de hegemonia” que são os partidos de massa, os sindicatos, as diferentes associações, os movimentos sociais, ou seja, tudo que resulta de uma crescente socialização da política. A sociedade civil gramsciana nada tem a ver com o que hoje se chama de “terceiro setor”, pretensamente situado para além do Estado e do mercado. Esta nova concepção de sociedade civil que tem sido muito difundida é restrita, despolitizada e tem equívocos teóricos.

59 Existem outros mecanismos que também, se acionados, podem e devem ser entendidos enquanto espaços de exercício do controle democrático, a saber: o Ministério Público, os órgãos de defesa do consumidor, como o PROCON; os meios de comunicação e os conselhos de profissionais.

60 Antonio Gramsci foi um político, cientista político, comunista e antifascista italiano. A influência póstuma de Gramsci encontra-se associada, principalmente, aos mais de trinta cadernos de análise que escreveu durante o período em que esteve na prisão. Estes trabalhos contêm seu pensamento sobre a história da Itália e nacionalismo, bem como ideias sobre teoria crítica e educacional que são frequentemente associadas com o seu nome, tais como: Hegemonia cultural; A ampliação da concepção Marxista de Estado; A necessidade de educar os trabalhadores e da formação de intelectuais provenientes da classe trabalhadora, que ele denomina “intelectuais orgânicos”; A distinção entre a sociedade política e a civil; O historicismo absoluto; A crítica do determinismo econômico; A crítica do materialismo filosófico (Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Antonio_Gramsci).

61 Jürgen Habermas é um filósofo e sociólogo Alemão. Considerado como o principal herdeiro das discussões da Escola de Frankfurt, Habermas procurou, no entanto, superar o pessimismo dos fundadores da Escola, quanto às possibilidades de realização do projeto moderno, tal como formulado pelos iluministas. Concebe a razão comunicativa - e a ação comunicativa ou seja, a comunicação livre, racional e crítica - como alternativa à razão instrumental e superação da razão iluminista - “aprisionada” pela lógica instrumental, que encobre a dominação. (Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Jürgen_Habermas).

62 Antunes (1999) desenvolve uma análise, com base no pensamento marxista, questionando a crítica de Habermas ao paradigma do trabalho.

63 Louis Althusser foi um filósofo francês de origem argelina. É considerado um dos principais nomes do estruturalismo francês dos anos 1960, juntamente com Claude Lévi-Strauss, Jacques Lacan, Michel Foucault ou Jacques Derrida, apesar de seu cuidado em criticar o estruturalismo como espécie de ideologia burguesa. Marxista, filiou-se ao Partido Comunista Francês em 1948. No mesmo ano, tornou-se professor da École Normale Supérieure. Sua principal tese é o anti-humanismo teórico que consiste em afirmar a primazia da luta de classes e criticar a individualidade como produto da ideologia burguesa. Sua fama se deve também ao fato de ter cunhado o termo “aparelhos ideológicos de Estado” e analisado a ideologia como espécie de prática em toda e qualquer sociedade e não somente como erro ou engano que o suposto iluminismo eliminaria (Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Louis_Altusser).

64 Compõem a coordenação da Frente as seguintes entidades: ABEPSS, ANDES, AS-FOC, Central de Movimentos Populares, CFESS, CSP-CONLUTAS, CTB, Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem e Medicina, FASUBRA, FENASPS, FENTAS, Fórum Nacional de Residentes, Intersindical, MST, Seminário Livre pela Saúde, os Fóruns de Saúde já existentes, os setoriais e/ou núcleos de saúde dos partidos políticos (PSOL, PCB, PSTU, PT), Consulta Popular e projetos universitários.

65 Desta forma, foi criado um abaixo-assinado on-line pela procedência da ADI 1.923/98, atualmente com cerca de mais de 6000 signatários, e uma Carta aos Ministros do STF com 330 assinaturas de entidades. Foi elaborado um documento intitulado “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, o qual demonstra com fatos ocorridos nos Estados e Municípios brasileiros que já implantaram as OSs como modelo de gestão de serviços públicos, os prejuízos trazidos por essas à sociedade, aos trabalhadores e ao erário público, confirmando que não existem argumentos capazes de sustentar a defesa jurídica ou econômica das mesmas. Este documento encontra-se na parte 3 desta coletânea.

66 A primeira foi com o Ministro relator da ADI 1923/98, Ayres Britto, em 22/10/2010, e a última foi com o Ministro Celso de Melo (em

09/06/2011). Também foram realizadas audiências com o Ministro Ricardo Lewandowski (em 16/11/2010), com o chefe do gabinete do Ministro Marco Aurélio (em 16/11/2010), e com o magistrado instrutor do gabinete do Ministro Gilmar Mendes (em 26/11/2010), além da audiência com o Ministro presidente do STF, Cezar Peluso (em 03/12/2010). Além dessas audiências, foram visitados os gabinetes de todos os ministros e entregue a seguinte documentação: Abaixo Assinado pela procedência da ADI 1.923/98, Carta aos Ministros do STF com assinatura das entidades e o documento “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”.

67 O seminário nacional “20 anos de SUS, lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública e estatal”, inicialmente foi pensado para cerca de 100 pessoas e atraiu inúmeras entidades do país inteiro com mais de 400 lutadores da saúde. O seminário foi um marco na retomada de um movimento de saúde com base popular e dimensão nacional. O II Seminário Nacional da Frente foi realizado nos dias 09 e 10 de julho de 2011, em São Paulo, e contou com 100 participantes. Neste seminário houve a participação dos seguintes Fóruns de Saúde: São Paulo, Rio de Janeiro, Alagoas, Pernambuco, Distrito Federal, Paraná e Rio Grande do Sul.

68 A Frente teve direito a uma sustentação oral em defesa da referida ADI, fruto da amicus curiae do SindSaúde/PR. Esta sustentação oral, em nome da Frente, foi realizada por Dr. Ludimar Rafanhim, advogado do referido sindicato, e pelo professor Dr. Ari Solon da USP. Este foi um momento importante para a luta em defesa da saúde como bem público, ficando evidente a posição contrária às OSs, diferente da atitude da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) que fez sustentação oral a favor das mesmas. O Ministro relator da ADI, Ayres Britto, deu o voto pela sua procedência parcial, quando afirmou, ao tratar do Programa Nacional de Publicização, nos termos da Lei 9.637/98, que é: “Fácil notar, então, que se trata mesmo é de um programa de privatização. Privatização, cuja inconstitucionalidade, para mim, é manifesta”.

Referências Bibliográficas

- ABREU, M. M. A relação entre o Estado e a Sociedade Civil – A questão dos conselhos de direitos e a participação do Serviço Social. In Serviço Social & Movimento Social (1). São Luís: EDUFMA, 1999.
- ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.
- BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: Brasil / Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e o controle social no SUS. Brasília, 1994.
- BRESSER PEREIRA, L. C. e GRAU, N. C. (Orgs.). O público não estatal na reforma do Estado. Rio de Janeiro, Editora Fundação Ge-

túlio Vargas, 1999.

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez/ UFRJ, 1996.

_____. Gestão Democrática na Saúde: O Potencial dos Conselhos. In: BRAVO, M. I. S., PEREIRA, P. A. (orgs.) Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. & SOUZA, R. O. Conselhos de saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. In: Ser Social – Revista do programa de pós-graduação em política social, n. 10. Brasília: UnB, 2002.

_____. Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n.88, 2006.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: IBAM/Fase, 1995.

DURIGUETTO, M. L. Sociedade Civil e Democracia: um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

GONH, M. G. Conselhos populares e participação popular. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 34, 1990.

_____. Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GONZÁLES, R. S. Democracia e Conselhos de Controle de Políticas Públicas: uma análise comparativa. Tese de Doutorado em Ciência Política. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

INGRAO, P. As massas e o poder. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1980.

MENEZES, J. S. B. Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselhos Nacional de Saúde na atualidade. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

MORONI, J. A. O direito à participação no Governo Lula. In: Participação, Democracia e Saúde. FLEURY, S. e LOBATO, L. V. C. (Orgs.). Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

NETTO, J. P. Democracia e Transição Socialista: Escritos de teoria e política. Belo Horizonte, Oficina de Livros. 1990.

RAICHELIS, R. Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática. São Paulo, Cortez, 1998.

VIANNA, M. L. T. W. Participação em saúde: do que estamos falando? In: Sociologias, Porto Alegre, ano 11, nº 21, jan./jun. 2009.

Sítio Consultado

Wikipédia, a enciclopédia livre: <http://pt.wikipedia.org>

PARTE II

Gestão na saúde: relação público x privado

Douglas Pereira



NA LINHA VERMELHA. Comunidade universitária na defesa dos hospitais universitários e da Saúde Pública

2.1 Gestão do SUS: o que fazer?⁶⁹

Francisco Batista Júnior⁷⁰

Mesmo levando em consideração a conquista histórica que significa o Sistema Único de Saúde (SUS) do nosso país, devemos ter muito claro as enormes dificuldades que significam a sua implementação dado a nossa história de tratamento do Estado com relações de fisiologismo, patrimonialismo, loteamento e privatização por grupos e corporações organizadas, como também de um financiamento e um modelo de atenção equivocados.

Assim, se por um lado temos um sistema com significativos avanços e que tem sido de uma importância incomensurável para toda a população brasileira, de outro há ainda gargalos que são produtos de toda essa nossa cultura e que necessitam de um tratamento correto e sintonizado com os princípios da Reforma Sanitária.

Modelo de Atenção e Financiamento

A nossa prática corrente tem sido do tratamento da doença em detrimento de ações que possibilitem a promoção efetiva da saúde. Quando analisamos o SUS, nos seus 20 anos, percebemos que apesar de importantes avanços pontuais e de relevância e impacto no contexto sócio-epidemiológico, continuamos presos a uma lógica focada nos medicamentos, nos leitos hospitalares, medicocêntrica e mais recentemente nos exames de alto custo.

O descompromisso com uma efetiva e agressiva prática de promoção da saúde inclusive com ações intersetoriais perenes e coordenadas, tem significado a manutenção de um quadro típico de países miseráveis com incidência de moléstias que de há muito não mais fazem parte

do mundo civilizado, onde a dengue é um exemplo clássico. Ao mesmo tempo, também gerado uma demanda cada vez mais crescente por tratamentos cada vez mais especializados e de custos cada vez mais elevados, colocando em xeque não só a capacidade de financiamento, mas o próprio sistema como um todo.

Não temos programas que possibilitem diagnóstico precoce e um acompanhamento racional de diabetes, hipertensão, oftalmologia, saúde mental, assistência farmacêutica, oncologia, saúde bucal e outros e somos obrigados, em consequência, a arcar com os desumanos e insustentáveis tratamentos de hemodiálise, cirúrgicos, transplantes, intoxicações e câncer, só para citar alguns.

Em função disso é também fundamental alterar a forma de financiamento global

69 Este texto é uma versão revista e ampliada do artigo “Gestão do SUS: o que fazer?” In: Política de saúde na atual conjuntura : modelos de gestão e agenda para a saúde. Organizadores: Maria Inês Souza Bravo [et al.]. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

70 Representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores (CNTSS-CUT) no Conselho Nacional de Saúde. Farmacêutico concursado da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte (franciscobjunior@uol.com.br).

do sistema, superando a contraproducente lógica verticalizada e de pagamentos por procedimentos, passando-se a definir a proposta orçamentária de acordo com as necessidades de cada local, pactuando-se metas a serem atingidas e definindo os correspondentes e permanentes processos de acompanhamento e avaliação.

Assim sendo, o Pacto em defesa do SUS e o Prontuário Eletrônico, configuraram-se como instrumentos estratégicos na viabilização dessa nova lógica, contendo todas as condições de por exemplo, possibilitar a regionalização e a responsabilização plenas.

Relação Público/Privado e Principal X Complementar

O Estado brasileiro sempre teve a prática recorrente de disponibilizar o serviço de saúde ao cliente através da contratação de terceiros, ao invés de estruturar a sua própria rede de serviços. Esse processo, que torna a saúde a exploração de um dos maiores negócios econômicos do país e que movimenta anualmente R\$ 190 bilhões, foi largamente intensificado durante o período de implantação do SUS. Isso se deveu ou porque a lógica de financiamento estabelecida via pagamento por procedimentos tornava essa opção politicamente mais rentável e rápida, ou porque o gestor mantinha alguma relação direta com prestadores de serviços do setor privado, uma situação que sabemos bastante comum no Sistema.

Na medida em que o Poder Público desestruturava seus serviços especializados, substituindo-os por serviços privados contratados, criava o caldo de cultura e as condições necessárias para o estabelecimento e desenvolvimento da saúde suplementar que nos últimos anos cresceu a níveis bem acima do crescimento geral do país, beneficiada também pelo incremento da economia, principalmente no último governo.

Ao mesmo tempo e num processo de auto flagelação, o SUS estimulava e drenava seus profissionais especialistas para esse mesmo setor privado que se alavancava as suas custas, fosse diretamente através do seu financiamento ou indiretamente por meio do estímulo a estruturação de serviços e da imunidade tributária.

Esses trabalhadores passaram então a

dispor de um leque bem mais ampliado e variado de opções para seu exercício profissional, e a terem outra rotina de trabalho baseada numa remuneração diferenciada, individualizada e por procedimento realizado, e não mais no exercício profissional em jornadas com expedientes e plantões predeterminados.

Por essa razão, esses profissionais têm ignorado, e a continuar a atual lógica continuarão sempre a ignorar o SUS, que será por eles utilizado exclusivamente como instrumento de formação e afirmação profissional e de rápido retorno financeiro. Por isso, têm deixado refém o SUS e a população brasileira, se negando em muitos casos a prestar serviços ao sistema de maneira formal e de acordo com a legislação.

Profissionais que deveriam se formar para servirem a população, optam por servirem-se dela. Preferem se organizar por meio de instrumentos de intermediação de mão de obra para, através deles, auferirem remuneração bastante diferenciada e com frequência acima dos valores praticados pelo mercado. Um mercado diga-se, que o próprio SUS fomentou, estimulou e alimentou.

Dessa forma, dramaticamente, o SUS retroalimenta diretamente a carência de determinados profissionais na sua rede própria, quando se dispõe a financiar a remuneração de forma bastante diferenciada desses mesmos profissionais através dos serviços por eles prestados na rede privada contratada e conveniada.

Essa opção político/econômica/ideológica tornou a população brasileira dependente e, em muitos casos, totalmente refém do setor privado/contratado, principalmente nos serviços de referência e especializados e o SUS cada vez mais inviável.

Isso significa na prática admitir uma prestação de serviços que tem como norma o estabelecimento de um limite de procedimentos a ser disponibilizado pelo prestador, que por sua vez tem relação direta com a capacidade de financiamento público. Numa lógica de mercado, portanto de um interminável debate de valores a serem praticados e honrados pelo ente público, e de um subfinanciamento que é a regra, a população é submetida a uma crise praticamente ininterrupta, traduzida no não-atendimento da demanda crescentemente reprimida (em função da conjunção da falta de prevenção com os

limites e tetos financeiros estabelecidos) e das constantes interrupções nos atendimentos motivadas pela disputa de valores e de poder.

Portanto cumpre-nos e é lícito afirmar, que o crescimento do setor privado da saúde além dos limites da complementariedade estabelecidos pela Constituição Federal, é incompatível com a plena afirmação e consolidação do SUS. É impossível termos determinados profissionais à disposição do Sistema uma vez que eles preferirão sempre a relação mais cômoda e mercantilizada com o setor privado, assim como também jamais teremos orçamento suficiente para financiar a compra de serviços na lógica de mercado. Definitivamente, a proposta de um sistema universal e integral como o SUS é incompatível com a co existência de um sistema privado paralelo forte e pior, alimentado pelo próprio sistema público.

Relações de Trabalho

Com o processo de municipalização deflagrado a partir da década de 1990, os estados da Federação e o Governo Federal praticaram uma política de absoluta desresponsabilização com a contratação e valorização dos trabalhadores para a rede SUS. Ao mesmo tempo, a “Reestruturação Produtiva” estimulou a precarização nas relações de trabalho através dos baixos salários, da multiplicação de gratificações e do culto à mercantilização e da múltipla militância, ou seja, o exercício do trabalho em vários locais e instituições, gerando a desvinculação profissional com o serviço.

Os municípios ficaram sobrecarregados com a tarefa de contratação dos trabalhadores e submetidos em conseqüência, a situações insustentáveis. Com as limitações financeiras e a lógica prevalente no plano federal, passaram a estabelecer relações de trabalho totalmente precarizadas como contratos temporários, cooperativas, código 7 e outros.

Em conseqüência do processo de mercantilização estabelecido, os gestores passaram a instituir remunerações diferenciadas para os trabalhadores em geral, num processo que promoveu desestímulo e falta de compromisso bastante razoável de parte considerável do corpo de profissionais.

Ainda em consonância com a mercantilização instituída e com a demanda crescente pela especialização, os municípios ou foram obrigados ou simplesmente passaram então a se submeter às exigências de corporações fortemente organizadas, principalmente em cooperativas.

Premidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, no nosso entendimento flagrantemente inconstitucional em relação à saúde, ou mesmo por opção político/ideológica, como muitas vezes ficou evidenciado, gestores realizaram um vigoroso processo de terceirização na contratação dos trabalhadores.

Por fim, também por opção político/ideológica e ferindo frontalmente os dispositivos constitucionais, foi deflagrado em todo o país o processo de privatização da Gestão e da Gerência dos serviços SUS, através das Organizações Sociais, OSCIPS, Fundações e outras, que exercem seu papel com a mais ampla liberdade à revelia dos limites estabelecidos pela legislação bem como dos princípios do SUS.

Ressalte-se que a contratação de mão de obra através de “cooperativas” bem como a entrega de serviços públicos a administração de empresas privadas como Organizações Sociais, OSCIPS e outros “parceiros”, são apresentadas como formas legais de cumprimento da legislação do SUS no quesito referente à complementariedade privada garantida na lei.

Na verdade o que acontece, se não for por má fé, é uma equivocada interpretação do Art. 24 da lei 8.080/90 que de forma absolutamente clara estabelece que “Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”.

É impossível para nós entendermos a intermediação de mão de obra e a terceirização da administração dos serviços do próprio SUS que, dentre outras coisas, burlam violentamente o dispositivo constitucional do concurso público como única forma de acesso ao serviço público, como efetivos serviços assistenciais complementares.

De maneira insofismável, cooperativa de trabalhador é mão de obra, força de trabalho que deve ser contratado via concurso público ou contratos temporários como

manda a legislação. Organizações Sociais, OSCIPS e outros “parceiros privados” como administradores de bens públicos, são gerentes/gestores e não serviços assistenciais de saúde disponibilizados no atendimento da população, disso não pode haver dúvidas.

Sob esse aspecto, a mesma lei 8.080/90 estabelece nos seus artigos 17 e 18 a competência das direções estaduais e municipais do SUS de gerirem os serviços que estão sob sua esfera administrativa. Portanto, e é a lei orgânica do SUS que afirma isso, a gerência dos seus serviços não pode ser delegada a terceiros.

Temos então a conclusão de que, através de um processo pensado, coordenado e elaborado politicamente, o SUS foi paulatinamente desconstruído, sua legislação fartamente solapada e seus princípios violentamente desrespeitados, sempre com o discurso fácil e oportunista da necessidade de vencer a burocracia e de dar respostas rápidas e imediatas a população que diziam e dizem, “não pode esperar”.

Na verdade, o que aconteceu de fato como sempre afirmamos e hoje constatamos com sobras, é que foi colocado em prática um projeto de transferência dos recursos financeiros e do patrimônio do SUS para grupos políticos e econômicos e corporações privadas, de acordo com a nossa cultura e a nossa história. Tudo ocorreu diga-se, sob um assustador, constrangedor, vergonhoso e comprometedor silêncio daqueles que tinham dentre outras, a tarefa de fiscalizar e acompanhar o sistema, zelando pelo respeito à legislação e as normas, particularmente o Ministério da Saúde e o Poder Judiciário.

A contratação de Organizações Sociais, OSCIPS, os ditos “parceiros privados” e congêneres, assim como das “cooperativas” violentam os princípios constitucionais da legalidade, moralidade e impessoalidade, solapam o instrumento jurídico do concurso público como única forma de acesso ao serviço público, destratam as leis de licitação e de Responsabilidade Fiscal dentre outras e, mesmo assim, têm tido a convivência de vários Tribunais de Justiça pelo país a fora.

Duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade que questionam as Organizações Sociais como gerentes de serviços públicos, se encontram a mais de dez anos no Supremo Tribunal Federal sem uma manifestação definitiva daquele egrégio co-

légio. Uma delas somente agora está sendo votada. Enquanto isso, o processo de desconstrução avança em todo o país em governos das mais variadas matizes ideológicas. Afinal, como afirmam, enquanto o Supremo Tribunal Federal não se manifesta, não podem ser acusados de estarem cometendo ilícitudes.

Por outro lado, o Ministério da Saúde tem, ano após ano, financiado diretamente a contratação de serviços privados em substituição a rede pública - invertendo o ditame constitucional da complementariedade privada e portanto descumprindo a lei - bem como a entrega de serviços públicos para a administração por empresas privadas, como são os casos mais recentes das Unidades de Pronto Atendimento em Pernambuco, Rio Grande do Norte e outros estados.

Esse movimento pode ser interpretado como opção política, o que significaria um grande equívoco estratégico e desrespeito às decisões soberanas das Conferências e dos Conselhos de Saúde, ou simples omissão e convivência com a ilegalidade. Tanto num caso como no outro, é muito difícil para nós identificar a opção mais grave.

A verdade é que o SUS foi transformado no maior balcão de negócios envolvendo a coisa pública no nosso país, negócios privilegiados, com financiamento garantido e sem qualquer risco como são os casos dos contratos com Organizações Sociais, OSCIPS e outros “parceiros privados”.

Os milhares de pessoas que hoje sofrem nas filas de espera por um procedimento que nem sempre é tão especializado assim, são vítimas desse irresponsável e ilegal processo de privatização do sistema que, está provado, é estatística, matemática e economicamente, absolutamente impossível de ser financiado em sua plenitude.

Aliás, e exatamente em função da inviabilidade da saúde obedecendo à lógica de mercado, nos últimos anos e em consequência da demanda que cresceu significativamente, mesmo os Planos de Saúde, que diferentemente do SUS, sabemos bem não se pautam pela universalidade nem pela integralidade, estão enfrentando cada vez mais dificuldades em arcar com as suas responsabilidades perante os seus segurados.

Óbvio que num quadro como esse, o

Sistema Único de Saúde fica mortalmente ferido em pilares fundamentais, sua força de trabalho e sua gestão, necessitando, portanto, de alterações que promovam a correção de rota devida.

Fundação “Estatual” de Direito Privado ou EBSEH no MEC

A proposta de fundação “estatal” é muito corajosa quando recordamos o nefasto histórico de empreguismo, utilização político/partidária e de corrupção que caracteriza as Fundações no Brasil, inclusive nas atuais como nos mostra o noticiário freqüente da mídia. Além disso, tem para nós do Conselho Nacional de Saúde um grave problema na sua origem: foi gestado entre quatro paredes, sem que em nenhum momento os dois principais interessados – usuários do sistema e trabalhadores – fossem ouvidos. Assim, foi necessário o Conselho Nacional de Saúde pautar o tema para que pudesse ser ouvido pelo governo, que mesmo assim enviou o Projeto para o Congresso Nacional apesar de posição contrária do colegiado maior do Controle Social do SUS no nosso país.

Apesar de ter sustado a tramitação do projeto de lei em função da ampla mobilização nacional contra a proposta, deflagrada pelo Conselho Nacional de Saúde, o Governo Lula e agora Dilma, não desistiu da idéia que, dessa vez, faz parte de um projeto maior denominado de Lei Orgânica da Administração Pública, elaborada junto ao Ministério do Planejamento e que deve ser enviado ao Congresso Nacional.

Além disso, e no último dia do seu mandato, o Governo Lula em outro momento profundamente infeliz criou, vinculada ao Ministério da Educação e através de Medida Provisória, a fundação estatal de direito privado piorada, com o nome de Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares ou EBSEH pasmem, como sociedade anônima. Nos chama a atenção nesses processos políticos, o contraditório método autoritário praticado pelo governo em áreas tão vitais e com um importante histórico de participação popular e construção coletiva.

Sem entrar no mérito jurídico da proposta, onde há contestações em profusão, inclusive duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade no Supremo Tribunal Federal, os defensores das fundações estatais

de direito privado afirmam que “somente atividades próprias ou típicas do estado necessitam de determinadas proteções, como a da estabilidade, que resguarda o servidor de influências que o impeçam do exercício de suas funções públicas. O exercício de atividades que também o mundo privado se ocupa, as quais muitas vezes, até complementam os serviços públicos, como é o caso da saúde, não necessitam da mesma proteção como a fiscalização, regulamentação e controle.”

Os mesmos atores defendem que a fundação tenha total autonomia e isenção tributária, não se sujeite aos limites de gastos com pessoal, impostos pela lei de Responsabilidade Fiscal, e não se submeta ao teto remuneratório. Um “coquetel” de boas promessas - umas nem tanto - sem antes, na opinião de juristas renomados, combinar com o texto constitucional. Portanto, teriam todas as possibilidades de “cooptar” determinados profissionais de acordo com os salários de mercado.

Escreveram o seguinte: “o conceito de postos profissionais, remunerados com base nos valores praticados no mercado concede maior eficácia e eficiência gerencial a essas organizações, além da possibilidade de cooptação e manutenção de quadros qualificados profissionais”. Sobre isso, afirmamos: pobre de um sistema de saúde que propõe cooptar profissionais, tendo como referência o mercado e não um processo mais amplo de valorização e de conseqüente convencimento!

No momento em que, com certeza, fazem inveja ao mais liberal pensador sobre relações de trabalho no setor público, eles propõem Planos de Cargos e Salários por serviço/fundação, um gesto tão ousado que não teve nem nos arautos do neoliberalismo atores com coragem suficiente para verbalizá-lo.

Afirmam com todos os pulmões, que o atual modelo de gestão, engessado e burocrático está morto. Perguntamos: a qual modelo de gestão se referem? Se é ao modelo majoritário e predominante sobre o qual não temos nenhuma ingerência ou participação e que contra os princípios do SUS se fundamenta no fisiologismo, na troca de favores políticos, na ocupação dos cargos a partir de interesses pessoais, corporativos e políticos, em detrimento da competência, da profissionalização e das relações compromissadas, nós concordamos. Aliás, sempre fomos contra e o de-

nunciamos, uma vez que fere frontalmente as normas do SUS. Afinal, não é esse modelo que o SUS preconiza.

Por fim, ficam possessos quando se afirma que fundação de direito privado é um processo de privatização. Afirmam que a fundação “é do Estado, pública e é controlada pelo governo”, como se privatização se resumisse ao conceito clássico de venda de uma empresa pública no mercado formal.

Na impossibilidade legal da privatização clássica, na saúde historicamente ela tem acontecido de maneira mais elaborada e perversa. O patrimônio continua sendo público, mas a sua administração e literalmente, a sua exploração, é feita por grupos políticos organizados que o gerencia de acordo com os seus interesses e para atender as suas demandas políticas, particulares e coletivas. É para esse fim que no Brasil tem se constituído as fundações. Ressalte-se que mesmo as fundações de direito público como de resto e para sermos honestos, basicamente toda a estrutura de serviços públicos independente de serem ou não fundações, são em maior ou menor grau, privatizadas dessa maneira.

A questão que está em debate em relação às fundações estatais e as empresas de direito privado é que sem a obediência aos ditames da legislação e dispondo de toda a autonomia que se desenha, o processo de espoliação política do patrimônio público torna-se mais farto, incontrolável e danoso ao interesse da população. Disso a nossa experiência não deixa qualquer margem de dúvidas. E essa tem sido sim na nossa história pregressa, a forma mais vil e desonesta de privatização do estado brasileiro.

As nomeações clientelistas e indicações políticas são mantidas e fortalecidas, os salários diferenciados para os privilegiados, garantidos, e os interesses patrimonialistas são plenamente atendidos pela gestão “autônoma e diferenciada” à margem do controle social.

A proposta de fundação estatal de direito privado está na verdade tão desmoralizada, que até estados que a criaram através de leis, ou não implementaram como são os casos do Rio de Janeiro e Pernambuco ou simplesmente aderiram às Organizações Sociais, como são os casos exemplares dos próprios Rio de Janeiro e Pernambuco e, surpresa maior para

nós, a Bahia. Isso é, no mínimo, estranho enquanto seus defensores faziam a sua apologia como alternativa concreta exatamente às Organizações Sociais, até então por eles consideradas ilegais e “desconstrutoras” do SUS.

Pode ser que se sintam agora mais encorajados com o péssimo exemplo da criação da EBSEH/MEC no plano federal e se o Poder Judiciário continuar silente como vem acontecendo durante todos esses anos.

A Reforma Sanitária e a Gestão do SUS

O SUS enfrenta o seu mais difícil momento na sua curta história, está definitivamente em xeque e as dificuldades apontadas, que são reais, são fruto de todo esse processo de desconstrução jurídica e política.

É fundamental afirmarmos que nenhuma forma de gestão no SUS dará os resultados que esperamos e necessitamos se, num curto prazo, não fizermos o enfrentamento com o atual modelo de atenção, que alimenta inexoravelmente a demanda pelos procedimentos especializados e de alto custo, e não fortalecermos a rede estatal SUS, de modo a diminuirmos sobremaneira a dependência do setor privado contratado, eixos vitais onde as corporações e grupos econômicos organizados se alimentam e se fortalecem.

Necessitamos também ampliar o financiamento do SUS via regulamentação da EC 29 nos termos do PLP 01/03 e alterar a atual lógica, substituindo o equivocado pagamento de programas verticalizados e por procedimentos pelo estabelecimento de metas de acordo com a realidade e as necessidades de cada local.

Por outro lado, defender fundação “estatal”, afirmando que Saúde não é atividade típica de estado e que não necessita de fiscalização, regulamentação e controle, que o privado é complementar e que com salários de mercado cooptará determinados profissionais, é de uma violência com os princípios da Reforma Sanitária e desconhecimento da legislação (Art.197 da Constituição Federal) e da realidade do SUS, que não podemos conceber num debate onde o objetivo seja o fortalecimento do Sistema.

Além disso, a postura agressiva dos defensores da proposta, que se identi-

cam como progressistas e históricos da Reforma Sanitária, ao mesmo tempo em que saem acusando os contrários de corporativistas, de que não têm propostas e de convivência com as distorções que são reais, se não é má fé, apenas revela a falta deliberada de debates com o contraditório e esconde um fato contundente e elucidativo: a proposta de fundação “estatal” unifica sim todos os setores conservadores anti-SUS do nosso país e que se identificam perfeitamente com a mesma, mas divide claramente toda a militância da Reforma Sanitária que se tivesse sido ouvida teria apresentado alternativas como as que seguem.

1) Sobre Autonomia e “Engessamento”

Diante da frágil argumentação que a Fundação “Estatal” promoveria autonomia e flexibilidades gerenciais e administrativas para bem gerir os serviços públicos de saúde, ante um estado “pesado”, “burocrático” e “engessado”, citamos a nossa Carta Maior que não deixa qualquer dúvida a respeito do tema, bastando apenas regulamentá-la sem, contudo, a necessidade de criação de qualquer outro instrumento jurídico.

Constituição Federal, art. 37, Inciso XXI, § 8º

A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha como objetivo a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre:

I – o prazo de duração do contrato;

II – os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes;

III – a remuneração de pessoal.

2) “Quem tem motivação para contratar deve ter para demitir”

Frente à argumentação conservadora, recorrente e insustentável de que a estabilidade do trabalhador em saúde é um mal e beneficia quem não quer trabalhar e que o trabalhador da saúde deve ter o mesmo tratamento que os trabalhadores do sistema financeiro ou do ramo petroquímico estatais, os quais, diga-se enfaticamente, merecem todo o nosso respeito, estranhamos e lamentamos a comparação

rebaixada, desqualificada e oportunista com quem trabalha com a vida do seu semelhante e que necessita da estabilidade de no emprego para a garantia plena do exercício profissional e do vínculo efetivo e afetivo, inclusive, profissional-serviço-cliente.

Lamentamos também que não sejam pautados os reais interesses políticos, fisiológicos e corporativos da atual maioria lógica de gestão, que inviabilizam o sistema e que além de não serem enfrentados, também saem fortalecidos pela fundação “estatal”, que estabelece dentre outros, a contratação e demissão de trabalhadores de acordo com a, tentemos entender, “necessidade de cada fundação”. Para nos contrapormos a isso recorreremos outra vez à legislação vigente, o Regime Jurídico Único, que para qualquer bom entendedor é claro, cristalino e inofensivo e que, sabemos muito bem, apenas necessita ser cumprido.

Regime Jurídico Único – Lei 8.112, Art. 127

São penalidades disciplinares:

Advertência; suspensão; demissão; cassação de aposentadoria ou disponibilidade; destituição de cargo em comissão; destituição de função comissionada.

Art. 132. A demissão será aplicada nos seguintes casos:

Crime contra a administração pública; abandono de cargo; inassiduidade habitual; improbidade administrativa; incontinência pública e conduta escandalosa, na repartição; insubordinação grave em serviço; ofensa física, em serviço, a servidor ou a particular, salvo em legítima defesa própria ou de outrem; aplicação irregular de dinheiros públicos; revelação de segredo do qual se apropriou em razão do cargo; lesão aos cofres públicos e dilapidação do patrimônio pessoal; corrupção; acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; transgressão dos incisos IX e XVI do art. 117.

Dessa maneira e no estrito cumprimento da legislação vigente, entre 2003 e outubro de 2010, o Governo Federal promoveu a demissão de 2.500 servidores. Foram 1.471 por uso indevido do cargo, 817 por improbidade administrativa e 257 por recebimento de propina. Tiveram a aposentadoria cassada 177 e 223 foram destituídos de cargos de confiança. Além

disso, 243 foram expulsos por desídia, que são faltas leves agravadas pela repetição, e 406 por abandono de cargo. Essas punições alcançaram diretores, superintendentes, auditores e fiscais da Receita Federal, da Previdência e do Trabalho, procuradores e subsecretários de orçamento e administração.

Portanto, afirmar que a estabilidade é um mal em si que permite que trabalhadores não cumpram com sua função dela se beneficiando, é uma falácia; significa negar a responsabilidade que cabe a gestores incompetentes e descompromissados e atentar contra um direito que ao trabalhador do serviço público em áreas fundamentais deve ser considerado como sagrado, qual seja a não vulnerabilidade a governos que utilizam o exercício do poder violentando os princípios constitucionais da moralidade, da legalidade e da impessoalidade.

Assim mesmo, defendemos que esse processo deva ser aperfeiçoado com a inclusão de outros elementos pertinentes como por exemplo, a avaliação periódica.

3) Mercantilização da Fundação Estatal X Profissionalização do SUS

A atual forma de organização, estruturação e funcionamento do SUS, inclusive com uma nítida política de desvalorização e desestímulo salarial dos profissionais, além da lógica patrimonialista imposta por grupos políticos e corporações organizadas, promoveu não raro, gestões ineficientes e não resolutivas e uma efetiva e mortal, em se tratando de trabalho em saúde, mercantilização nas relações de trabalho.

Reiteramos energicamente que esta lógica não será revertida sem o fortalecimento do setor público estatal com vistas à superação da prática de estabelecimento de tetos financeiros e pagamentos de procedimentos, e sem a priorização da prevenção executada pela equipe multiprofissional em saúde, com a finalidade de estancar o aumento geométrico da demanda pelos procedimentos especializados e de alto custo.

Fundamental para nós nesse momento emergencial é não implantar nenhuma proposta que possa institucionalizar, oficializar e tornar um caminho sem volta esse irracional e insustentável processo de mercantilização, que propõe o benefício de uns poucos em detrimento da grande maioria dos profissionais, como são os

casos da fundação “estatal” e da recente Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. Nesse sentido, defendemos outra vez, que a atual legislação, totalmente sintonizada com os princípios da Reforma Sanitária, possa efetiva e definitivamente ser implementada.

Faz-se necessário, então:

- Profissionalização da gestão e da gerência dos serviços da rede SUS, através da regulamentação do inciso V do Art. 37 da Constituição Federal que estabeleça que “as funções de confiança, exercidas exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, e os cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos, condições e percentuais mínimos previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento”;

- Um amplo Programa Nacional de reestruturação e fortalecimento da rede pública estatal nas três esferas de governo e de relação interinstitucional, na perspectiva de viabilizar uma ação intersetorial permanente, com ênfase nas questões do emprego, renda e sua distribuição, combate à violência em todos os níveis, desenvolvimento sustentável, preservação do meio ambiente e uma proposta de acesso à educação pública radicalmente qualificada e democratizada;

- Concurso Público com estabilidade no emprego e avaliação permanente, fundamental para se contrapor ao processo de descompromisso, desvinculação e leilão de remuneração profissional, na perspectiva de construir uma relação que tenha como eixo fundamental o vínculo profissional-serviço-cliente;

- Carreira Única do SUS de acordo com as Diretrizes Nacionais do PCCS do SUS, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Diferentemente da proposta de PCCS por serviço, incorporada na fundação “estatal” e que desvaloriza, desestimula, desrespeita e desqualifica profissionais com a lógica de “salários de mercado”, a partir do privilégio de uns poucos em alguns serviços em detrimento da grande massa de trabalhadores, defendemos pisos salariais nacionais por nível de escolaridade, estímulo à dedicação exclusiva, interiorização e a qualificação, bem como a observância a situações específicas que hoje são demandadas em função da realidade estabelecida. Essas cons-

tituem medidas a serem implementadas na perspectiva da criação e implantação da carreira única do SUS como carreira de Estado, com base municipal e devidamente pactuada entre as três esferas de governo.

Quem trabalha com a vida das pessoas não pode e não deve ser submetido à “lógica de mercado”, que em se tratando de saúde e da vida das pessoas, é um conceito absolutamente anacrônico e incompatível com a Reforma Sanitária e com os princípios da ética e do humanismo.

- Responsabilidade tripartite pela contratação e remuneração da força de trabalho, a partir do diagnóstico da necessidade da equipe multiprofissional em todo o país e de concursos públicos nacionais com conseqüente inserção na Carreira Única do SUS;

- Formação, qualificação e perspectivas de desenvolvimento na carreira, através do projeto de educação permanente nas três esferas de governo de acordo com os seguintes dispositivos legais:

Art. 37, § 2 da Constituição Federal

“A União, os Estados e o Distrito Federal manterão escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores públicos, constituindo-se a participação nos cursos um dos requisitos para a promoção na carreira, facultada, para isso, a celebração de convênios ou contratos entre os entes federados.”

Art. 37, § 5º da Constituição Federal

Lei da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios poderá estabelecer a relação entre a maior e a menor remuneração dos servidores públicos, obedecido, em qualquer caso, o disposto no art. 37, Inciso XI.

Art. 27, Inciso I da Lei 8.080/90

“Organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.”

Art. 27, Inciso IV da Lei 8.080/90

“Valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde.”

- Reestruturação curricular dos cursos universitários da área de saúde de modo a sintonizar a formação profissional com a realidade do país, com o SUS e suas necessidades, bem como instituir o Serviço Civil em Saúde na rede pública do

SUS para todos os profissionais graduados, pelo prazo de um ano e Residência Multiprofissional como instrumentos de qualificação, convencimento, aperfeiçoamento, visibilidade e afirmação do trabalho multiprofissional, e atendimento das carências do sistema na área de Gestão do Trabalho.

- Gestão do Sistema e Gerência dos Serviços radicalmente democratizados, com a instituição de processos de profissionalização, de Conselhos Gestores e de outros espaços de contribuição e elaboração, que possibilitem o fim da ingerência político/partidária/fisiologista e a participação efetiva de trabalhadores e usuários nas decisões que digam respeito ao funcionamento dos serviços da rede SUS;

- Arguir a inconstitucionalidade (Art. 196 da CF) da Lei de Responsabilidade Fiscal para a área de saúde, de modo a possibilitar aos gestores a contratação dos profissionais necessários à viabilização do sistema, combatendo e eliminando a precarização nas relações de trabalho, bem como implementar o Pacto pela Vida, pelo SUS e de Gestão com ênfase na priorização do processo de regionalização e

hierarquização dos serviços.

- É fato que o Brasil forma profissionais de saúde obedecendo uma visão mercantilista, privatista e totalmente descolada da realidade do país e do SUS. Ao mesmo tempo, o modelo de atenção médico centrado promove uma retroalimentação onde a população reivindica sempre mais médico e o gestor se sente pressionado a contratar cada vez mais esse profissional. Muitas das ações que hoje são desenvolvidas pelo profissional médico, poderiam tranquilamente ser realizadas por outros profissionais da equipe, se esses estivessem disponíveis na rede. Daí a estúpida dependência que existe do médico no sistema.

Por isso estamos defendendo a criação do Serviço Civil em Saúde para todos os profissionais graduados na área, em universidades públicas e privadas. Estaremos qualificando-os no SUS, ao mesmo tempo em que disponibilizamos para a população a oportunidade real de conhecer e usufruir do trabalho multiprofissional, condição indispensável para viabilização plena da universalidade e da integralidade na saúde.

Alguém pode afirmar e já ouvimos de alguns defensores das fundações, que tudo isso vai demorar muito tempo e necessitamos de ações imediatas. A fundação “estatal” como também a recente EBSEH se tivessem respaldo legal, também demandariam para ser implementada, um tempo considerável inclusive para ser viabilizada sob os pontos de vista jurídico e financeiro. Além disso, se o SUS sobreviveu heroicamente a tantos ataques, não será um pouco mais de tempo de espera e de resistência a outro duro ataque que o inviabilizará. De outro lado, várias das propostas por nós aqui apresentadas, podem ser construídas imediatamente estando na dependência exclusiva de decisão política.

Entendemos dessa maneira que com decisão política, controle social, prática efetiva da democracia participativa e obediência à legislação vigente devidamente aperfeiçoada quando for o caso, sem a criação de qualquer outro instrumento jurídico, temos efetivas condições de implantação definitiva do SUS de forma totalmente sintonizada com os princípios da Reforma Sanitária no Brasil.

Elza Fiúza-ABR



2.2 Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS?

Maria Valéria Costa Correia⁷¹

O artigo trata do processo de privatização dos serviços públicos em curso no Brasil, através dos denominados “novos modelos de gestão”: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs). Entretanto, dá ênfase às OSs por ser o modelo que tem se ampliado com maior força no setor saúde dos estados e municípios brasileiros.

Expõe sete argumentos que fundamentam porque os defensores do Sistema Único de Saúde (SUS), movimentos sociais e conselhos de saúde devem se posicionar contrários a estes “novos modelos de gestão”, quais sejam: Integra o processo de contrarreforma do Estado brasileiro; Privatiza os serviços públicos; Ameaça os Direitos Sociais; Contraria a legislação do Sistema Único de Saúde; Prejudica os Trabalhadores; Limita o Controle Social e propicia o desvio de recursos públicos.

Por fim, apresenta algumas lutas e resistências existentes nacionalmente aos “novos modelos de gestão.”

Integra o processo de contrarreforma do Estado brasileiro

Na década de 1990, o SUS foi alvo das cotrarreformas⁷² neoliberais que têm atacado seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde. Estas contrarreformas são decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico em nível mundial e das conseqüentes “reformas sanitárias” propostas pelos agentes financeiros internacionais, em especial, pelo Banco Mundial que vem tendo proeminência nesta área, desde a segunda metade da década de 80.

Neste contexto, o Estado tem se colo-

cado, cada vez mais, a serviço dos interesses do capital.⁷³ Nas palavras de Dias (1999), “trata-se do ideologicamente Estado Mínimo, que é na prática o ‘Mercado Máximo.’” A condenação retórica do Estado tem a função de ocultar a sua minimização “em relação às classes trabalhadoras e a sua maximização na sua articulação com a burguesia” (Dias, 1999, p. 121).

Está em curso uma tendência crescente de repasse do fundo público para o setor privado. Esta tendência foi explicitada, em 1995, no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado do governo de Fernando Henrique Cardoso que tinha como princípio que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las, transferindo a execução destas para o setor ‘público não-estatal’ que na realidade é privado. Neste Plano Diretor, através do denominado programa de “publicização”,

71 Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social da UFAL, Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/FSSO/UFAL). Integrante do Fórum de Alagoas em Defesa do SUS e contra a Privatização e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (e-mail: correia.mariavaleria@gmail.com).

propôs-se o repasse de serviços, antes de responsabilidade do Estado, para “entidades de direito privado” executá-los, mediante o repasse de recursos públicos.

Os documentos que orientam as contrarreformas na saúde⁷⁴ deixam claro o novo papel regulador atribuído ao Estado que deverá concentrar esforços apenas no financiamento e no controle dos serviços hospitalares e ambulatoriais, ao invés do seu oferecimento direto. Neste sentido,

os hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal [...] (Caderno Mare nº 13).⁷⁵

O eixo das contrarreformas do Estado dirigiu-se para a racionalização de gastos sociais e para o fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços coletivos. Na área da saúde, a proposta é de repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, através dos contratos de gestão e parcerias, mediante transferências de recursos públicos, viabilizadas pelas Organizações Sociais (OSs), criadas em 1998, pela Lei 9.637/98; pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas em 1999, pela Lei Federal nº 9.790; e pelas Fundações Estatais de Direito Privado (Projeto de Lei Complementar nº 92/2007).

As Organizações Sociais (OSs) foram concebidas como instrumento de viabilização e implementação de Políticas Públicas. O objetivo formal da chamada “Lei das OSs” foi o de “qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (art. 1º, Lei 9.637/98). As OSs podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública, porque estas são consideradas “atribuições privativas do Conselho de Administração” (Rezende, 2007).

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) instituem uma nova forma de transferência das funções do Estado para o setor privado,

através do “Termo de Parceria”, de maior alcance e abrangência do que os Contratos de Gestão das OSs quanto aos seus objetivos e projeto político de terceirização e privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos. Nas OSCIPs, a prestação de serviços públicos, é transferida para as Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas, associações da sociedade civil de modo geral, por meio de “parcerias” (Rezende, 2007).

O projeto das Fundações Estatais de Direito Privado⁷⁶ proposto no governo Lula, em julho de 2007, completa e aprofunda a privatização de setores públicos, das políticas sociais, já incrementado no governo de FHC, ou seja, o repasse de recursos públicos, através de contratos de gestão, para um setor dito “público não estatal”, que terá “autonomia gerencial, orçamentária e financeira”. Salete Maccalóz⁷⁷ afirma que “o governo mente ao afirmar que a implantação das fundações estatais de direito privado não trazem a privatização do serviço público [...] Ou é público ou é privado, não tem como ser os dois ao mesmo tempo, como estão querendo nos fazer acreditar.”

Não por acaso, em fevereiro de 2007, foi elaborado um documento do Banco Mundial - Governança do Sistema Único de Saúde no Brasil: Aumento da Qualidade do Gasto Público e da Administração de Recursos -, que se propôs a expor avaliações e propostas para “aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto público” do SUS. A ênfase dada à necessidade de desenvolver e implementar maior autonomia e accountability (autoridade para gerenciar recursos) às unidades de saúde, aponta para “vários modelos de gestão autônoma [...] tais como o modelo das Organizações Sociais, entre outros” (Banco Mundial, 2007, p.79). Está explicitado o teor de desresponsabilização do Ministério da Saúde na execução direta dos serviços de saúde contido no documento, através dos contratos de gestão. O Ministério da Saúde passa a ser coordenador destes serviços, monitorando e avaliando o desempenho e os resultados do “compromisso de gestão” firmado com prestadores públicos ou privados de saúde.

A lógica do projeto das Fundações vem referendada no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde, ou Programa Mais Saúde, lançado pelo pre-

sidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 05 de dezembro de 2007, o qual propõe um novo modelo de gestão em que

o setor saúde consolida-se como um campo gerador de empregos, renda e de divisas, através do esforço de indução do Governo e engajamento da iniciativa privada [...] Não basta acrescentar mais recursos para a prestação de serviços sem uma mudança nos processos de gestão das redes e unidades assistenciais. Mais Saúde inova ao propor novos modelos de gestão como as fundações estatais de direito privado.⁷⁸

O eixo do citado projeto é o contrato de gestão. Nesta perspectiva, as instâncias centrais de gestão do SUS “coordenarão as fundações”.

Em dezembro de 2010, foi editada a Medida Provisória nº 520 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH). No entanto, devido ao esgotamento do prazo para a sua votação no Senado, o seu conteúdo foi retomado através do Projeto de Lei nº 1.749/2011, que “autoriza o Poder Executivo a criar a EBSERH como empresa na estrutura do Estado, de natureza privada e sob a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos”. Trata-se de uma Empresa pública sob a forma de sociedade anônima, com personalidade jurídica de direito privado. Constitui uma via de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro - 46 Hospitais Universitários.

A EBSERH desvincula na prática os Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), comprometendo a formação e qualificação dos profissionais de saúde que trabalham na saúde pública e a produção do conhecimento na área de saúde. Tem como referência o Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA)⁷⁹ que reserva espaços públicos para atendimentos de planos de saúde privados.

Os “novos modelos de gestão”, apesar de suas diferenças internas, integram a estratégia de contrarreforma do Estado, pois têm a mesma natureza de repasse do fundo público para o setor privado, flexibilizando a gestão e os direitos sociais e trabalhistas, e privatizando o que é público.

Privatiza o que é Público

Na área da saúde circula um grande volume de recursos⁸⁰, e o setor privado tem muito interesse em administrá-los. Trata-se da tendência em curso do fundo público ser colocado a serviço do financiamento da reprodução do capital. Não satisfeito apenas com o livre mercado da saúde, o setor privado busca, por dentro do Estado, se apropriar dos recursos disponibilizados à política pública da saúde.

Está em curso um processo de privatização do setor público e um ataque aos direitos sociais e trabalhistas, historicamente conquistados. As alternativas de modalidades de gestão propostas pelos governos, desde a segunda metade da década de 1990, estão baseadas no repasse da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde para grupos privados, através de “Contratos de Gestão” e de “Termos de Parcerias”, mediante transferências de recursos públicos. Isto significa transferência da gestão das atividades das políticas públicas para o setor privado mediante repasse de recursos, de instalações públicas e de pessoal. A isto se denomina privatização do público, ou seja, apropriação por um grupo privado (denominado “não estatal”) do que é público: Qual seria o interesse de um grupo privado em assumir a gestão de um serviço social público que não seja o interesse econômico? Qual a lógica que rege o setor privado que não seja a lógica do mercado e a busca incessante do lucro? O que fez uma empresa da construção civil de São Paulo ampliar seus negócios se tornando uma Organização Social (OS) de serviços de saúde?⁸¹

Ameaça os Direitos Sociais

O processo de privatização via terceirização da gestão e dos serviços públicos, através das OSs, OSCIPs e das Fundações Estatais de Direito Privado, se dá nas áreas em que se localizam as políticas públicas - Saúde, incluindo os Hospitais Universitários, Assistência Social, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Previdência Complementar do Servidor Público, Comunicação Social, e promoção do Turismo, entre outras. Setores através dos quais o Estado viabiliza (ou inviabiliza) os direitos sociais garantidos legalmente através de serviços sociais

públicos, portanto, a privatização dos mesmos constitui-se uma grande ameaça à garantia destes direitos.

A Lei 9.637/98, que cria as OSs prevê a extinção do órgão público e a absorção de suas atividades por uma entidade privada, qualificada como OSs. A extinção do órgão público pressupõe a extinção dos serviços públicos: como os usuários (classes subalternas) dos serviços públicos poderão reclamar a uma entidade privada a não execução de um serviço e a negação de um direito? Como pode o Estado abrir mão de executar o que lhe é próprio e essencial como poder público: os serviços públicos?

As áreas que estão sendo repassadas para o setor privado são áreas decisivas de lutas sociais cotidianas pela efetivação dos direitos duramente conquistados na forma da lei. O que resta do setor público brasileiro está fortemente ameaçado com os processos de terceirização dos serviços públicos e da sua gestão em diversos estados e municípios brasileiros. Conseqüentemente, trata-se de um amplo processo que ameaça frontalmente os direitos sociais.

Existe a possibilidade da população ser prejudicada em relação ao acesso aos serviços de saúde a serem prestados pelas OSs, pela tendência à crescente diminuição de oferta de serviços neste tipo de gestão que tem como lógica o lucro. As Organizações Sociais trabalham com metas. Se houver uma demanda maior do que a meta estabelecida no contrato de gestão firmado, as necessidades da população serão negadas porque estarão fora das metas contratualizadas. Para as entidades privadas, os recursos financeiros estão acima das necessidades da população.

Um exemplo concreto do prejuízo dos usuários do SUS no acesso aos serviços dos hospitais de São Paulo geridos por OSs foi a aprovação da Lei Complementar nº 45/2010, em dezembro do ano de 2010, pela Assembléia Legislativa de São Paulo. Esta Lei acelera o processo de privatização da saúde pública, ao permitir a venda de 25% dos leitos de hospitais públicos de alta complexidade, geridos pelas OSs, a pacientes particulares e de convênios médicos privados. Esta nova Lei reduz ainda mais o já precário atendimento hospitalar da população usuária do SUS, ampliando a invasão do setor privado na saúde pública. O governo de São Paulo

permitirá que as entidades privadas, as OSs, lucrem diretamente com a venda de um patrimônio que é público, avançando no projeto de privatização no Estado. O setor público não deveria ceder seus leitos e serviços para o setor privado, pois estes já são insuficientes para os seus usuários.

Contraria a legislação do Sistema Único de Saúde

Na área da Saúde as OSs, as OSCIPs e as Fundações Estatais de Direito Privado podem ser contestadas legalmente, pois a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 admitem a prestação de serviços privados de saúde de forma complementar ao SUS e não substitutiva a serviços ou órgãos do SUS, como se pode observar no Artigo nº 199, § 1º da CF/88, que estabelece que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”

De acordo com Pietro (2002),

É importante realçar que a Constituição, no dispositivo citado (art. 199, § 1º), permite a participação de instituições privadas ‘de forma complementar’, o que afasta a possibilidade de que o contrato tenha por objeto o próprio serviço de saúde, como um todo, de tal modo que o particular assumira a gestão de determinado serviço. Não pode, por exemplo, o Poder Público transferir a uma instituição privada toda a administração e execução das atividades de saúde prestadas por um hospital público ou por um centro de saúde; o que pode o Poder Público é contratar instituições privadas para prestar atividade-meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou mesmo determinados serviços técnico-especializados, como os inerentes aos hemocentros, realização de exames médicos, consultas, etc.; nesses casos, estará transferindo apenas a execução material de determinadas atividades ligadas ao serviço de saúde, mas não sua gestão operacional. Assim, deve ser afastada a concessão de serviço público (Pietro, 2002).

A Lei nº 8080/90 que disciplina o Sistema Único de Saúde, prevê, nos arts. 24 a 26, a participação complementar do setor privado, só admitindo-a quando as dispo-

nibilidades do SUS “forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área”, hipótese em que a participação complementar deve “ser formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público (entenda-se, especialmente, a Lei nº 8.666, pertinente a licitações e contratos)”, afirma Pietro (2002). No entanto,

Isto não significa que o Poder Público vai abrir mão da prestação do serviço que lhe incumbe para transferi-la a terceiros [...] significa que a instituição privada, em suas próprias instalações e com seus próprios recursos humanos e materiais, vai complementar as ações e serviços de saúde, mediante contrato ou convênio” (Pietro, 2002, p.123).

Observa-se que é inconstitucional e ilegal as formas de terceirização dos serviços de saúde propostas, já que a Constituição Federal, em seu art. 196, estabelece que a saúde seja “direito de todos e dever do Estado”, o que impede o Estado de se desresponsabilizar a prestação destes serviços, restando ao setor privado o papel apenas de complementaridade.

No documento “Fundamentos básicos para atuação do MPF contra a terceirização da gestão dos serviços prestados nos estabelecimentos públicos de saúde”, o Ministério Público Federal afirma que a gestão de serviços públicos de saúde por instituições privadas colocam em risco a integridade do patrimônio público e “diante disso, cremos ser necessária a adoção de medidas imediatas, visando coibir a consolidação de um sistema que, como já dito, contraria a legislação vigente sobre o SUS” (MPF, 2010).

Assim, fica evidente que o arcabouço legal do SUS não admite a entrega de capacidade já instalada pelo Estado a terceiros como está posto na proposta das Organizações Sociais de Saúde (OSSs), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e das Fundações Estatais de Direito Privado.

Prejudica aos Trabalhadores

As Organizações Sociais eliminam concurso público para contratação de pessoal, abrindo um precedente para o clientelismo, bem como para a precarização do trabalho frente à flexibilização dos víncu-

los. A contratação sem concurso só favorece o fortalecimento de “currais eleitorais” nos estados e municípios e contraria o ingresso de trabalhadores da saúde de forma transparente, além de não assegurar direitos trabalhistas e previdenciários, o que resulta na precarização do trabalho.

Além disto, com as OSSs o Estado cede servidores públicos para entidades privadas. A cessão de servidores públicos com ônus para a origem (órgão do Poder Público), prevista na Lei que instituiu as OSSs, é inadmissível “à luz dos princípios mais elementares do Direito, assim como obrigá-los à prestação de serviços a entidades privadas, quando foram concursados para trabalharem em órgãos públicos” (REZENDE, 2007, p.32).

A forma de contratação da força de trabalho das Fundações Estatais de Direito Privado é a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a qual aponta para a quebra da estabilidade do servidor público. Outro ponto a ser destacado é que os trabalhadores tendem a enfraquecer seu poder de organização como classe, pois com as várias Fundações a serem criadas passam a ser regidos por várias instituições privadas com diversos contratos trabalhistas, não se reconhecendo como uma única categoria, ou seja, como funcionários públicos.

Segundo Granemann (2007), é possível entender que a remuneração da força de trabalho subordina-se ao Contrato de Gestão que cada Fundação Estatal for capaz de estabelecer com o próprio Estado, pois, cada fundação terá seu próprio quadro de pessoal e, por conseqüência seu plano de carreira, emprego e salários. Desta forma, abandona-se o projeto de construção de uma carreira única para os profissionais de saúde. “Esta medida atinge de modo contundente a organização da força de trabalho porque a fragmenta e a torna frágil para lutar por melhores condições de vida [...]” (Granemann, 2007, p.46).

Em relação aos trabalhadores da saúde o SUS apresenta mais vantagens que estes novos modelos de gestão, pois garante Contratos de trabalho através de Regime Estatutário, assegurando a Estabilidade do Servidor Público; Recrutamento de pessoal através Concurso Público com Direitos Trabalhistas Garantidos; Plano de Cargos, Carreira e Salários, equilibra as carreiras gerando segurança ao profissional para o desempenho de suas funções.

Limita o Controle Social e propicia o desvio de recursos públicos

O controle social sobre a gestão terceirizada, via OSS, OSCIPs ou FEDPs⁸², quase inexistente. A Lei 9.637/98 não contempla os controles próprios do regular funcionamento da coisa pública, tentam contornar todos os sistemas de fiscalização e controle interno e externo dos gastos públicos, e não se prevê o Controle Social. Por que não se fala em Controle Social?

A dispensa de licitação garantida às OSSs para compra de material e cessão de prédios é ilegal e abre precedentes para o desvio do erário público. O descontrolo sobre os recursos públicos repassados para as OSSs é tão grande que a própria prefeitura de São Paulo estuda a contratação de uma empresa para auditar as prestações de contas das OSSs “que recebem verba pública para dirigir hospitais e postos de saúde municipais [...] A decisão de buscar uma fiscalização externa tem origem na dificuldade enfrentada pelos auditores municipais para verificar se as OSSs estão aplicando os recursos públicos adequadamente” (Folha de São Paulo, 10/08/2010).⁸³

Em todos os estados e municípios onde esse tipo de gestão já foi instalado existem denúncias de desvios de recursos públicos sendo investigadas pelo Ministério Público Estadual e/ou pelo Ministério Público Federal.

Na Bahia, em 2009, esses Ministérios denunciaram irregularidades no contrato firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e a Real Sociedade Espanhola de Beneficência. Constatou-se um prejuízo estimado em 40 milhões para os cofres públicos.⁸⁴ Na cidade de São Paulo mais irregularidades foram constatadas. Em abril de 2010, um grupo de vereadores visitou o hospital municipal São Luiz Gonzaga, no Jaçanã, e descobriu que a OS Irmandade da Santa Casa de São Paulo não realizava ultrassons e raios-X no hospital, apesar de receber R\$ 1 milhão por ano para este fim.⁸⁵ São inúmeras as fraudes e desvios de recursos públicos nas OSSs existentes nos estados e municípios brasileiros.⁸⁶

O progressivo aumento de repasse de recursos públicos para as OSSs demonstra que o argumento de que a privatização

traz o enxugamento de gastos públicos é um engodo. Com a adoção das OSs em São Paulo, a contrapartida de recursos públicos tem aumentado. Em 2006, o governo de São Paulo gastou R\$ 7,95 bilhões em terceirizações, no ano de 2007, gastou R\$ 8,52 bilhões.⁸⁷ Entre 2006 e 2009, os gastos com OSs aumentaram em 114%. No mesmo período o orçamento do estado cresceu 47%, ou seja, as despesas do estado de São Paulo com a terceirização da saúde cresceram mais que o dobro do aumento do orçamento público.⁸⁸

Resistência à Privatização da Saúde

As resistências ao processo de privatização têm se dado através de algumas Conferências Nacionais de Saúde e da atuação do Conselho Nacional de Saúde e de alguns Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Mas, de forma mais incisiva, nos Fóruns de Saúde dos estados - Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Londrina, Rio Grande do Norte, Distrito Federal e Ceará - e na Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

As instâncias de Controle Social do SUS – as Conferências Nacionais de Saúde (8ª, 10ª, 11ª, 12ª e 13ª) e o Conselho Nacional de Saúde - já deliberaram contra as formas de terceirização da saúde e em defesa do modelo de gestão já consagrado na legislação do SUS: descentralizado, com comando único em cada esfera de governo e com pactuação da política entre as mesmas; com uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único; com acesso universal e com integralidade da atenção à saúde; com financiamento tripartite; com controle social através da participação social nas Conferências e Conselhos que definem, acompanham e fiscalizam a política de saúde e a utilização de seus recursos.

O Conselho Nacional de Saúde, através da Deliberação nº 001 de 10 de março de 2005, posicionou-se “contrário à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou outros mecanismos com objetivo idêntico, e ainda, a toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios

e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Este Conselho também recusou a proposta de Fundação Estatal para o Sistema Único de Saúde, em sua 174ª Reunião, de 13 de junho de 2007.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde composta por diversas entidades⁸⁹, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, foi criada em 2010, a partir da articulação dos Fóruns de Saúde estaduais em torno da luta contra a privatização do SUS. Tem por objetivo defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 80.

Esta Frente, inicialmente, foi denominada de “Frente Nacional Contra as OSs e pela procedência da ADI 1.923/98”, como resultado de uma articulação dos Fóruns de Saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina em torno da procedência da referida Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), contrária à Lei 9.637/98 que cria as Organizações Sociais (OSs), que tramitava no Supremo Tribunal Federal (STF) para julgamento, desde 1998. A priorização desta luta pela Frente foi devido à possibilidade da votação desta ADI, no STF, anunciada pela imprensa, no início de 2010. A decisão do STF pela inconstitucionalidade da Lei que dá origem às OSs, põe fim às mesmas nos Estados e Municípios em que elas já estão implantadas, barrando sua expansão. Esta decisão abriria um precedente para desmontar a via mais importante da privatização dos serviços de saúde no Brasil, as OSs.

A ADI 1923/98 está sendo julgada no STF, dois Ministros já votaram pela sua procedência parcial. O Ministro relator da ADI, Ayres Britto, no seu voto afirmou, ao tratar do Programa Nacional de Publicização, nos termos da Lei 9.637/98, que é: “Fácil notar, então, que se trata mesmo é de um programa de privatização. Privatização, cuja inconstitucionalidade, para mim, é manifesta”. Ao julgar inconstitucionais alguns artigos da referida Lei, por “estabelecer um mecanismo pelo qual o Estado pode transferir para a iniciativa privada toda a prestação de serviços públicos de saúde, educação, meio ambiente, cultura, ciência e tecnologia”, este Ministro expôs que

A iniciativa privada a substituir o Poder Público, e não simplesmente a complementar a performance estatal. É dizer, o Estado a, globalmente, terceirizar funções que lhe são típicas. O que me parece juridicamente aberrante, pois não se pode forçar o Estado a desaprender o fazimento daquilo que é da sua própria compostura operacional: a prestação de serviços públicos. (Voto Ministro Ayres Britto, em 31 de março de 2011).

A Frente Nacional contra a Privatização, através de seus representantes, visitou os gabinetes de todos os ministros do STF e entregou a seguinte documentação: Abaixo Assinado pela procedência da ADI 1.923/98, Carta aos Ministros do STF com assinatura das entidades⁹⁰ e o documento “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”. Em junho de 2011, representantes da Frente estiveram na reunião do Conselho Nacional de saúde, solicitando posicionamento de apoio do mesmo em relação à referida ADI, que resultou na Moção de Apoio nº 008, de 09 De Junho de 2011: “O Conselho Nacional de Saúde vem a público, e particularmente junto aos Ministros do Supremo Tribunal Federal, manifestar seu mais absoluto e irrestrito apoio a ADI 1.923 que contesta a legalidade das Organizações Sociais como gestores dos serviços públicos de saúde.”

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde⁹¹ retoma como fonte unificadora de lutas, a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 80: o combate à privatização da saúde. Tanto quanto este Movimento, a Frente também se opõe à tendência da prestação de assistência à saúde como fonte de lucro, pondo em cheque os referidos “novos modelos de gestão” que beneficiam o setor privado, prejudicam os trabalhadores, impedem o controle social.

Algumas bandeiras de lutas da Frente têm sido: Pela Inconstitucionalidade da Lei que cria as Organizações Sociais; Defesa incondicional do SUS público, estatal, gratuito, universal e de qualidade; Pela gestão e serviços públicos de qualidade; Defesa de investimento de recursos públicos no setor público; Pela efetivação do Controle Social; Defesa de concursos públicos e carreira pública no Serviço Público; Contra à precarização do trabalho;

Contra todas as formas de privatização da rede pública de serviços: OSs, OSCIPs, Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A etc.; Defesa de 6% do PIB para a saúde como parâmetro mínimo; Exigência de 10% da corrente bruta da união para a saúde; Fim da DRU (Desvinculação das Receitas da União); Por uma sociedade justa, plena de vida, sem discriminação de gênero, etnia, raça, orientação sexual, sem divisão de classes sociais.

Conclusão

Enfim, no contexto de correlação de forças que atravessa a política de saúde brasileira, entre o projeto da Reforma Sanitária que defende o caráter público e universal da saúde e o projeto do capital (setor privado) que considera a saúde como mercadoria e fonte de lucro, a sociedade brasileira deve ficar atenta aos processos de privatização mascarados que estão postos na realidade atual. Em nome da “modernização” e “desburocratização” da gestão está em andamento a flexibilização da gestão e do trabalho através dos “novos modelos de gestão” que, na realidade, privatizam o SUS.

Aqui cabe afirmar que os problemas enfrentados pelo SUS hoje não estão centrados no seu modelo de gestão, pelo contrário, a não viabilização dos meios necessários à efetivação do modelo de gestão já assegurado na sua legislação - descentralizado, com uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços; com acesso universal e com integralidade da atenção à saúde; com financiamento tripartite; e com controle social - é que se constitui o problema a ser enfrentado.

Outra questão central, em relação à privatização, é a tendência crescente da alocação do fundo público da saúde na rede privada conveniada. Tendência que tem se dado por dentro do SUS através da compra de serviços privados pela rede pública por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos nos próprios serviços públicos estatais, estruturando-os, qualificando-os, ampliando-os.

As resistências ao processo de privatização do SUS estão se constituindo e precisam ser fortalecidas. Esta é uma luta decisiva para que o SUS não seja desmontado e destruído. Deve-se defender a efe-

tivação do SUS como parte de um projeto de sociedade em que todos tenham igualmente condições de vida digna, dentro do entendimento do conceito amplo de saúde (Lei 8.080, Art. 3).

Em tempos de pressão para a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, a qual prevê a ampliação do montante de recursos para o SUS, é necessário que a sociedade e os movimentos sociais fiquem atentos para que o destino destes novos recursos não seja o setor privado e sim a ampliação dos serviços públicos estatais.

Notas

72 Denominadas contrarreformas pelo seu caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora. Na realidade, são as contrarreformas do Estado exigidas pelos programas de ajustes macroeconômicos propugnados pelos agentes financeiros internacionais. Behring (2003) utiliza este termo para tratar do processo de “desestruturação do Estado e perda de direitos” no Brasil a partir da década de 90.

73 O capital buscou o enfrentamento da crise, a partir da segunda metade da década de 70, via reestruturação produtiva baseada no aprofundamento da liberdade do mercado, com um novo padrão de acumulação flexível e destruição dos direitos sociais e trabalhistas, até então conquistados. Sader (1999, p.126) vai chamar esse tipo de Estado de Estado mini-max, ou seja, máximo para o capital - através de subsídios, créditos, perdão de dívidas, investimentos e obras de infra-estrutura dirigidos a apoiar a acumulação privada, e políticas econômicas e financeiras com conotação de classe evidente -, e mínimo para o trabalho, através do corte de gastos sociais, da precarização das políticas públicas, do congelamento dos salários do funcionalismo público, entre outras medidas (Correia, 2007).

74 Destaca-se que a contrarreforma na área da saúde empreendida pelos governos brasileiros tem se dado em consonância com as orientações do Banco Mundial (BM) explicitadas em seus documentos produzidos especialmente para o Brasil. O documento do BM, de 1995, que sintetiza a proposta de reforma para o setor saúde brasileiro - “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90” - foi incorporado pelo documento elaborado em conjunto pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado - “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS” (Correia, 2010).

75 Caderno do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), sob o nº 13, com o título “A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde”, publicado em 1998, dentro de uma série de 17 publicações do MARE.

76 O Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, que tramita no Congresso Nacional, cria Fundações com personalidade jurídica de direito privado, para desenvolverem atividades nas áreas da educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, esporte, comunicação social, entre outras.

77 Professora da UFRJ e Juíza da 7ª Vara Federal/RJ, exposição em 10/03/2008.

78 PAC Saúde – Mais Saúde – Direito de Todos / Portal do Ministério da Saúde.

79 Uma ação civil pública, ajuizada pelo Ministério Público Federal (MPF), em janeiro de 2009, tem como réus o próprio hospital, a União, Estado e o município de Porto Alegre, solicita que o HCPA realize 100% de seus atendimentos via SUS.

80 O gasto Público em Saúde no Brasil, em 2009, foi de 127 bilhões. O total de gasto nacional com saúde neste ano foi de 270 bilhões, sendo 64 bilhões com planos e seguros de saúde e 79 bilhões pelo desembolso direto (MS/SIOPS, 2009).

81 Uma entidade criada por empresários da construção civil ganhou da Prefeitura de São Paulo o título de OS (Organização Social) e passou a receber dinheiro público para dirigir postos de saúde municipais. Nos três anos do contrato, até 2011, o Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Secconci) receberá R\$ 46 milhões da prefeitura - valor suficiente para construir e equipar um hospital de médio porte. Para o Tribunal de Contas do Município, órgão que fiscaliza as contas da prefeitura, a situação é irregular (Folha de São Paulo, 12/08/2010).

82 Nas Fundações as decisões são tomadas por um Conselho Administrativo, o qual não prevê a participação social. Somente no Conselho Consultivo Social, o qual é subordinado a este primeiro Conselho, é que se refere a presença de “representantes da sociedade civil, aí incluídos os usuários e outras pessoas físicas ou jurídicas com interesse nos serviços da entidade” (MPOG, 2007 apud Granemann, 2007).

83 Folha de São Paulo, 10/08/2010. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1008201001.htm>

84 Assessoria de Comunicação Social do Ministério Público da Bahia/ASCOM/MP, 08/01/2010. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/visualizar.asp?cont=2035>

85 Folha de São Paulo, 10/08/2010. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1008201001.htm>

86 Ver apanhado das irregularidades e desvios dos recursos públicos nas OSs existentes, no documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, elaborado pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

87 Rede Brasil Atual, 04/08/2010. Disponível em:

<http://www.redebrasilatual.com.br/temas/politica/2010/08/terceirizacao-e-o-autorreco->

nhecimento-da-incapacidade-de-gestao-diz-pesquisador/

88 Vi o Mundo, 21/06/2011. Disponível em: http://www.viomundo.com.br/denuncias/hospitais-publicos-de-sp-gerenciados-por-oss-a-maioria-no-vermelho.html?utm_source=twitterfeed&utm_medium=facebook

89 ABEPS, ANDES, ASFOC, Central de Movimentos Populares, CFESS, CSP-CONLUTAS, CTB, Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem, FASUBRA, FENASPS, FENTAS, Fórum Nacional de Residentes, Intersindical, MST, Seminário Livre pela Saúde, os Fóruns de Saúde já existentes (Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Londrina, Rio Grande do Norte, Distrito Federal e Ceará), os setoriais e/ou núcleos dos partidos políticos (PSOL, PCB, PSTU, PT), Consulta Popular e projetos universitários.

90 Para assinar o Abaixo-Assinado on-line pela procedência da ADI 1.923/98, basta acessar: <http://www.abaixoassinado.org/assinaturas/assinar/6184> Para uma entidade assinar a Carta aos Ministros do STF, basta se comuni-

car por e-mail para fopspr@yahoo.com.br

91 Em novembro de 2010, no Rio de Janeiro, foi realizado um seminário nacional “20 anos de SUS, lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública e estatal”. O II Seminário Nacional da Frente foi realizado em São Paulo, nos dias 09 e 10 de junho de 2011.

Referências Bibliográficas

BEHRING, E. R. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

CORREIA, M. V. C. Contrarreforma na Política de Saúde Brasileira: Flexibilização da Gestão e as Fundações de Direito Privado In: COSTA, Gilmaisa M., PRÉDES, Rosa & SOUZA, Reivan (orgs.). Crise contemporânea e Serviço Social. Maceió: EDUFAL, 2010.

_____. A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: O Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira. Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. Temporalis, Ano VII, n. 13, ABEPS, São Luiz, 2007.

DIAS, E. F. A Liberdade (Im)Possível na Ordem do Capital: Reestruturação Produtiva e Passivização. Textos Didáticos nº 29, 2ª edição IFCH/UNICAMP, Campinas-SP, setembro de 1999.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza [et al.] Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

PIETRO, M. S. Z. di. Parcerias na Administração Pública. 2ª ed., São Paulo: Atlas, 2002.

REZENDE, C. A. P. Modelos de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza [et al.] Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

SADER, Emir. Estado e Democracia: os dilemas do socialismo na virada de século. In: SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.). Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia? Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

2.3 Fundações Estatais: projeto de estado do capital⁹²

Sara Granemann⁹³

Apresentação

Desde a contrarreforma do Estado brasileiro realizada sob a gerência de Bresser Pereira no governo de Fernando Henrique Cardoso, não havia sido difundido projeto de contra-reforma do Estado com pretensões tão abrangentes como o recentemente divulgado pelo governo Lula, o Projeto Fundação Estatal. Para que a autoria de idéias como esta não nos pareça originalidade ‘teórica’ de monta da burocracia acomodada em instituições de governo, convém mencionar desde logo uma pequena cronologia:

- em março de 2007, a página eletrônica brasileira do Banco Mundial divulgou um documento inédito⁹⁴ com avaliações e propostas para ‘aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto público’ do Sistema Único de Saúde (SUS); O jornal O Globo, noticiou em 25 de maio de 2007 que “o relatório do banco Mundial foi feito a pedido do Ministério da Saúde e coordenado pelo especialista-líder em saúde

do Bird no Brasil, Gerard La Forgia”.

- em matéria do jornal O Globo de 25 de março de 2007, o Ministro da Saúde José Gomes Temporão apresentou idéias muito assemelhadas ao do relatório do Banco Mundial, mas perguntado sobre as indicações feitas no documento do banco Temporão afirmou não ter lido o texto;

- no mês de maio de 2007, no sítio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão encontrava-se disponível para acesso público um conjunto de documentos sobre Fundações Estatais, que espelham conclusões similares as elaboradas pelo Banco Mundial.

Todavia, mesmo antes de o projeto de contrarreforma do Estado do governo Lula da Silva ser oficialmente divulgado por autoridades governamentais, propostas e manifestações de um grupo de pesquisadores apresentadas em eventos científicos⁹⁵ da área da saúde pareciam atuar como ‘balão-de-ensaio’ ao projeto de contrarreforma do Estado. Tais apre-

sentações, contudo tratavam da particularidade da gestão nos hospitais federais e tomavam como ponto de partida e fenômeno emblemático justificador das contra-reformas, a crise dos hospitais do Ministério de Saúde no Rio de Janeiro.

O principal documento sobre o tema em apreciação, disponível na página eletrônica do Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão, denomina-se **Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos**⁹⁶ e sobre ele teceremos a seguir algumas observações.

Na apresentação do documento o Secretário de Gestão Walter Correia da Silva informa sobre a natureza do trabalho e a época de seu início:

“[...] a SEGES deu início em 2005 a uma série de estudos e análises críticas sobre as atuais formas jurídico-institucionais da administração pública, com o objetivo de propor ajustamentos que conduzam a um arcabouço legal mais consistente e afinado com os novos paradigmas e

92 O texto original foi publicado em duas outras edições. Para esta, acrescentamos uma breve nota ao final

93 Professora Adjunta da Escola de Serviço Social da UFRJ (e-mail: sgranemann@uol.com.br).

desafios impostos à gestão pública sem, contudo, fugir dos limites estabelecidos pelo ordenamento do direito público brasileiro. Nesse contexto é que nasce o Projeto Fundação Estatal – da necessidade imperativa de, a luz das disposições constitucionais, produzir direito novo para dotar o Governo de agilidade e efetividade no atendimento das demandas sociais do País.” (MPOG;2007,01 – grifos adicionados).

Desde a apresentação vê-se o uso de argumento similar ao que fundamentou a contrarreforma estatal gerenciada por Bresser Pereira: novos paradigmas, novos desafios, agilidade e efetividade para induzir mudanças em algo que funciona de modo ruim ou insatisfatório. Mas, no caso de uma reforma do Estado, a avaliação do insatisfatório não é apenas e tão somente de caráter ‘técnico’ porque sempre atenderá as demandas da classe que a tornou uma necessidade. Dito de modo diverso, uma reforma do Estado pode operar na direção de aumentar os direitos da força de trabalho ou pode aprofundar as exigências de acumulação do capital e neste caso será uma contrarreforma do Estado por afetar os interesses e direitos da força de trabalho.

No Brasil desde o início da ditadura do grande capital e operada pelos militares o Estado tem assumido, prioritariamente, as demandas da burguesia e quando a classe trabalhadora organiza-se em fortes lutas também algumas de suas demandas são atendidas quase sempre como direitos sociais e trabalhistas, como ocorreu com o SUS na Constituição Federal de 1988. Todavia, quando o capital imprime sua lógica para a totalidade da vida social também o Estado tem de ser contra-reformado para que as instituições e as políticas sociais que garantem os direitos dos trabalhadores se transmutem em negócios que promoverão lucratividade para o capital.

O projeto das Fundações Estatais menciona seu objetivo de regulamentar a Emenda Constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998, conhecida como a emenda da contrarreforma do Estado brasileiro, realizada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso. A Emenda Constitucional nº 19/98, em seu artigo 26, conforme o invocam os autores do Projeto Fundação Estatal, definiu que as entidades de administração indireta deveriam rever seus estatutos quanto à natureza jurídica em

razão de sua finalidade e de sua competência. A ‘necessidade’ de regulamentação deste artigo oportunizou ao governo e seus aliados a ‘brecha’ para a realização das contra-reformas do Estado de interesse do capital, sob a forma de fundações estatais.

As Fundações Estatais Privatizam as Políticas Sociais

Se a crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro fosse mesmo a preocupação central que move o governo dever-se-ia indagar pela razão de a proposta de fundações estatais ter a abrangência indicada por seus formuladores:

“O Poder Público poderá instituir fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado para o desenvolvimento de atividades que não tenham fins lucrativos, não sejam exclusivas do Estado e não exijam o exercício do poder de autoridade, em áreas como a educação, assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, turismo, comunicação e previdência complementar do servidor público, para os efeitos do art. 40, §§ 14 e 15 da Constituição.” (MPOG; 2007, 09)

A definição das áreas de atuação permite algumas cristalinhas conclusões sobre a natureza deste projeto de fundações estatais:

1. é um projeto de contrarreforma do Estado brasileiro no âmbito das políticas sociais; isto é, no âmbito das ações estatais que respondem aos direitos e demandas da força de trabalho ocupada e excedente e incidem sobre as condições de vida gerais da população, especialmente aquelas das camadas sociais mais empobrecida;

2. além das áreas de políticas sociais também as ações e as políticas de cultura e de conhecimento, bases republicanas de primeira importância para o cultivo da soberania das nações, tornam-se espaços de atuação das fundações estatais;

3. é uma complementação das ações privatizantes que os diferentes governos (Collor, Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso) desenvolveram no Brasil desde a abertura dos anos 1990 aos dias de hoje com Lula da Silva, no sentido de viabilizar e impulsionar a acumulação do capital no país.

A contrarreforma estatal que permitiu à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, ao definir de modo rebaixado o que são as atividades exclusivas do Estado - ação que permitiu a entrega das estatais ao mercado pela via das privatizações - tem no Projeto Fundação Estatal um estágio aprofundado da transformação do Estado em mínimo para o trabalho e máximo para o capital.

A noção de que as políticas sociais podem ser desenvolvidas nos moldes análogos aos serviços privados leva os formuladores do Projeto Fundações Estatais a justificarem a constituição de fundações estatais em

“setores em que cumpre ao Estado atuar de forma concorrente com a livre iniciativa, exercendo atividades que, embora consideradas de relevância para o interesse público, não lhe sejam exclusivas, necessitando para isso, de maior autonomia e flexibilidade de gestão que favoreçam a eficácia e a eficiência da ação governamental”. (MPOG; 2007, 10)

O fetiche do mercado atinge o seu ápice quando ao Estado se quer reservar o papel de concorrente dos serviços privados e se elige a lógica empresarial – convém, lembrarmos, é a do lucro! – para definir eficácia e eficiência na ação estatal que, na consecução de políticas sociais, opera com lógica inteiramente diversa ao da empresa privada. As políticas sociais procuram viabilizar o bem-estar da maioria que não pode encontra-lo no mercado porque ali somente alguns poderão ter o lucro e a ‘proteção social’ como mercadoria na forma de serviços privados de educação, saúde, previdência, lazer, etc. Aos que vendem e aos que sequer conseguem vender sua força de trabalho por não encontrarem empregos, a única proteção social é aquela oriunda da ação do Estado pela via das políticas sociais.

Ao subverter a forma institucional do Estado o mito Fundação Estatal absorve a ‘ossatura’ material dos interesses do mercado porque ideologicamente afirma a indiferenciação entre o público e o privado e ao enfatizar a gestão e hipertrofiar o lugar da técnica sobre a política faz a política do capital. O gerencialismo reivindicado amputa e despolitiza as relações de classe presentes nas políticas sociais.

O fetiche da iniciativa privada aplicada ao Estado tem o ‘mérito’ de ocultar a

essência dos processos que o Estado do capital deseja legitimar: ao tentar prender-nos à forma desviamos-nos do fundamental, do essencial. A forma é a fundação estatal, o conteúdo é a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores. As fundações estatais são formas atualizadas⁹⁷ das parcerias público-privadas, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), das Organizações Sociais (OS), das Fundações de Apoio e de numerosas outras tentativas que sempre tentam repetir o mesmo – privatizar – sob emblema diverso para que a resistência dos trabalhadores seja vencida. O essencial é que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que as denominamos privatização.

As Fundações Estatais prejudicam os Trabalhadores

Já se viu que o Projeto Fundação Estatal é um projeto que ao reduzir a ação do Estado para o trabalho o amplia como horizonte de atuação do capital. Entretanto, ele é diretamente prejudicial aos trabalhadores sob três diferentes modos:

1. A forma de contratação da força de trabalho empregada nas fundações estatais será a do regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e a seleção será por concurso público precedida de edital publicado em Diário Oficial. O argumento do Concurso Público faz parecer que as regras de contratação continuarão a ser diferenciadas e mais difíceis do que as vigentes no mercado. Assim, parece-nos que as tão louvadas ‘regras do mercado’ aplicam-se às obrigações para a força de trabalho, mas não aos seus direitos; isto é, os trabalhadores serão submetidos à concurso sem que tenham a estabilidade no trabalho. Pela CLT poder de contratar é poder de demitir. Para exemplificar o alcance da amputação do Estado, veja-se o argumento justificador da alteração do contrato da força de trabalho:

“Vale lembrar que os regimes estatutários, caracterizados pela estruturação em carreiras está voltado para a promoção dos valores de governança, especialmente daqueles que

a sociedade considera importantes para os agentes responsáveis pela aplicação da lei ou realização da vontade coletiva. (...) Por outro lado, nas áreas em que atua de forma concorrente com a iniciativa privada, é indispensável que o Estado possa aplicar o regime de emprego celetista, mais flexível e aberto à inovação e à especialidade, atributos essenciais a quem atua em ambiente concorrencial e precisa garantir a qualidade dos serviços e a incorporação de novas tecnologias geradas para o setor. O conceito de postos profissionais, remunerados com base nos valores praticados no mercado, concede maior eficácia e eficiência gerencial a essas organizações, além da possibilidade de cooptação e manutenção de quadros qualificados de profissionais”. (MPOG; 2007, 17)

Em troca da perda da estabilidade o argumento sugere: quando a ação é executada pelo Estado é dispensável a qualidade de serviços e a incorporação de tecnologias, pois estes são atributos necessários ao mundo concorrencial; também pode-se depreender do texto que o Estado em seu atual momento não mantém em seu interior quadros profissionais qualificados. Para contrabalançar as numerosas perdas imputadas à força de trabalho acena-se com a possibilidade de maiores salários para os trabalhadores empregados nas Fundações Estatais, algo que por óbvio, não poderá atingir o conjunto dos trabalhadores das Fundações Estatais.

2. Todavia, sem que este tema esteja absolutamente claro, é possível entender que a remuneração da força de trabalho subordina-se ao Contrato de Gestão que cada Fundação Estatal for capaz de estabelecer com o próprio Estado (então porque privatizar se os recursos fundamentais virão do mesmo Estado?) e com outros agentes do mercado, inclusive com aplicações financeiras⁹⁸, eufemismo para capitais que se notabilizam pela especulação com títulos públicos e em ações de empresas privadas com grande potencial de extração de mais valia.

Cada fundação estatal terá seu próprio quadro de pessoal e, por (in) consequência seu plano de carreira, emprego e salários. Esta medida atinge de modo contundente a organização da força de trabalho porque a fragmenta e a torna frágil para lutar por melhores condições de vida universalizadoras e para defender as políticas sociais

nas quais está inserida como trabalhador que presta serviço para sua própria classe. Aliada a contratação pela CLT o projeto fundação estatal é em tudo coerente com seu diagnóstico (ou será o diagnóstico do capital/BancoMundial?): o Estado é ineficaz e uma das razões centrais de suas ineficácia e ineficiência é a estabilidade da força de trabalho. Novamente aqui a forma (contrato de trabalho) oculta o conteúdo: a privatização das políticas sociais tem nos servidores públicos - no Brasil como em todo o mundo - os seus mais sérios oponentes. A resistência à privatização dos Estados não somente encontrou nos servidores públicos a defesa de seu espaço de trabalho como, principalmente, foram estes trabalhadores os que mais se opuseram às políticas de amputação dos direitos da classe conformados nas políticas sociais. A estes trabalhadores lhes foi mais fácil perceber, pela proximidade da condição de seus trabalhos – a gravidade das medidas para todos os trabalhadores. Assim, o projeto Fundação Estatal do governo Lula da Silva quer, além de privatizar os serviços sociais, destruir o potencial de crítica e oposição desta força de trabalho aos projetos do capital que seu governo implementa. A fragmentação da força de trabalho em várias fundações estatais e o contrato de trabalho estável prestam-se à repressão da organização das lutas dos trabalhadores e à domesticação – pela ameaça velada ou aberta⁹⁹ – aos preceitos dos governos do capital.

3. O Projeto Fundação Estatal é nefasto para os trabalhadores também porque as fundações estatais, por mais que na essência sejam ‘iniciativa privada’, ganham pela forma jurídica o direito de não contribuir com a formação do fundo público estatal. Veja-se:

“Amparado pela interpretação sistêmica do disposto nos arts. 150, § 2º; 150 VI, “c” e 195, § 7º da Constituição, ratificada pela doutrina e jurisprudência já firmadas sobre o tema, as fundações estatais que atuarem nas áreas sociais¹⁶ (e o campo das fundações estatais, diferentemente das empresas públicas, são serviços públicos de cunho social) gozarão de imunidade tributária sobre o patrimônio, renda ou serviços relacionados com suas finalidades essenciais e serão isentas da contribuição da seguridade social. A imunidade não abrange os rendimentos e ganhos de capital auferidos em aplicações

financeiras de renda fixa ou variável”.

O recolhimento de impostos e de contribuições para a seguridade social (previdência, assistência e saúde) objetiva a formação do fundo público, de orçamento que financiará as políticas sociais elas mesmas instrumentos que viabilizam os direitos e a proteção social da força de trabalho ocupada e excedente. Ora, as fundações estatais venderão seus serviços ao Estado e a outros agentes do mercado. De uma parte reivindicarão do Estado recursos para realizar a prestação de serviços e de outra não contribuirão para a formação do fundo público que sustenta a própria ‘política social’ executada pela fundação porque esta ao prestar serviços sociais gozará de imunidade tributária. A conclusão possível deste arranjo privatista é o da transferência de fundos públicos aos capitais particulares pela forma da contratação de serviços e pela liberação da obrigação em contribuir com a formação do fundo público.

Fundação Estatal e o Fetiche da Grande Empresa

Resta ainda a observar que o Controle Social tão caro aos princípios fundadores do Sistema Único de Saúde é substituído por conselhos moldados nas grandes empresas capitalistas, inclusive ao usar terminologias ali nascidas e aplicadas. Estas, cuja gênese e modelo emergem nos Estados Unidos, por funcionarem sob a forma de ações passaram a realizar o controle dos negócios pelos conselhos que subordinados aos proprietários das ações efetuam o ‘controle corporativo’¹⁰⁰, baseado nos interesses dos principais acionistas sobre os lucros e rumos da corporação. No centro do ‘controle’ estão os instrumentos de gestão típicos dos negócios da iniciativa privada, tais como nos informa o texto:

“O sistema de governança da fundação estatal é colegiado e composto dos seguintes órgãos de direção superior e administração (a) Conselho Curador; (b) Diretoria-Executiva, (c) Conselho Fiscal e (d) Conselho Consultivo Social.” (MPOG; 2007, 25)

No que afeta ao Projeto Fundação Estatal, somente no Conselho Consultivo Social menciona-se a presença de “representantes da sociedade civil, aí incluídos os usuários e outras pessoas físicas ou

jurídicas com interesse nos serviços da entidade”. Dado que ‘sociedade civil’ é o mais abrangente dos termos cunhados pelo liberalismo em uso em nosso país pelos últimos governos, cumpre observar este conceito cabe desde as representações do capital, da força de trabalho, das ONG e de tantas outras formas representativas de interesses privados, tem-se, então, um severo rebaixamento do que se defende no SUS como controle social. Ademais, a Proposta Fundação Estatal para o Conselho Consultivo Social subordina-o ao Conselho Curador - também denominado Administrativo - e não se pronuncia sobre sua composição numérica.

Com relação ao mais importante órgão do Projeto Fundação Estatal, o Conselho Curador ou de Administração, ele será majoritariamente composto por representantes do governo (e não do Estado), podendo com isto reproduzir e ampliar a já fácil figura de participantes de Conselhos - principalmente se a hipótese de remuneração dos conselheiros for implementada - que são cargos comissionados em geral da base aliada de governos e sem qualquer vínculo formal muito adequada aos mecanismos de corrupção e apadrinhamentos por interesses implementados por governos quando no controle do Estado. Os Conselhos de Administração podem mesmo, e temos exemplos numerosos nos governos de Fernando Henrique Cardoso e de Lula da Silva, tornar-se o centro da privatização do Estado, de defesa dos interesses do capital e instrumentos de cooptação de intelectuais, sindicalistas e de representantes dos movimentos sociais.

O espaço para a participação da força de trabalho - tanto a empregada nas fundações como a de usuários da política social - é muito restrita e - diga-se, de modo muito coerente com toda a proposta de fundações estatais - a ênfase no processo decisório das ações da fundação estatal revela o primado da ‘técnica’, como ação neutra, sobre a política.

O fetiche da gestão, da técnica autônoma dos processos sociais e das lutas sociais é a forma que embala e envolve a fundação estatal; forma ilusória para criar a relação com o mercado e de mercado nas políticas sociais.

Notas

94 O relatório pode ser encontrado na página do Banco Mundial para o Brasil (www.banco-mundial.org.br), sob o seguinte título: Governança in Brazil’s Unified Health System (SUS) - Raising the Quality of Public Spending and Resource Management Report No. 36601-BR. Brazil February 15, 2007. Uma tradução livre do título do relatório do Banco Mundial seria: “Governança do Sistema Único de Saúde no Brasil - Aumentando a Qualidade do Gasto Público e da Administração de Recursos”.

95 Ver os seguintes trabalhos acadêmicos: Gestão em Saúde: Novos Modelos de Gestão para os Institutos e Hospitais do Ministério da Saúde. Trabalho apresentado 8º Congresso da ABRASCO/ 11º Congresso Mundial de Saúde Pública. Rio de Janeiro/ Agosto de 2006, pela equipe formada por: Creuza Azevedo - ENSP; Francisco Campos Braga Neto - ENSP; José Carlos da Silva - IDISA; Lenir Santos - IDISA; Pedro Barbosa - ENSP; Victor Grabois - ENSP; Carlos Ari Sunfeld - Sunfeld Advocacia/SP e Fundações Estatais como estratégia para Novos Modelos Públicos de Gestão Hospitalar. Os autores do segundo estudo são exatamente os mesmos do primeiro documento mencionado nesta nota. Dos autores destes estudos, três deles constam da equipe de colaboração do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão que elaborou o documento de apresentação dos principais aspectos do projeto de Fundações Estatais.

96 Registre-se que em finais de junho de 2007 este documento ganhou nova capa, título e índice, mas permanece com o mesmo conteúdo de outrora. Houve apenas uma mudança na forma de o apresentar, pois que o texto é agora intitulado Projeto Fundação Estatal - Proposta para debate. Por esta razão o leitor de meu texto encontrará pequena discrepância entre as páginas que cito e as do atual documento disponível no sítio do MPOG. Mas, insisto: o conteúdo é exatamente o mesmo!

97 Os formuladores do Projeto Fundação Estatal negam a semelhança entre as fundações e as demais formas de privatização do Estado já implementadas no Brasil; entretanto, sua argumentação não ultrapassa o argumento jurídico, da forma da instituição em debate.

98 Ver MPOG; 2007, págs. 14 e 22.

99 Sobre as ameaças veladas e abertas é didático e suficiente acompanhar o ‘debate’ posto pelo governo Lula sobre greves e direito à sindicalização da força de trabalho empregada no Estado no momento de campanha salarial dos servidores públicos, quando reivindicamos aumento e reposição salariais aos nossos defasados salários e condições de vida e de trabalho.

100 Conforme tivemos oportunidade de registrar em Granemann (2006,75) a expressão ‘governança corporativa’, do inglês ‘corporate governance’, foi traduzida de modo ‘oblíquo’ para o português. A tradução da expressão é pouco reveladora do processo real no qual os fundos de pensão - a previdência privada - nos Estados Unidos definem sua ação como capitais que representam interesses corporativos - da corporação, do grupo empresarial, dos grandes proprietários de ações. A ‘tradução’

rápida para ‘governança corporativa’ oculta o conteúdo da ação dos capitais que revela na forma, fragilidade e escassa correção de sentido em relação ao termo utilizado na língua inglesa.

Referências Bibliográficas

BEHRING, E. R. Brasil em contrarreforma – desestruturação do estado e perda de direitos. São Paulo. Cortez, 2003.

GRANEMANN, S. Para uma interpretação marxista da ‘previdência privada’. Tese de doutorado. Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dezembro de 2007.

MPOG. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos. Brasília, 2007, 39 páginas. www.planejamento.gov.br/gestão

O GLOBO. Má gestão ameaça o SUS. Caderno O País. Domingo, 25 de março de 2007, p. 03.

O GLOBO. Primeiro projeto de lei de Temporão será sobre gerenciamento de hospitais. Caderno O País. Domingo, 25 de março de 2007, p. 04.

PINHEIRO, Luis Umberto. Universidade dilacerada: tragédia ou revolta? Tempo de reforma neoliberal. Salvador/Bahia. L.U. Pinheiro, 2004.

POST SCRIPTUM: 04 notas avaliativas

Em 2007 escrevemos a pequena nota *Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital*, decorridos quatro anos vemos que o pequeno texto não envelheceu; ao contrário, lamentavelmente¹⁰¹ suas hipóteses analíticas não somente foram confirmadas pelo real como o projeto de estado do capital foi aprofundado em suas nem sempre sutis formas de privatização.

Em outros estudos temos afirmado que as políticas sociais no Brasil, com a transferência do fundo público para diferentes modelos de instituições privadas, constituem formas de privatização mais difíceis – inclusive do ponto de vista ideológico – de serem desveladas. A elas chamei-as “*privatizações não clássicas*” porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão como mais e não menos estado! Estou segura de que as OSCIPS, as OS, as Fundações Estatais de Direito Privado, as Fundações de Apoio, e a EBSEH, embora diversas na aparência e na forma são em tudo similares no conteúdo e na essência e a todas devemos combater sua implementação com igual e decidida convicção.

As notas avaliativas dizem respeito, sobretudo, a uma tentativa de demonstrar em que residem as supostas diferenças:

Forma e conteúdo/ aparência e essência:

Desde a contrarreforma gerencial de Bresser Pereira realizada na segunda metade da década de 1990, as transferências do fundo público aos capitais tem buscado “criativos” caminhos para sua realização. Para as relações mais diretas com o grande capital, viabilizadas por exemplo pelo Programa de Aceleração do Crescimento/PAC, chancelada como uma importante Política Pública, a forma usual – sem descartar outras mais “tradicionalistas” - desta transferência tem sido as Parcerias Público-Privadas e os Contratos de Gestão que se realizam por meio dos modelos acima enumerados. Para as Políticas Sociais os governantes das mais diferentes filiações partidárias, notaram: para a transferência do fundo público aos capitais não seria recomendável seguir a mesma forma de “privatização clássica” porque poderia provocar reações de insatisfação popular

nas massas miseráveis e de trabalhadores que se utilizam dos serviços sociais públicos como sua única alternativa de atendimento por saúde, educação, previdência, assistência, habitação, etc. A recomendação clássica dos organismos do grande capital tem insistido no combate à miséria pela via da gestão da pobreza. Miséria não, pobreza administrável sim! A gestão da miséria e da pobreza por sua vez, deve ser lucrativa e eficiente. Lucrativa para as frações do capital geridas como prestação de serviços para o Estado pelas parcerias e contratos de gestão. Estas importantes medidas tem se constituído em não menos importantes espaços para ampliação de frentes de negócios para os capitais ‘saudáveis’ e aptos à expansão ou como solução de investimento para aqueles em crise. Eficiente porque suas medidas são instrumentos elaborados de captura da adesão dos usuários e dos trabalhadores que trabalham nestas políticas sociais: elas prometem melhores condições de vida e de trabalho para alguns sob o **argumento** de que estas condições serão extensivas para todos. ‘Vendem-nas’ com o argumento da justiça social.

Sua forma jurídica possui matizes diferenciados, mas, superada a aparência, restam absolutamente igual os seguintes fundamentos presentes em todas as propostas:

O argumento: o contrato de trabalho dos servidores públicos é privilegiado em relação aos demais trabalhadores e o vínculo estatutário impede que o estado demita os maus trabalhadores. Ademais, os trabalhadores fazem muitas greves e prejudicam – são a causa! – dos problemas de execução das políticas sociais. **A realidade:** nas duas últimas décadas no Brasil, nos chamados anos de neoliberalismo, o ataque às organizações da classe trabalhadora foram implacáveis. A reestruturação produtiva nos negócios do capital opera com a fórmula: mais trabalho potencializado pela tecnologia e mais desemprego e exploração dos trabalhadores como o quadro no qual as organizações dos trabalhadores contratados diretamente pelo capital ficaram fragilizados porque o desemprego não cessava de crescer em conjunto com as ameaças de demissão para os que lutam. Neste mesmo tempo, o aumento da exploração dos trabalhadores também atingiu aos servidores

públicos contratados pelo Estado; entretanto, este conjunto de trabalhadores por possuir contrato de trabalho estável – sua demissão não depende apenas da vontade do dono do negócio – puderam resistir de modo mais intenso aos ataques e as subtrações de direitos de toda a classe trabalhadora. As formas jurídicas propostas pela contrarreforma do Estado pretende resolver em qualquer alternativa já enumerada este que é considerado um grande problema: a organização da fração dos trabalhadores empregados pelo Estado.

O argumento: a legislação aplicada às compras estatais é muito morosa e não permite soluções ágeis no processo de provimento de serviços, equipamentos e mercadorias para a realização das políticas sociais. Precisar-se-ia 'flexibilizar' a legislação para dar celeridade aos serviços públicos. A realidade: o dono de um negócio privado faz suas compras de quem ele bem quiser e não presta contas para ninguém. Com o Estado que tem seus recursos formados pela contribuição de toda a classe trabalhadora isto não deve ser aceitável porque controles universais e públicos ajudam a evitar que os recursos de toda a classe trabalhadora sejam usados para favorecer interesses contrários aos da própria classe. Há no Estado brasileiro um conjunto de legislação que torna possível efetuar as compras necessárias para servir a população sem nenhum problema. Ademais, poder-se-ia lembrar: mesmo com toda a legislação não se tem evitado a corrupção e o desvio de volumosas somas pelos gestores de postos mais altos do Estado e há que se perguntar, oportunamente, em que isto resultaria se não ocorrer nenhum controle social?

O argumento: a política social deve ser

eficientemente dirigida aos mais necessitados (aos miseráveis e não os pobres?): aqueles que não podem pagar por ela devem ter o serviço gratuito e os demais devem contribuir e pagar pelos atendimentos nas políticas sociais. **A realidade:** a noção presente neste argumento é a de que uma política social deve ser lucrativa, uma mercadoria. Esta noção mercantil dos serviços sociais é em tudo contrária a noção de direito social que reconhece: toda a riqueza social é proveniente do trabalho social realizado pelos trabalhadores (trabalho excedente + trabalho necessário). Aos trabalhadores, tenham eles um salário com um pouco mais de dignidade, sejam aqueles totalmente aviltados ou mesmo os que jamais encontram postos de trabalho, porque constituem a classe trabalhadora devem ter direito integral aos serviços sociais. A noção de universalismo no atendimento pelas políticas sociais é aqui balizada pela de classe social. Numa perspectiva de cobrança de serviços aos diferentes trabalhadores o 'lucro' seria aplicado de modo absolutamente similar aos das empresas capitalistas: nas especulações financeiras.

O argumento: a gestão como panaceia para todos os males das políticas públicas. A decidida redução da participação dos usuários e dos trabalhadores das políticas sociais de seus processos de decisão – e controle – e sua substituição majoritária por Ministros e Secretários de Estados e de Municípios, por gestores e 'notáveis' que frequentemente nada sabem daquele serviço, recupera a lógica da gestão privada na qual os maiores interessados, os trabalhadores, dela não podem participar. **A realidade:** representantes de usuários e de trabalhadores tem sido as representações que, muitas vezes, respondem negativamente aos processos de privatização

e denunciam projetos e processos contrários aos interesses da classe trabalhadora. Trata-se aqui de substituir – pela redução de sua importância também numérica no processo decisório – aqueles que representam os trabalhadores em geral. O argumento do conhecimento técnico e da legitimidade eleitoral são utilizados para justificar a redução e a exclusão dos usuários e trabalhadores dos mecanismos de elaboração e controle da gestão. No lugar dos Conselhos de Políticas Sociais os Conselhos Administrativos, Curadores e Fiscais que operam como as empresas privadas que, como os processos de crises tem demonstrado, não podem ser – por seus interesses privados, sua falta de transparência e largas práticas de corrupção – os modelos de uma nova humanidade, de uma nova sociabilidade que se queira livre e feliz.

Por fim, embora os partidos políticos – especialmente PSDB, PMDB e PT – que tem se revezado na Presidência da República ou na condução dos Estados e Municípios, nas últimas décadas em nosso país, realizarem esforços hercúleos para demonstrar as diferenças entre as suas propostas - OS, OSCIPS, FUNDACÕES ESTATAIS PRIVADAS, etc – elas todas não passam daquilo que no senso comum se convencionou denominar 'mais do mesmo' porque se na perfumaria podem se diferenciar, na essência cumprem e são uma só coisa.

Botafogo (RJ), inverno de 2011.

Nota

101 O lamento deve-se ao desejo do analista: preferia ter errado na análise e defrontar-me com uma realidade totalmente diversa da recolhida neste estudo a ter acertado e constatar todos os dias o aprofundamento da privatização das políticas sociais.

2.4 Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil

Juliana Fiuza Cislaghi¹⁰²

O debate sobre necessidades de mudança na gestão dos hospitais universitários está amplamente relacionado a todo o processo de contrarreformas do Estado implementado em maior ou menor grau na quase totalidade dos países do mundo (Behring, 2003). A partir da década de 1970, como resposta a queda das taxas de lucro, a perspectiva neoliberal torna-se hegemônica. A correlação de forças entre capital e trabalho passa a ser amplamente vencido pelo primeiro com o fracasso das experiências do chamado “socialismo real”. Essa retomada das taxas de lucro exige uma reversão no fluxo dos fundos públicos, que passam a servir quase exclusivamente às necessidades de acumulação do capital, em particular para o capital financeiro através da dívida pública dos Estados. O Estado reduz o financiamento público de políticas sociais para os trabalhadores, reduzindo o campo dos direitos sociais. Assim, abre-se espaço para a mercantilização de todas as esferas

da vida social, que passam a ser novos espaços de valorização para o capital (Harvey, 2008). As políticas sociais passam a ser direcionadas apenas para a população mais pauperizada: pontuais, caritativas e assistencialistas. No Brasil, observamos ao desmonte das políticas de “espírito welfariano” inscritas na Constituição de 1988, substituídas por novas políticas adaptadas a esse novo contexto, marcadas pelo “trinômio privatização, focalização/seletividade e descentralização” (Behring e Boschetti, 2007). Nesse contexto é que vem se discutindo a necessidade de “reestruturação dos hospitais universitários”.

A proposta dos organismos internacionais para a contrarreforma dos hospitais universitários

Uma característica importante do processo de contrarreformas é que ele tem

ocorrido em todo o mundo em diversos graus e vem sendo orquestrado por organismos internacionais como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e a Organização Mundial da Saúde.

No Brasil, é o Banco Mundial que vem capitaneando a discussão da reestruturação dos hospitais universitários propondo-se, inclusive, ao financiamento das iniciativas de mudanças. Em março de 2010, ocorreu em Brasília um evento que reuniu o Ministério do Planejamento, da Saúde e da Educação, os gestores dos 46 hospitais universitários além do Banco Mundial e representantes da Espanha, de Portugal e dos Estados Unidos, expondo seus modelos locais. No Brasil foram considerados exemplares as experiências de São Paulo baseadas em organizações sociais e do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, que é uma empresa pública de direito privado. Nas palavras do diretor de Hospitais Universitários e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior

102 Mestre em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Professora Assistente da Faculdade de Serviço Social da UERJ (e-mail: fiuzajuliana@yahoo.com.br).

do MEC, José Rubens Rebelatto “este encontro nos indicará caminhos para o processo de reestruturação que está em curso”, referindo-se ao REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. No mesmo evento, anunciou-se o empréstimo de 756 milhões¹⁰³ para financiamento desde programa, recursos oriundos do Banco Mundial¹⁰⁴, que serão divididos entre 46 unidades hospitalares no país até 2012.

Medici (2001)¹⁰⁵ em trabalho realizado para o BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento — resume os principais diagnósticos e propostas sistematizados a partir de Seminário realizado pela OMS – Organização Mundial de Saúde em 1995 que gerou o texto “The Proper Function of Teaching Hospitals Within Health Systems”. O autor chama atenção que, então, o debate acerca da reforma nos hospitais de ensino só estaria começando, mesmo nos países desenvolvidos.

O primeiro diagnóstico apresentado é que esses hospitais seriam caros. Responsáveis por cerca de 10% dos atendimentos na maioria dos países podem ser responsáveis por desde 9% até 40% do total de gastos na área da saúde. Segundo dados da ABRAHUE, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino, a realidade brasileira em 2001 era de que 9% dos leitos, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS estariam nessas instituições. Essa realidade, porém, decorre dos altos custos da alta complexidade dos procedimentos realizados por esses hospitais. É necessário levar em consideração que esses hospitais realizaram no mesmo período 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes, 50% das neurocirurgias e 65% dos atendimentos na área de malformações craniofaciais, o que justifica seu alto custo de manutenção.

Para resolver essa questão, Médici aponta como a solução para a OMS, primeiro uma maior integração as redes locais de saúde, alegando a possibilidade de um desperdício de recursos no excesso de uso de tecnologia nesses hospitais, questão, que apesar de não comprovada, estaria de acordo com a filosofia do SUS e dos defensores da saúde pública. Da mesma forma os documentos apontam a necessidade da formação dos profissionais de saúde não se dar restritamente em hospitais de alta complexidade, o que seria responsável por uma visão e uma prática hospitalocêntrica hegemônica na

formação. Essa também é uma afirmação comum aos defensores da saúde pública e do SUS, e que pode ser resolvida da mesma forma com uma maior integração entre os hospitais universitários e a rede de saúde. É sabido, porém, que os problemas de referência e contra-referência não se restringem aos HUs e os governos muito pouco ou nada tem feito para reverter esse quadro, bastando observar que o atual carro chefe da política de saúde são as UPAS, unidades de emergência¹⁰⁶.

Esse argumento, no entanto, leva o documento da OMS à outra conclusão qual seja:

“reformular o conceito de ensino em saúde sem vinculá-lo necessariamente a existência de hospitais universitários. Neste último caso haveria abandono da idéia de HU, ainda que pudessem ser contratados hospitais terciários [...]” (2001, p.152).

Em outra passagem o autor faz mais uma vez essa afirmação dizendo que “vem crescendo rapidamente o número de hospitais e outros estabelecimentos não-universitários que exercem essas funções (de ensino). [...] HUs não são imprescindíveis. Ao contrário são cada vez mais dispensáveis” (2001, p. 153).

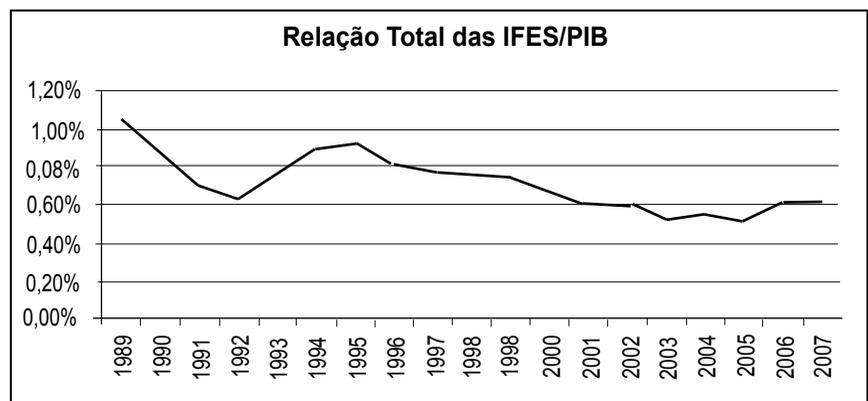
No Brasil, a Portaria Interministerial nº 1000 de 15 de abril de 2004, é a primeira que abre caminho para a extinção dos HUs, conforme existem hoje. Essa portaria passa a unificar hospitais universitários (vinculados e geridos por universidades), hospitais escola (vinculados e geridos por escolas médicas isoladas) e hospitais auxiliares de ensino (hospitais gerais que

desenvolvem atividades de treinamento em serviço, curso de graduação ou pós-graduação através de convênio com instituição do ensino superior) sob a mesma denominação: hospitais de ensino. Sua regulação e as requisições para sua certificação também passam a ser iguais. Na prática isso rebaixou o estatuto dos hospitais universitários, que na sua relação orgânica com as universidades reconhecidamente sempre garantiram melhores condições de formação com indissociabilidade entre pesquisa, ensino e extensão.

Outra medida que caminha nessa direção é a Portaria nº 4 de 29 de abril de 2008, que deu autonomia na gestão financeira aos HUs federais, criando unidades orçamentárias próprias¹⁰⁷. Esse processo, no entanto, não se trata de autonomia, palavra de conotação positiva sempre reivindicada pelo movimento organizado da comunidade universitária. Trata-se sim de uma extinção dos hospitais universitários, que passam a ser igualados a qualquer hospital que exerça atividades de ensino, favorecendo o ensino privado e abrindo portas para privatização da gestão por meio dos chamados “novos modelos”.

Médici (2001), entretanto, não acredita na extinção dos hospitais universitários devido, segundo ele, às pressões corporativas de médicos, professores universitários e funcionários do hospital, mesmo motivo que dificultaria sua inclusão em sistemas de referência e contra-referência. Mas uma vez isso se torna num argumento para uma solução contrária a defesa da saúde pública. Pois sua conclusão é que

Gráfico 1- Relação entre o orçamento total das IFES e o PIB anual de 1989 à 2007



Fonte dos dados: TCU acórdão 2731/2008 e IBGE – em preços de 2008 corrigidos pelo IGPDI. Elaboração própria.

essa dificuldade ocorre onde os hospitais são financiados pela oferta e, portanto, esses deveriam ser financiados pela demanda, ou seja, contratos de gestão e serviços diretamente pagos, o que, segundo ele, geraria competição com outras instituições. Em resumo:

“Trata-se nesse caso de desenvolver redes docentes-assistenciais não-universitárias que respondam às demandas sociais por serviços, docência e tecnologia, especialmente em atividades mais ligadas aos níveis primário e secundário de atenção” (2001, p.155).

O autor segue apresentando um diagnóstico de deterioração do atendimento tendo como razão o mau gerenciamento e aponta a necessidade de mudanças nas práticas gerenciais e de regulação contra os interesses corporativos, que poderia ser exercida pelo Estado ou pelo mercado.

Em relação ao financiamento, as conclusões do documento publicado pela OMS e expostos por Medici são de que os HUs são 12% mais caros do que hospitais não-universitários de alta tecnologia, o que é natural se além de serviços assistenciais eles também desenvolvem ensino e pesquisa. Assim, afirma que dificilmente seriam competitivos ou atrativos para seguros médicos. Mesmo assim, defende a necessidade de que se busquem fontes alternativas de financiamento em relação ao público, sendo elas a “venda ou asseguramento de serviços de alta tecnologia em saúde para o Governo, Planos de Saúde e as pessoas físicas e jurídicas” (2001, p. 154), ou seja, através da contratualização ou simplesmente da privatização dos serviços, isso sim de interesse da iniciativa privada, que não quer arcar com as necessidades “mais caras”, mas quer usufruir dos serviços de alta complexidade com qualidade a preços que garantam seus lucros. Hoje, segundo os dados do MEC, 231 dos 10.340 leitos dos HU federais estão privatizados, o que representa 2,2% do total.

Já é parte da realidade da política de saúde no Brasil que os planos privados só realizam serviços de baixa complexidade, deixando os serviços de maior complexidade e maiores custos para o setor público. Segundo Salvador (2010, p. 313):

“Na prática essa forma de atendimento é excludente, reforçando a privatização dos sistemas de saúde, pois significa dois tipos de cidadãos: “sem planos de saúde”, que depen-

dem da restrita oferta de vagas nos hospitais públicos e que terão atendimento apenas básico na rede privada; e os “com plano de saúde”, que têm seu limite de atendimento no limiar da rentabilidade econômica, ou seja, quando deixam de ser rentáveis financeiramente são encaminhados para o hospital público.” (grifo nosso)

Não são melhores as propostas para pesquisas. A primeira conclusão é de que o papel dos HUs na pesquisa em saúde vem sendo substituído por institutos de pesquisa e indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, graças à redução do seu financiamento público. Ora, essa tendência não é natural e suas conseqüências são perversas na medida em que significam a privatização e o aprisionamento em patentes de toda a pesquisa em saúde que passa a responder às necessidades do lucro e não da sociedade. A solução, segundo o autor, seria uma parceria dos HUs com essas empresas, ou seja, mais uma vez a iniciativa privada ficando com a melhor parte do bolo, se utilizando do público para seus interesses.

Problemas de gestão ou subfinanciamento?

Todo o debate atual das contrarreformas nas políticas sociais termina no embate entre duas explicações causais para a falência das políticas públicas: problemas de gestão ou de subfinanciamento público.

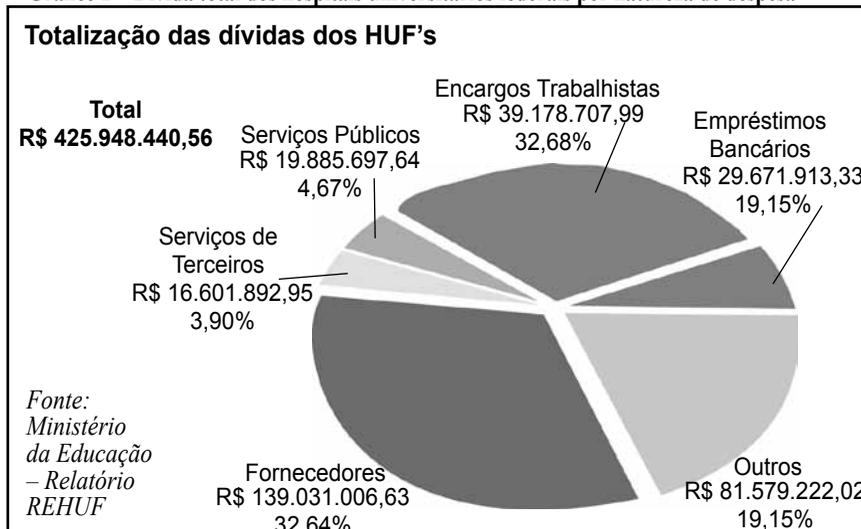
É característica do período neoliberal a redução dos recursos públicos para políticas sociais. No caso das universidades, e associadas a elas os hospitais universitários, o subfinanciamento se faz sentir

desde o governo Cardoso, seguindo no período do governo Lula. Ainda que se percebam aumentos nominais nos recursos das universidades federais, sobretudo após 2006, em relação ao crescimento do PIB a série histórica é claramente descendente e mais recentemente estagnada.

No caso específico dos hospitais universitários, a realidade demonstra, segundo os próprios dados do Relatório REHUF, que apenas os HUs federais acumulam por ano um déficit total de 30 milhões entre o que é produzido e o que é pago, problema que se origina nos valores defasados da tabela SUS, levando a uma dívida acumulada de 425 milhões de reais, mais da metade de todo recurso emprestado pelo Banco Mundial para o REHUF.

Além do déficit no pagamento dos procedimentos a falta histórica de reposição de pessoal através de concursos leva os hospitais a utilizarem a maior parte de sua verba de custeio para a contratação de pessoal terceirizado, em média 36% no ano de 2001 segundo a ABRAHUE ou até 45% dos recursos recebidos do SUS em hospitais de menor porte, segundo os dados do Relatório REHUF. Durante algum tempo essa contratação se deu via fundações de apoio ou cooperativas, sem garantia alguma de direitos aos trabalhadores e com baixíssimas remunerações, prática condenada pelo TCU. A passagem dos contratos para as universidades fez estourar mais ainda a dívida dos HUs - só na UFRJ foi de 26 milhões a dívida com pagamento dos chamados extra-quadros em 2009¹⁰⁸. A soma da dívida das universidades e das fundações de apoio encontra-se no gráfico 2. Já a situação de precarização

Gráfico 2 – Dívida total dos hospitais universitários federais por natureza de despesa



da força de trabalho nos HUs federais pode ser vista no gráfico 3.

Ou seja, os dados do Ministério da Educação comprovam que a situação da força de trabalho e o déficit na tabela de procedimentos geraram imensas dívidas nos HU federais, situação que não é diferente nos Estados e que vem sendo denunciada desde o início dos anos 2000 mesmo por associações de gestores como a ANDIFES -Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior e a ABRAHUE.

Em documento de 2008, a Comissão de Hospitais Universitários da ANDIFES afirma que:

“O governo pensa em, nos moldes do REUNI, elaborar junto com os dirigentes projeto de reforma com expansão dos HU das IFES, o que obrigará a transitar um novo modelo, o qual, na opinião do Dr. Paim [representante do MEC], seria o de Fundação Estatal. No que diz respeito a questão de pessoal (...): não se vislumbra, por parte do governo, solução via contratos de curta duração (seria necessário contratação temporária de cerca de 15000 trabalhadores, número considerado gigantesco pelo governo, que fugiria, assim do escopo da CTU – Contratação Temporária da União). Paim voltou a destacar que a solução para a questão de pessoal só virá com a adoção de novo modelo, e o governo trabalha com a idéia de Fundação Estatal.”

Na opinião dos dirigentes da ANDIFES, por sua vez, há necessidade de um novo modelo de gestão¹⁰⁹, mas não havia consenso sobre qual. Em documento de 2006, a ANDIFES aponta para possíveis caminhos:

empresa pública (o modelo do RS), autarquia, fundação estatal, organizações sociais (o modelo de SP), a oficialização das fundações de apoio através de mudanças na Lei das Fundações, transformação das atuais fundações em OSCIPs também através de mudanças legais e livre escolha, deixando claro que a maioria dos dirigentes é a favor de soluções não autárquicas.

Mesmo sendo a favor de novos modelos de gestão a ANDIFES é unânime em afirmar que:

“Fica claro que qualquer que seja o eventual modelo adotado, o mesmo só será factível com novos recursos orçamentários a serem previstos para sua implementação!”

Ou seja, mesmo para a ANDIFES o problema do financiamento é anterior ao do modelo de gestão que não pode resolver automaticamente os problemas colocados para os HUs que têm na falta de recursos financeiros e humanos a natureza principal de seus impasses, ainda que possam existir eventualmente problemas na sua gestão.

A partir da implementação do REUNI, as universidades federais passaram a ter seu financiamento não só pelo modelo incremental e por fórmulas (Matriz ANDIFES). É introduzida na universidade a lógica dos contratos de gestão.

Esse mecanismo de financiamento é originário da Reforma do Estado de Bresser Pereira, que inclui universidades e serviços de saúde, com exceção dos serviços básicos, no chamado “terceiro setor”, um setor de serviços não-exclusivos onde o Estado deve atuar ao lado das “organizações públicas não-estatais e privadas”.

Esse setor seria idealmente ocupado por propriedades públicas não-estatais, que são organizações sem fins lucrativos que, segundo o documento, apesar de não exercerem o poder de Estado estariam diretamente orientadas para o interesse público. Desse debate se origina a proposta de repassar a gestão tanto de universidades como de hospitais para organizações sociais, fundações públicas de direito privado¹¹⁰ e, mais recentemente, para empresa pública. O documento que orienta a contrarreforma do Estado de Bresser Pereira chama esse processo de “publicização”. Essas organizações público/privadas passariam a ter sua dotação orçamentária atrelada à celebração de contratos de gestão com o Estado. O objetivo seria o aumento da eficiência e da qualidade dos serviços a um custo menor.

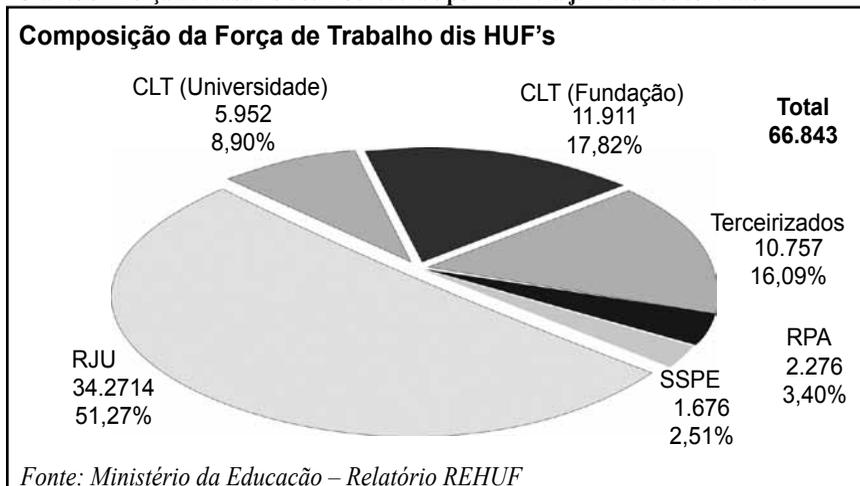
A suposta publicização, entretanto, significa exatamente seu oposto. Na verdade um processo de privatização que autonomizaria a gestão e prestação de serviços sociais do âmbito dos mecanismos de controle democrático possibilitando contratação temporária, inexistência de concursos públicos, inexistência de licitações públicas, de controle social democrático sobre gastos e recursos e de garantia da continuidade dos serviços entre outras coisas. Uma estratégia que orienta-se numa perspectiva “desuniversalizante, contributivista e não constitutiva de direito das políticas sociais” (Montano, 2008, p. 46).

O governo Cardoso chega a apresentar o documento “Etapas para a viabilização da aplicação da Lei de Organizações Sociais na recriação da Universidade Pública a ser administrada por Contrato de Gestão”. Graças à rejeição da comunidade universitária, a proposta foi, por ora, deixada de lado.

Mas durante todo o governo Cardoso a proposta de financiamento por contrato esteve presente, atrelada aos debates sobre a concepção de autonomia universitária, que substituiu a idéia de autonomia da gestão financeira pela de autonomia financeira, isto é, responsabilizando a própria universidade pela captação de seus recursos.

O debate da autonomia universitária é central para a compreensão crítica do financiamento por contratos de gestão. A legitimidade da autonomia na formação da universidade moderna é a reivindicação da independência do conhecimento face à religião e ao Estado. No Brasil, a

Gráfico 3 - Força de trabalho dos HUs federais por natureza jurídica dos contratos



universidade nunca pode exercer plenamente sua autonomia, graças às características autoritárias do Estado, que restringiam a autonomia das universidades em relação a ele (Mancebo, 2006, p. 20). As políticas de contrarreforma universitária, marcadas pela redução do financiamento, têm levado a autonomia universitária a adquirir novos contornos. O aumento da autonomia financeira (e não da gestão financeira) significa, na prática, a impossibilidade da autonomia didático-científica e administrativa colocada na Constituição. O financiamento “autônomo” precisa do mercado e do próprio governo que atrela as universidades aos seus interesses exatamente através de mecanismos como os contratos de gestão.

Segundo Amaral (2003), as iniciativas de implementação de contratos de gestão estiveram travestidas de Planos de Desenvolvimento Institucional e Contratos de Desenvolvimento Institucional, que não obtiveram apoio das IFES- Instituições Federais de Ensino Superior - no governo Cardoso. Para o autor essas ações constituiriam “uma verdadeira ‘antiautonomia’ universitária, por obrigar as instituições, mediante contrato de gestão, a cumprir determinadas metas definidas numa negociação, em que há claramente um lado mais frágil no embate com o governo: as próprias instituições” (AMARAL, 2003, 132). Só no governo Lula, com o decreto REUNI¹¹, a contratualização como mecanismo de financiamento, consegue ser implementada. Nos hospitais universitários federais, a lógica do contrato de gestão se impõe definitivamente a partir do decreto que instituiu o REHUF.

Reestruturação dos hospitais universitários federais: o REHUF

O REHUF, aos moldes do REUNI, foi decretado pelo governo federal em 27 de janeiro de 2010. Suas diretrizes são: estabelecimento de um novo mecanismo de financiamento que será progressivamente compartilhado entre MEC e Ministério da Saúde até 2012 (hoje 70% é garantido pelo MEC), melhoria dos processos de gestão, adequação da estrutura física, recuperação e modernização do quadro tecnológico, reestruturação do quadro de recursos humanos e aprimoramento das atividades através de avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias.

As medidas concretas para o alcance desses fins são extremamente vagas no decreto. O procedimento a ser adotado era a obrigatoriedade de apresentação de um Plano de Reestruturação para cada universidade que deveria conter: diagnóstico situacional das condições físicas, tecnológicas e de recursos humanos e impactos financeiros da reestruturação além de um cronograma para implementação do Plano com atividades e metas. O decreto falava ainda da necessidade de uma pactuação global de metas anuais de assistência, gestão, ensino, pesquisa e extensão entre Ministério da Educação, do Planejamento e da Saúde, gestores do SUS e hospitais universitários, de acordo com a lógica do financiamento por contrato de gestão.

“As disposições necessárias para a implementação desse decreto, bem como o cronograma do REHUF”, isto é, a regulamentação que realmente interessava, só deveria ser publicada até o final de maio, conforme apontado no artigo oitavo do decreto REHUF.

O REHUF foi regulamentado, com atraso, pela Portaria Interministerial n. 883 em 5 de julho de 2010. O disposto deve ser aplicado nos 46 HUs federais, sendo exceções o Hospital de São Paulo e o Hospital das Clínicas de Porto Alegre que, como mencionado, já têm regimes de gestão público/privados e onde só se aplicará “o que couber”, segundo a portaria. Sua regulamentação, entretanto, frustrou expectativas. A ABRAHUE, em carta manifesto em 14 de julho de 2010, protestava sobre a falta de solução para a questão dos recursos de custeio e para a contratação de pessoal.

Aonde ia o REHUF, se nos limitássemos ao decreto e a sua regulamentação, era bastante nebuloso. Mas, como já dissemos, sempre foi interesse do governo a adoção de “novos modelos de gestão” nos HUs. Por isso, a elaboração de Seminários com o Banco Mundial. Em 2008, em aguda crise dos HU o governo já tinha proposto a implementação de fundações¹², na ocasião rechaçada pelas comunidades universitárias¹³.

As brechas da regulamentação do REHUF, entretanto, só encontrariam solução em 31 de dezembro de 2010, quando o governo tira da manga a MP 520. Não há mais argumentos, então, para afirmar, como faziam alguns reitores, que o REHUF nada tinha a ver com um novo modelo de gestão.

Um novo modelo entra em cena: a empresa pública

No apagar das luzas de 2010, e antes da implementação efetiva do REHUF, o governo Lula, como uma de suas últimas ações, assinou uma medida provisória que autorizava o Poder Executivo criar a EB-SERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A “urgência” da medida foi justificada pela necessidade de resolver o impasse dos terceirizados dos hospitais universitários federais visto que o TCU declarou ilegal a situação dos 26 mil contratados precarizados e deu um prazo até 31 de dezembro de 2010 para que o governo resolvesse a situação (Acórdão 1520/ 2006). Só que essa determinação do TCU ocorreu em 2006. O governo teve quatro anos para fazer concursos públicos repondo o quadro de servidores e não o fez. Confirmava-se, então, a intenção do governo de retirar a gestão dos hospitais universitários das mãos das universidades por meio de um modelo de gestão de direito privado. Foi escolhido o modelo da empresa pública, o que não foi oficialmente acordado com a ANDIFES, que foi pega de surpresa pela MP¹⁴.

A MP 520 previa a criação de uma empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação. Apesar da questão da força de trabalho dos HUs ter sido usada como justificativa, a MP abria a possibilidade da nova empresa pública administrar quaisquer unidades hospitalares no âmbito do SUS.

A MP chegou a ser apreciada e modificada pelo Congresso Nacional. Contra a proposta da MP ficaram várias entidades representativas de trabalhadores como a Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior - ANDES e a FASUBRA, bem como reitores e Conselhos Universitários. No dia 05 de junho de 2011 em conturbada sessão do Senado Federal¹⁵, o prazo de votação da MP se encerrou, sem que ela fosse votada. Com isso restou ao governo recolocar a MP, agora como Projeto de Lei (PL 1749), o que foi feito pelo Ministério da Educação junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. O conteúdo da proposta se manteve. Algumas modificações realizadas pelo Congresso foram desconsideradas recolocando-se a proposta original quase na sua totalidade. Na próxima seção faremos uma análise, ainda que preliminar,

das implicações (perversas) trazidas pela EBSEERH, caso ela se efetive.

EBSEERH: a destruição dos princípios da Constituição de 1988 e do SUS

A primeira implicação da centralização da gestão da saúde em uma empresa pública é sua retirada do capítulo da ordem social na Constituição, passando a ser regulada pelos critérios da ordem econômica. Isto é, ainda que pública, uma empresa como tal, se gere pela finalidade do lucro¹¹⁶.

Mas se as atividades da empresa serão exclusivamente para o atendimento do SUS como obter esse lucro? Apresentaremos algumas hipóteses.

Em primeiro lugar as atividades de assistência à saúde ocorrerão no âmbito do SUS mas nada é dito sobre as atividades de ensino e pesquisa, que seguem podendo ser vendidas a entidades privadas por meio de “acordos e convênios com entidades nacionais e internacionais” uma das fontes previstas de recursos da EBSEERH no artigo 8º do PL.

Em segundo lugar o PL prevê o “ressarcimento de despesas com o atendimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde” (artigo 3º, § 3º) conforme já era previsto pela lei nº 9656 de 1998. Essa lei nunca foi devidamente regulamentada, e as cobranças nunca realizadas. No entanto nessa conjuntura, há o risco do ressarcimento ser entendido como reserva de leitos para planos, regulamentando a dupla porta. Em SP, a partir de lei criada no fim de 2010, 25% dos leitos geridos pelas OSs já podem ser vendidos aos planos¹¹⁷. Discute-se ainda a ampliação da venda de leitos no Hospital de Clínicas da USP para 12%¹¹⁸, prática também realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, gerido por empresa pública. A EBSEERH criaria assim nova fonte de recursos para além do orçamento da União.

Além das possibilidades de lucros, a criação da EBSEERH como sociedade anônima – S. A. – abre o caminho para a privatização definitiva da saúde, pela via da financeirização. Essa modalidade de empresa pública foi colocada na MP 520 e suprimida quando apreciada pela Câmara de Deputados que transformou a empresa em unipessoal, ou seja, necessariamente

de propriedade apenas do Estado, mas re-colocada na PL 1749, demonstrando que é prioridade do governo sua criação como sociedade anônima. Essa forma jurídica significa que, apesar da PL dizer que todas as ações pertencem ao governo, a qualquer momento isso possa ser alterado, abrindo seu capital para ser negociado na bolsa, como ocorre hoje com a Petrobras.¹¹⁹

Mas não se resume a lógica privatizante o retrocesso trazido à saúde brasileira pela EBSEERH. A centralização de toda gestão da saúde em uma empresa e suas subsidiárias desmonta a descentralização preconizada pela Constituição de 1988 reconstruindo um órgão burocrático nos moldes do INAMPS que poderá gerir também “instituições congêneres”, entendidas pelo PL como “instituições públicas que desenvolvam atividades de ensino e pesquisa na área da saúde e as que prestem serviços no âmbito do SUS” (artigo 6º, § 3º), ou seja unidades de saúde e hospitais universitários de nível estadual e municipal¹²⁰.

Retcede também o controle social que passa a ser exercido na EBSEERH por Conselho Consultivo, ao invés dos conselhos deliberativos do SUS, com composição paritária entre sociedade civil e Estado, sem qualquer referência a forma como será eleito¹²¹.

Para garantir a efetivação de tantos retrocessos é necessário reduzir as resistências que têm na sua vanguarda as entidades de trabalhadores do SUS e das universidades. A serviço desse objetivo está o fim da estabilidade dos trabalhadores, que passarão a ser contratados pela CLT. Não necessariamente com contratos definitivos assinados em carteira visto que “a EBSEERH poderá celebrar contratos temporários de emprego” (artigo 13º) conforme o previsto pela CLT, o que favorecerá a regulamentação da precarização, a rotatividade e a insegurança no emprego. Fica assim facilitado o avanço da privatização.

No caso dos HUs, acaba-se com a gestão pública das universidades, caminho já aberto com a separação das unidades orçamentárias em 2008, e abre-se a possibilidade do setor privado usar essas instituições para ensino e pesquisa, além dos serviços, o que já utiliza. A diferença na qualidade da formação de força de trabalho para a saúde entre o ensino público e privado, que é exatamente a existência

dos HUs, acaba, favorecendo as universidades privadas na competição pelos alunos. Mais ainda, as universidades privadas passam a poder comprar espaços de ensino para seus alunos nos HU, através de contratos com a EBSEERH, que se não são previstos também não estão proibidos pela nova legislação. Quando os atuais servidores públicos se aposentarem, os HUs não terão mais qualquer relação com a universidade, a não ser por contratos e convênios para uso dos seus serviços.

Considerações Finais

Toda a lógica de contratualização definida pelo REHUF e a lógica privada de gestão, agora materializada na EBSEERH, deriva dos pressupostos da Reforma do Estado bresseriana, que defende que serviços não-exclusivos do Estado só sejam regulados nos seus resultados, deixando sua execução para entidades público/privadas prestadoras de serviços.

O argumento ideológico que sustenta essas propostas é a ideia do mercado e não do Estado como provedor de bem-estar e de democracia. A autonomia que deriva dessa concepção significa, segundo Chauí (1999), “gerenciamento empresarial da instituição” captando recursos de outras fontes e fazendo parcerias com empresas privadas.

Junto à ideia de autonomia acompanha a de flexibilização: flexibilização de contratos e direitos trabalhistas, fim de licitações e prestações de contas, flexibilização de currículos na formação dos profissionais de acordo com os interesses do mercado, fim da pesquisa pública. Autonomia e flexibilização que constam na justificativa da criação da EBSEERH.

A terceira ideia do “léxico da reforma”, conforme apontado por Chauí, é a de qualidade. Qualidade que na verdade é produtividade medida por quantidade: ao invés de o que se produz, como se produz e para quem se produz, os critérios passam a ser quanto se produz, em quanto tempo se produz e qual o custo do que se produz.

Nesses marcos, apesar da verborragia transformista característica dos ideólogos neoliberais, o processo a que paulatinamente passam os HUs em particular, e a saúde pública em geral, tende a beneficiar, sobretudo, a iniciativa privada e, portanto, a obtenção de lucro. O governo criou

o problema e agora, vende, com seus parceiros, uma solução, que vai, porém, no sentido oposto dos anseios de usuários, estudantes e trabalhadores destas instituições. Não se tratam de soluções técnicas, mas de propostas políticas, caminhos atrelados ao lugar aonde se quer chegar.

A solução para os problemas dos HUs passa necessariamente pelo financiamento público, negado pelos governos neoliberais que direcionam os recursos do fundo público para o mercado financeiro, e pela ampliação da participação da população nos espaços de controle social podendo, dessa forma, avançar na solução dos problemas de gestão a seu favor, e de acordo com os princípios do SUS, e não a favor do mercado, como propõe o governo com suas soluções privatizantes.

Notas

103 Não é muito dado o déficit histórico de financiamento dos HUs. Para se ter idéia só a proposta do Hospital das Clínicas da UFPR para sua reestruturação nos marcos do REHUF totaliza 127,16 milhões de reais.

104 Em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15194:seminario-debate-gestao-em-hospitais-universitarios&catid=212&Itemid=86 http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15170:seminario-internacional-discute-gestao-de-hospitais-de-ensino&catid=212&Itemid=86. Consulta em outubro de 2010.

105 O autor é economista, atualmente do Banco Mundial, o que nos leva a perceber que não é coincidência a presença de tantos organismos internacionais nos debates e que suas propostas são, em larga medida, coincidentes.

106 Segundo o site do Ministério da Saúde: “as Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências.” Para aprofundar o debate crítico sobre as UPAS ver a Revista Radis da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz n. 83 em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/83/pdf/Radis-83.pdf>.

107 A reitoria da UERJ propôs recentemente ao Conselho Universitário uma política de autonomia de gestão para o seu hospital universitário. O parecer da própria diretoria jurídica da universidade compara esse processo ao mesmo que o MEC e o Ministério do Planejamento fizeram nos HU federais, demonstrando que esse processo apesar de animado pela esfera federal, está ocorrendo também em universidades públicas estaduais e municipais.

108 Para mais dados da UFRJ ver: http://www.adufjrj.org.br/observatorio/wp-content/uploads/2009/07/Na-ponta-do-lapis-UFRJ-esta-no-vermelho-15_12_09.pdf. Consulta em outubro de 2010.

ds/2009/07/Na-ponta-do-lapis-UFRJ-esta-no-vermelho-15_12_09.pdf. Consulta em outubro de 2010.

109 Em julho de 2010 em reunião com a Federação de Sindicatos de Trabalhadores em Educação das Universidades Brasileiras - FASUBRA o MEC colocou mais uma vez a necessidade de mudança dos modelos de gestão dos HUs: “Já com relação aos HUs e o REHUF o MEC coloca sua posição de apresentar um novo modelo de gestão para os HUs afirmando que a problemática da gestão destes hospitais não será resolvida se não se pensar numa nova forma de gestão. (...) A FASUBRA, mais uma vez, expôs sua posição de que entende que não é a mudança do modelo jurídico que vai resolver a situação dos HUs e salientou a necessidade de ampliar recursos para financiamento na lógica da sua manutenção nas Universidades, no cumprimento do seu princípio indissociável do ensino, da pesquisa e da extensão, articulado à assistência na rede do SUS.” Em: <http://www.sindifes.org.br/sindifes/noticia.php?id=366>. Consulta em outubro de 2010.

110 Segundo Behring (2008, 170): “Há poucas diferenças entre as fundações estatais e as organizações sociais – um projeto que não prosperou conforme as expectativas, mas que engendrou importantes transferências patrimoniais ao setor privado: as fundações fazem parte da administração indireta, enquanto as OS são instituições públicas que se transformaram em privadas, de forma que não precisam se guiar pelo parâmetros do direito administrativo mínimo – concurso público e a lei de licitações – por exemplo. O mix público/privado é maior no caso das fundações estatais – propriedade pública de direito privado”.

111 Em abril de 2007, o Ministério da Educação do governo Lula da Silva instituiu o decreto 6.096 que criava o REUNI, Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais. O Programa promete concursos públicos para pessoal e aportes de custeio e investimento em troca do cumprimento de duas metas: a elevação das taxas de conclusão da graduação para 90% e o aumento da relação entre docentes e estudantes, que atualmente gira em torno de 1 para 14, para 1 para 18. Seu financiamento, assim como no REHUF, se dá por contrato de gestão entre as universidades e o MEC fixando metas locais dentro dos parâmetros gerais. Diferente do REHUF, porém, o REUNI pressupunha uma adesão “voluntária” das universidades ao programa. Sem aderir, entretanto, as universidades não teriam recursos disponibilizados.

112 No próprio Projeto de Lei das Fundações Estatais, PL 92, os hospitais universitários ocupam lugar de destaque. No primeiro artigo, os parágrafos 1º e 2º deixam claro que “compreendem-se na área de saúde também os hospitais universitários” e que estes devem garantir suas atividades de ensino e pesquisa. Já no artigo 4º, §2º, permite-se a celebração de contrato ou termos de cooperação técnica com o setor privado na área de ensino e pesquisa para fundações que tiverem por finalidade a

prestação de serviços públicos de caráter universal, parágrafo também redigido especialmente para os HUs.

113 Ver jornal da ADUFJR em: http://www.adufjrj.org.br/observatorio/wp-content/uploads/2009/07/MEC-gera-crise-no-HU-10_6_08.pdf. Consulta em outubro de 2010.

114 A Andifes só tirou posição coletiva sobre a MP520 em conselho realizado em 24 de fevereiro de 2011 que resultou na nota “Os hospitais das universidades federais e a MP 520” onde não se opõe frontalmente a MP 520 mas reafirma a necessidade preliminar de resolver os déficits orçamentários e realizar concursos públicos para repor pessoal, além de defender a continuidade do REHUF e a preservação dos vínculos entre HUs e universidades.

115 Ver em: <http://cspconlutas.org.br/2011/06/governo-sofre-derrota-no-senado-e-mp-520-perde-validade/> e

116 A MP 520 emendada no Congresso Nacional deixava isso muito evidente quando no parágrafo único do artigo 8º afirmava que seu lucro líquido deveria ser reinvestido em seu objeto social, parágrafo que sumiu no texto mais recente da PL 1749.

117 http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,014856932-EI7896,0_SP+aprovados+leitos+publicos+para+planos+de+saude.html

118 http://www.diariosp.com.br/_conteudo/2011/05/71881-leitos+do+hc+para+os+convenios.html

119 Essa possibilidade também foi levantada na consultoria jurídica solicitada pela ASU-FSM – Associação de Servidores da Universidade Federal de Santa Maria.

120 Na proposta de MP votada pelo Congresso os Estados poderiam criar suas empresas próprias. O PL recentraliza a gestão na EBSEERH e nas suas subsidiárias.

121 A Câmara de Deputados inseriu alguns parâmetros para composição do Conselho na MP 520 que foram desconsiderados no PL. Ainda que a proposta da Câmara tenha sido questionada pelas entidades representativas dos trabalhadores como a Fasubra, sua pre-ocupação evidencia a lacuna da proposta do governo.

Referências Bibliográficas

AMARAL, Nelson Cardoso. Financiamento da educação superior: Estado x mercado. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Trabalho e seguridade social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In: BEHRING, Elaine Rossetti; ALMEIDA Maria (orgs). Trabalho e Seguridade Social. São Paulo: Cortez, 2008. p. 152-74.

_____. & BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. São

Paulo: Cortez, 2006.

CHAUÍ, Marilena. A universidade operacional. Folha de São Paulo em 9 de maio de 1999.

CISLAGHI, Juliana Fiúza. MP 520/2010: golpe na saúde pública e na democracia. Em: <http://pelasauade.blogspot.com/2011/01/mp-5202010-golpe-na-saude-publica-e-na.html> Consulta em 13 de julho de 2011.

HARVEY, David. Neoliberalismo: história e implicações. São Paulo: Loyola, 2008.

MACHADO, Sérgio Pinto et KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários brasileiros. Em www.scielo.br .Consulta em 12 de abril de 2010.

MANCIBO, Deise. Autonomia Universitária: breve história e redefinições atuais. In: Revista Advir. Rio de Janeiro: ASDUERJ, 2006.

MÉDICI, A.C. Hospitais Universitários: presente, passado e futuro. Em www.scielo.br. Consulta em 12 de abril de 2010

MONTAÑO, Carlos. Terceiro setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2008. 5ª Ed.

SALVADOR, Evilásio. Fundo público e seguridade social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2010.

Documentos e legislação consultados:

Contratos de gestão – Documento da ANDIFES. Em www.andifes.org.br. Consulta em 12 de abril de 2010.

Formas institucionais existentes no Regime Jurídico de Direito Privado - Documento da ANDIFES. Em www.andifes.org.br. Consulta em 12 de abril de 2010.

ANDIFES – Comissão de Hospitais Universitários: Relatório Preliminar de agosto e setembro de 2008. Em www.andifes.org.br. Consulta em 12 de abril de 2010.

ANDIFES - Ofício Andifes nº 228 / 2010 Brasília, 4 de julho de 2010. Em <http://www.sintufsc.ufsc.br/wordpress/?p=4149>. Consulta em 29 de outubro de 2010.

ANDIFES – Os hospitais das universidades federais e a MP 520. <http://www.hulw.ufpb.br/node/373> Consulta em 13 de julho de 2011.

ABRAHUE – Hospitais universitários e de ensino no Brasil: desafios e soluções. Em www.abrahue.org.br. Consulta em 12 de abril de 2010.

ABRAHUE – Carta manifesto dos hospitais universitários federais. <http://www.abrahue.org.br/espaco.php> Consulta em 13 de julho de 2011.

Relatório REHUF – MEC em www.mec.gov.br. Consulta em maio de 2009.

UFPR - Plano de Reestruturação do Hospital das Clínicas UFPR – REHUF, 2010.

BRASIL. Plano Diretor da Reforma do Estado. Brasília, 1995.

Portaria Interministerial MEC/MS nº1000 de 15 de abril de 2004.

Portaria Interministerial MEC/MS nº1005 de 27 de maio de 2004.

Projeto de Lei nº 92 de 2007.

Portaria Interministerial MEC/MPLAN nº 4 de 29 de abril de 2008.

Consulta Jurídica sobre Minuta da Reitoria da UERJ de 02 de dezembro de 2009.

Decreto nº 7082 de 27 de janeiro de 2010.

Portaria Interministerial nº 883 de 5 de julho de 2010

Medida Provisória nº 520 de 2010

Medida Provisória nº 520-B de 2010 - Projeto de Lei de Conversão nº 14 de 2011.

Projeto de Lei nº 1749 de 2011.

Agenda para a saúde: principais desafios



Projeto Políticas Públicas de Saúde

PARLAMENTO. Pressão popular contra a lei que privatiza a Saúde Pública em votação na Assembleia

3.1 Documento: “contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil”

Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)

O presente documento foi elaborado pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde formada por Fóruns de Saúde de diversos estados, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, projetos universitários e várias entidades de âmbito nacional¹²². Tem como objetivo apresentar aos Ministros do Supremo Tribunal Federal fatos ocorridos, nos estados e municípios brasileiros que já implantaram as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) como modelo de gestão dos serviços públicos na área da saúde, que têm trazido prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário. Frente a tais fatos, não existem argumen-

tos capazes de sustentar a defesa jurídica ou econômica das Organizações Sociais, principalmente na gestão dos serviços de saúde. Eles atestam a necessidade dos Ministros do Supremo Tribunal Federal julgarem procedentes os pedidos de inconstitucionalidade formulados no âmbito da ADI 1.923/98.

Os fatos aqui elencados foram baseados em depoimentos de usuários e trabalhadores dos serviços das OSs e em pesquisa na imprensa que noticia a realidade desses serviços, a situação dos trabalhadores e as diversas fraudes que envolveram vultosos recursos públicos, em prejuízo da Administração Pública. Fatos existentes nas OSs implantadas que demonstram que estas têm trazido prejuízo ao erário, aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos trabalhadores:

As OSs têm trazido prejuízo ao Erário

As fraudes que envolvem recursos públicos resultam na violação frontal ao princípio da Moralidade na Administra-

ção Pública. A Lei 6.937/98 que cria as Organizações Sociais garante a essas a aquisição de bens e serviços sem a emissão de licitações e as mesmas não necessitam prestar contas a órgãos internos e externos da administração pública, porque essas são atribuições do “Conselho Administrativo” gerido da forma que as OSs acharem cabíveis. Isto tem aberto precedentes para o desvio do erário. Deste modo, sem haver fiscalização, o desvio de recursos públicos tem ocorrido de forma mais intensa nos estados e municípios em que esse modelo de gestão já foi implantado.

Na capital de São Paulo, a Polícia Federal, a Controladoria Geral da União, a Receita Federal e o Ministério Público fizeram uma operação contra o desvio de recursos públicos “[...] A parceria do poder público com organizações sociais que prestam serviços em áreas consideradas ‘socialmente sensíveis’, como a saúde, a educação, a profissionalização e a assistência social é prevista por lei federal. Segundo a Polícia Federal a organização investigada faturou mais de R\$ 1 bilhão nos últimos cinco anos. Desse total, R\$ 300

milhões teriam sido desviados em favor de pessoas e empresas que participavam de projeto envolvendo entidade e o poder público”¹²³.

Essas fraudes ocorrem também camufladas nas compras de equipamentos, como é o caso da Organização Social Amplus que deixou de operar serviços de raios-X e ultrassonografia em 58 unidades do estado de São Paulo sem ao menos ter instalado os equipamentos exigidos no contrato de R\$ 108 milhões feito com a prefeitura. Essa OS é acusada de “fraudes trabalhistas e sonegação de ao menos R\$ 1,2 milhões, na qual a Secretaria Municipal de Saúde é considerada corresponsável.” Frisando o fato de que há “dois anos o Tribunal de Contas do Município (TCM) apontou as irregularidades, mas o contrato vigorou até o fim”¹²⁴.

Em abril de 2010, segundo a Folha de São Paulo, de 10/08/2010, “um grupo de vereadores vistoriou o hospital municipal São Luiz Gonzaga, no Jaçanã (zona norte), e descobriu que a OS Irmandade da Santa Casa de São Paulo não vinha realizando ultrassons e raios-X no hospital, apesar de receber para isso R\$ 1 milhão por ano. ‘As OSs fazem o que querem’, diz a vereadora Juliana Cardoso (PT), da Comissão de Saúde da Câmara. Segundo a Irmandade Santa Casa, o hospital do Jaçanã não tem feito todos os exames por falta de pacientes que precisem deles”¹²⁵.

Desde 2004, “a fatia do orçamento da Saúde estadual paulista destinada às OSs cresceu 202% (foi de R\$ 626,2 milhões para R\$ 1,891 bilhão em 2009). No mesmo período, o orçamento da pasta cresceu em velocidade bem menor: 93%. Presidente do TCE vê problema em modelo. Para ele, Estado não tem condições de fiscalizar o que está em contrato e menos ainda de fixar preço pelo que compra. Modelo também é criticado por entidades ligadas ao funcionalismo; secretaria diz haver controle público e defende critérios adotados [...] As entidades ligadas ao funcionalismo público também criticam o modelo: ‘Quase R\$ 2 bilhões em dinheiro público serão colocados só neste ano nas mãos de entidades privadas selecionadas ao arbítrio da secretaria. E sem passar por licitações, sem a necessária transparência do que é feito com o recurso, sem controle social’, critica o presidente do Sindicato da Saúde Pública no Estado, Benedito Augusto de Oliveira [...] As entidades contrá-

rias às OSs dizem também que o modelo prepara o terreno para a privatização dos serviços públicos. Encontram o apoio do presidente do TCE: ‘Se não é essa a intenção, o caminho está aberto para isso. Especialmente com as modificações na lei das OSs em São Paulo’, afirmou. ‘É como aconteceu nas estradas. Primeiro se suateia, depois se diz: só tem uma saída: vamos privatizar e cobrar pedágio.’ (Folha de São Paulo, 31/08/2009).¹²⁶

Uma entidade criada por empresários da construção civil ganhou da Prefeitura de São Paulo o título de OS (organização social) e passou a receber dinheiro público para dirigir postos de saúde municipais. Depois, com essa verba, a entidade contratou a empresa médica do filho de um de seus diretores para realizar as consultas em postos da Penha e de Ermelino Matarazzo (zona leste). A empresa em questão se chama Apos (Associação Paulista de Oftalmologia e Saúde). Cada oftalmologista recebe R\$ 77 por hora. O diretor da Apos é o médico Francisco Penteadado Crestana, filho de Francisco Virgílio Crestana, ex-presidente e atual conselheiro da entidade, o Seconci (Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo). Nos três anos do contrato, até 2011, o Seconci receberá R\$ 46 milhões da prefeitura - valor suficiente para construir e equipar um hospital de médio porte. Para o Tribunal de Contas do Município, órgão que fiscaliza as contas da prefeitura, a situação é irregular. Isso porque, como OS, a entidade deveria contratar e pagar diretamente os médicos que atuam nos postos de saúde, e não terceirizar esse serviço. “A prefeitura terceiriza a gestão do posto, entrega a uma OS. Depois, a OS terceiriza o atendimento, a própria atividade-fim. Essa “quarteirização” não é prevista no contrato”, diz o conselheiro do TCM Maurício Faria.¹²⁷

Hospitais entregues a Iniciativa Privada (OSs) em SP gastam mais. O preço dos produtos utilizados para prestar atendimento à população pode variar mais de 500% nos hospitais estaduais, que seguem um modelo terceirizado. Enquanto uma OSS (Organização Social de Saúde) contratada pelo governo compra um cateter por R\$ 0,45, outra entidade, com a mesma função, paga até R\$ 2,55. Diferenças grandes também são observadas quando a comparação é feita com valores calculados pela BEC (Bolsa Eletrônica de Compras), que traz exemplos de negocia-

ções feitas pelo Estado em situações que exigem pregão. Uma ampola de clindamicina – medicamento usado para tratar infecção – pode custar mais que o dobro se comprada fora do pregão. Os dados estão publicados em relatórios produzidos pela própria Secretaria de Estado da Saúde, responsável pela contratação das entidades, e referem-se às unidades hospitalares terceirizadas na Grande São Paulo. A reportagem teve acesso a seis desses documentos, com informações do período de janeiro de 2008 a junho de 2009.¹²⁸

A Prefeitura de São Paulo estuda a contratação de uma empresa para auditar as prestações de contas das OSs (organizações sociais privadas) “que recebem verba pública para dirigir hospitais e postos de saúde municipais [...] A decisão de buscar uma fiscalização externa tem origem na dificuldade enfrentada pelos auditores municipais para verificar se as OSs estão aplicando os recursos públicos adequadamente. Num relatório recente, o Tribunal de Contas do Município descreveu os auditores como ‘escasso quadro técnico’ e de trabalho ‘falho e ineficiente’. A prefeitura não diz quantos são na equipe. No ano passado, as OSs receberam cerca de R\$ 1,4 bilhão para gerenciar UBSs (postos de consulta), AMAs (postos de pronto-atendimento), hospitais, laboratórios de exames e equipes do Programa Saúde da Família. O orçamento total da secretaria foi de R\$ 5,3 bilhões. As auditorias também são dificultadas pelo fato de as OSs enviarem suas contas em folhas de papel. A empresa que for contratada terá de informatizar o sistema” (Folha de São Paulo, 10/08/2010).¹²⁹

Atualmente vem ocorrendo a venda de OSCIPS (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público-) pela internet, essas entidades não governamentais “sem fins lucrativos” vem recebendo do Ministério da Justiça uma espécie de selo de qualidade, que lhes proporciona a prestarem serviços públicos e a serem contratadas pelo governo, esse processo possibilita que hajam uma série de irregularidades envolvendo essas entidades.

Segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), é de R\$ 120 milhões o total de verba federal que não teve prestações de contas apresentadas ou ainda não analisadas de termos de parceria, instrumento de uso exclusivo das OSCIPS.¹³⁰

Segundo análise do Sistema de Gerenciamento do Orçamento Paulista (Sisgeo),

de 2006 a 2009, o Estado de São Paulo repassou para as instituições terceirizadas o equivalente à 40% de seus recursos públicos. São Paulo gasta 25% de seus recursos com essas instituições, valor que representa o que todos os estados brasileiros investem no setor privado. “Segundo levantamento do portal R7, em 2006, último ano da gestão de Geraldo Alckmin (PSDB) à frente do estado de São Paulo, o governo gastou R\$ 7,95 bilhões em terceirizações. No ano seguinte, primeiro de José Serra (PSDB) à frente do governo paulista, o valor repassado a terceiros foi de R\$ 8,53 bilhões. Nos anos seguintes, o montante continuou a crescer, chegando a R\$ 9,61 bilhões em 2008 e R\$ 10,26 bilhões em 2009.” Esse processo demonstra que os recursos públicos não estão sendo racionalizados como pretendem as OS, ao contrário, eles vêm aumentando gradativamente paralelo a precarização dos serviços oferecidos.¹³¹

Em Março de 2009, o ex-diretor adjunto da Secretaria Municipal de Saúde da capital de São Paulo, Ailton de Lima Ribeiro, foi intimado pelo TCM para se manifestar sobre irregularidades apontadas em 14 contratos firmados com OSs para a gestão de hospitais e ambulatórios, quando ele ainda era secretário adjunto de Saúde. Ailton Ribeiro foi também superintendente executivo do Hospital Regional de Santa Maria, no Distrito Federal (DF), durante a gestão de José Roberto Arruda. A administração do governador cassado firmou um contrato, sem licitação, no valor de 222 milhões de reais, com a entidade Organização Real Sociedade Espanhola de Beneficência (uma OS) para assumir a gestão do hospital. O Ministério Público do DF contestou essa parceria, por haver fortes indícios de envolvimento da entidade no pagamento de propinas e doações irregulares à campanha de Arruda em 2006.

Há ainda, a “quarteirização” dos serviços gerenciais no âmbito da PMSP - a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) Via Pública, contratada sem licitação, subcontratou a empresa espanhola Gesaworld S.A. para lhe prestar consultoria na área de saúde. Só que no site da empresa sediada em Barcelona (www.gesaworld.com) encontra-se a própria PMSP listada entre seus clientes famosos e não a OSCIP que lhe garantiu o pagamento de aproximadamente R\$ 1,5 milhão por um ano de contrato.¹³²

Os hospitais públicos geridos por OSs, em São Paulo, possuem um rombo equivalente a 147,18 milhões. Segundo pesquisas publicadas por viomundo.com.br, de 2008 a 2010, foi comprovado que os hospitais terceirizados, geridos por OS, custaram aos cofres públicos de SP mais de 50% do que os hospitais administrados diretamente pelo setor público. “O Viomundo também revelou que, de 2006 a 2009, os gastos com as OSs saltaram de R\$ 910 milhões para R\$ 1,96 bilhão. Uma subida de 114%. No mesmo período, o orçamento do estado cresceu 47%. Ou seja, as despesas do estado de São Paulo com a terceirização da saúde cresceram mais que o dobro do aumento do orçamento público.”

São Paulo já possui 34 hospitais públicos geridos por OS. Até o início de 2010, 22 desses tinham apresentado o balanço referente ao patrimônio. Apenas 4 hospitais estão com saldo positivo, enquanto 18 apresentaram saldo negativo do patrimônio, ou seja, 80% desses estão “no vermelho”. Esse déficit atinge também os equipamentos presentes nessas instituições. “Dos 58 hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidades - AMEs e serviços de diagnóstico do estado de São Paulo geridos OSS por contrato de gestão, 41 tiveram déficit em 2010, segundo o relatório das OSS publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, em abril de 2011. O que representa 70%.”¹³³

No estado da Bahia os Ministérios Públicos Estadual (MP-BA) e Federal (MPF-BA), representados pela promotora de Justiça Rita Tourinho e pela procuradora da República Juliana Moraes, ajuizaram três ações civis públicas que denunciaram atos de improbidade administrativa cometidos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, entre 2001 e 2004, durante a gestão da ex-secretária de Saúde Aldely Rocha, que resultaram aos cofres públicos em um prejuízo de cerca de R\$ 11 milhões. Resultado de mais de dois anos de investigações as três ações têm, dentre outros réus, a ex-secretária Aldely Rocha, a Real Sociedade Espanhola de Beneficência (RSEB), o Hospital Evangélico da Bahia (HEB) e a Gestmed Gestão e Serviços de Saúde Ltda.

A Secretaria Municipal de Saúde da Bahia e a RSEB estão sob investigação pela denúncia feita pelos MP's em 2009, com relação aos “vícios encontrados na execução de um contrato firmado

pela SMS e RSEB para terceirização dos Programas Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com prejuízo estimado em R\$ 40 milhões”; e, mais recentemente, “pela terceirização ilegal do Programa de Epidemiologia e Controle de Doenças, que teria sido instituído com o objetivo de reorientar práticas assistenciais básicas, dentre elas as ações de prevenção à dengue; não tem amparo jurídico tanto em razão da natureza do programa – trata-se de atividade própria do Estado – quanto pela sua delegação a terceiros”.

- Já “a ação contra o Hospital Evangélico denuncia irregularidades na execução do Contrato nº 76/2004, firmado em 15 de outubro de 2004, para a gestão do 12º Centro de Saúde Alfredo Bureau. Auditoria efetivada pela SMS em 2005 observou o descumprimento pelo HEB de várias obrigações contratuais por ele assumidas, dentre elas quantitativo de profissionais da saúde inferior ao previsto”. Entre outubro e dezembro de 2004, o Hospital Evangélico recebeu R\$ 2.655.000,00, quantia correspondente à implantação da estrutura do centro de saúde, sem que fossem ao menos efetivamente comprovadas.

- Por fim, “os Ministérios Públicos estadual e federal ajuizaram, ainda, uma ação civil pública denunciando pagamentos indevidos efetuados pela Secretaria de Saúde para a Gestmed Gestão e Serviços de Saúde Ltda; que apontam irregularidades e superfaturamento no Contrato nº 15/2003, firmado pela SMS com a Gestmed”, que tinha como objetivo a contratação de serviços de co-gestão técnico-administrativa de saúde “para realização de atendimento ambulatorial e pronto-atendimento universais e gratuitos à população, a serem prestados no Centro de Saúde de Pernambuco”¹³⁴.

No Rio Grande do Norte, a OS IPAS - Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde (Ipas), que foi contratada para operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados na Unidade de Pronto Atendimento - Upa Ruy Pereira dos Santos, está sendo alvo de inquérito civil do Ministério Público Estadual (MPE/RN) e por movimentos sociais, como o Conselho Municipal de Saúde e o Sindicato dos Servidores Públicos do Município de Natal (Sinse-nat). O MP instaurou inquérito civil para investigar o contrato. Em nota oficial, o promotor do Patrimônio Público, Afonso

de Ligório, antecipou que considera inconstitucional a lei municipal que autoriza a terceirização. Além disso, os movimentos sociais vão entrar na Justiça para pedir a anulação do contrato.

Os desembargadores do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, em sessão plenária, em unanimidade de votos, julgaram procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade, movida pelo Ministério Público, contra a prefeita de Natal e o presidente da Câmara Municipal, para declarar a inconstitucionalidade do inteiro teor da Lei Municipal nº 6.108/2010, por violar a Constituição Estadual. A lei impugnada pelo MP dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, à educação, ao desenvolvimento tecnológico, ao desenvolvimento do turismo, à cultura, à preservação e proteção do meio ambiente, ou à assistência social. A Ação Direta de Inconstitucionalidade (nº ressaltou que cabe ao Estado e aos Municípios as atividades elencadas no artigo 1º da Lei nº 6.108/2010, não podendo a iniciativa privada vir a substituir o Poder Público no cumprimento de seus deveres constitucionais, mas apenas auxiliá-lo de forma subsidiária e com recursos próprios. Afirmou ainda que o diploma legal afronta os preceitos dos artigos 19, incisos II e VII, 125, 128, incisos II e III, 129 134, 135, 138, 143 144, 147 e 150, todos da Constituição Estadual, já que autoriza a transferência de atribuições próprias do Poder Público para instituições regidas pelo direito privado, bem como de recursos públicos para financiamento das atividades a serem desenvolvidas por estas instituições.¹³⁵

Este mesmo Instituto (IPAS) está sendo contratado para operacionalizar a gestão e a execução de ações e serviços de saúde prestados pelo novo hospital municipal Dr. Clodolfo Rodrigues, de Santana do Ipanema, em Alagoas. “O senador Renan Calheiros (PMDB) confirmou que os recursos que faltavam para a manutenção dos 170 leitos e Unidade de Terapia Intensiva existentes no local, no valor de R\$ 24 milhões, sendo R\$ 2 milhões ao mês, estão assegurados pelo Ministério da Saúde. O convênio foi publicado no Diário Oficial da União (27/07)”¹³⁶.

No Rio de Janeiro, do total de mais R\$ 500 milhões gastos pela Secretaria Estadual de Saúde só com medicamentos e

material médico-hospitalar para hospitais e UPAs em 2009, 13,7% correspondem a compras feitas sem licitação, sob a alegação de que eram aquisições emergenciais. Por causa disto, o governo pagou um preço mais alto pelos produtos. [...] O levantamento, feito com base em dados do Sistema Integrado de Administração Financeira Para Estados e Municípios (Siafem), por meio de notas de empenho de 2009, mostra que a secretaria dispensou a licitação em compras que somam R\$ 81.116.902. Entre os produtos que constam da lista de compras emergenciais estão um antibiótico, um anticoagulante, um analgésico e até gaze usada em curativos, todos adquiridos a preços muito acima dos normalmente cobrados no mercado. Em novembro do ano passado, a Secretaria de Saúde comprou - sem licitação - o antibiótico levofloxacino 5 miligramas, em bolsa de 100 mililitros, por R\$ 19,20 a unidade. Dois meses antes, numa concorrência pública, a prefeitura de Porto Alegre havia pagado R\$ 10,86 pelo mesmo produto. O estado do Rio pagou 77% a mais. No mesmo mês, o frasco de 10 mililitros de dipirona sódica 500 miligramas saiu a R\$ 0,90 para a Secretaria. Em junho do mesmo ano, o medicamento - na mesma apresentação - custou R\$ 0,37 para a Prefeitura de Maringá, no Paraná. [...] Enquanto o percentual de compras sem licitação da Secretaria de Saúde é de 13,7%, em outros estados a situação é bem diferente. No Paraná, segundo a Secretaria de Saúde, foram 5%. Em Pernambuco, apenas 2%. No Rio Grande do Sul, a Secretaria informou que desde 2007 não dispensa licitação em nenhuma compra de material e medicamentos. Todas as compras feitas pela Secretaria foram autorizadas pelo então subsecretário de Saúde, Cesar Romero Vianna Júnior. Ele foi exonerado depois do escândalo de superfaturamento no contrato de manutenção de carros de combate à dengue. César Romero é primo de Verônica Vianna, mulher do secretário estadual de Saúde, Sérgio Côrtes.¹³⁷

“O médico Carlos Mauricio Medina Gallego deixou a Colômbia para se tornar um empreendedor de sucesso no Rio. Além da cirurgia plástica, sua especialidade são as licitações. Desde 2003, durante o governo Cesar Maia, até 2010, já na gestão Eduardo Paes, empresas e instituições que ele representou receberam cerca de R\$ 147 milhões com contratos de prestação de serviços para a prefeitura e cole-

cionaram suspeitas de irregularidades [...] recentemente Gallego voltou suas atenções para o Programa Saúde de Família, uma das prioridades do atual governo. E no início deste ano venceu mais uma: presidindo a organização social Associação Global Soluções em Saúde, Gallego assinou um contrato de R\$ 25 milhões para gerir o programa por dois anos na área do Centro. No currículo do empresário, há uma fundação considerada ilegal pelo Ministério Público estadual, dois inquéritos abertos contra uma cooperativa de médicos que ele presidia e a suspeita de utilização de laranjas numa de suas empresas, como é o caso de um ex-vendedor de cachorros-quentes do interior de Minas Gerais.

O suposto aparelhamento de suas instituições com laranjas liga o colombiano à pequena Cataguases (MG) [...], o ambulante Helio Teixeira Amâncio aparecia como sócio da empresa Qualidade Total Operadora de Recursos Humanos, cujos contratos Gallego assinou entre novembro de 2005 e dezembro de 2008. A firma recebeu R\$ 55 milhões em cinco anos para fornecer vigilantes a unidades hospitalares do Rio. Outro sócio, Edmar Jose Messias, declarou como endereço uma comunidade de baixa renda em Cataguases. A prefeitura abriu um sindicância para apurar o caso. Na Junta Comercial, Hélio Teixeira também figura como diretor da Medicalcoop, que até o final do ano passado fornecia médicos a unidades de saúde. Em janeiro de 2009, a cooperativa foi alvo de revolta de pacientes na Zona Oeste, que sofriam com a falta de profissionais. A emergência do Hospital Lourenço Jorge, na Barra, chegou a fechar por duas horas, por falta de plantonistas no dia 26 de janeiro de 2009. O MP estadual tem dois procedimentos abertos para investigar a legalidade da contratação da cooperativa, que recebeu cerca de R\$ 89 milhões da prefeitura – de acordo com o Tribunal de Contas do Município, R\$71 milhões sem licitação. [...] Com os problemas no serviço da cooperativa, o médico Carlos Mauricio Medina Gallego passou a integrar o conselho administrativo de uma fundação. A Rômulo Arantes foi contratada no final do ano passado, sem licitação, para fornecer médicos e enfermeiros a postos de saúde. [...] A Provedoria de Fundações do MP estadual considerou a fundação irregular por não prestar contas, não fornecer

dados nem contratar auditoria há cinco anos. A prefeitura cancelou o contrato de R\$20 milhões que firmava com a instituição”.¹³⁸

“A conquista do primeiro contrato da Associação Global Soluções em Saúde aconteceu 11 meses após sua fundação. Criada em abril de 2009, seu nome apareceu no Diário Oficial de 8 de março deste ano. A entidade surgiu a partir de uma outra instituição: o Instituto Assistencial Mundo Melhor, ONG também comandada pelo médico Carlos Mauricio Medina Gallego. Então presidente do Mundo Melhor - contratado pelo município, em 2007, para implantar a estratégia do Programa Saúde de Família -, Gallego assinou a ata da reunião em que o instituto mudou de nome e de categoria. No dia 13 de abril de 2009, mantendo o mesmo CNPJ, a entidade passou a se chamar Global Saúde e se habilitou à qualificação de organização social, sem fins lucrativos. Um mês mais tarde, a Câmara dos Vereadores aprovou a lei 5.026, que dispõe sobre as organizações sociais (OS). A mudança na legislação abriu caminho para que algumas secretarias municipais, como a de Saúde, passassem a terceirizar seus serviços por intermédio de OSs - caminho aberto para mais uma vitória de Gallego. O novo acordo firmado com a prefeitura prevê que a Global desenvolva o Saúde de Família, fornecendo no mínimo 25 equipes médicas e dez de saúde bucal para Catumbi, Caju, Mangueira, Rio Comprido, Estácio, Cidade Nova e Paquetá, entre fevereiro deste ano e o mesmo mês de 2012. A Secretaria municipal de Saúde informou que a Global passou por uma avaliação e apresentou toda a documentação exigida pela Comissão de Qualificação de Organizações Sociais (Coquali), órgão ligado à Procuradoria Geral do Município e às secretarias de Fazenda e Casa Civil.”¹³⁹

- A Organização Social contratada pela prefeitura do Rio para gerenciar profissionais e executar o Programa Saúde da Família nas regiões da Tijuca, Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Irajá está sendo acusada, no Paraná, de desvio de R\$ 300 milhões nos cofres públicos. [...] Segundo investigação conjunta da Controladoria Geral da União, Ministério Público, Polícia Federal e Receita Federal, o Centro de Apoio a Profissionais (Ceap), que rendeu R\$ 1 bilhão em cinco anos, fazia parcerias com as prefeituras e desviava pelo menos 30% do valor. O

esquema teria ramificações no Paraná, São Paulo, Goiás, Maranhão e no Pará.¹⁴⁰

O Ministério Público Estadual do RJ, instaurou um inquérito para investigar denúncias sobre fraudes na aquisição de remédios e insumos para Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento – UPAs. “De acordo com o jornal ‘O Globo’, foram gastos mais de R\$ 500 milhões com medicamentos e material médico-hospitalar para hospitais e UPAs em 2009. 13,7% do montante, correspondem a compras feitas sem licitação, sob a alegação de eram aquisições emergenciais”.¹⁴¹

Essas denúncias comprovam, por si só, a existência de fraudes nas Organizações Sociais de Saúde. É fato que a dispensa de licitação garantida às OSs para compra de material e cessão de prédios abre precedentes para o desvio do erário público, havendo uma violação frontal ao princípio da Moralidade na Administração Pública.

A população tem sido prejudicada com as OSs, visto que a Lei 9.637/98 não contempla os controles próprios do regular funcionamento da Administração Pública e não se prevê sequer o Controle Social; desconsidera a deliberação do Conselho Nacional de Saúde nº 001, de 10 de março de 2005, contrária “à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS) [...]”.

No que diz respeito à falta de compromisso com a população usuária do Sistema Único de Saúde, constata-se que esta é a que mais tem sofrido com o desmonte do sistema; pois, com a privatização, se oferece um grande risco para a efetivação dos direitos sociais, ameaçando assim a quebra do que foi conquistado legalmente, fruto de lutas sociais: o direito à saúde. O sucateamento dos serviços públicos tem acelerado nos estados e municípios que implantaram as OSs, onde já se constata a quebra de acesso aos serviços de saúde.

Em São Paulo, o Programa Saúde da Família (PSF), somente em 2009, deixou de atender 700 mil pessoas. A prestação de contas apresentada pela Secretária Municipal de Saúde mostra que há 4,1 milhões de pacientes cadastrados atualmente na lista municipal; já, em 2008, haviam 4,8 milhões. Porém, a capital do estado atualmente conta com 1.184 equipes de PSF’s, enquanto em 2008 haviam 1.224.

Entretanto, segundo dados do Ministério da Saúde, o número de equipes cadastradas são ainda menores (nos registros do Governo Federal só existem 960 equipes cadastradas)¹⁴². A partir desses dados verifica-se que a agilidade não poderá ser obtida na lógica dessas OS’s; pois, o número de famílias são, visivelmente, desproporcionais ao número de equipes de PSF’s. E isto, não apenas com relação a pequena quantidade de equipes, mas também, pelas equipes estarem diminuindo ao passo em que a população vai aumentando.

Por outro lado, uma das justificativas para que os governos implantem Organizações Sociais é a de que elas darão maior agilidade nos serviços prestados à comunidade. Entretanto, os fatos demonstram o contrário quando se verifica que pacientes continuam a esperar durante mais de três horas na fila por um atendimento em hospitais e prontos-socorros na capital paulistana; onde “a demora em três prontos-socorros de hospitais gerenciados por organizações sociais chegou a ultrapassar três horas.” Exemplos concretos do descaso das OSs são os da “gestante Vilma Costa Oliveira, 31 anos, chegou às 9h no hospital de Pedreira e aguardava em pé até as 12h a decisão de transferência”. Enquanto que “no hospital do Itaim Paulista, parentes da aposentada Lindalva Bernarda Vital, 68, que tem câncer, foram obrigados a carregá-la até o atendimento por falta de uma cadeira de rodas”¹⁴³.

Os problemas trazidos com a adoção das OSs como modelo de gestão em São Paulo são constatados na avaliação de 350 mil usuários do SUS de São Paulo, efetuada pela própria Secretaria de Estado da Saúde (SES) – e cuja publicação só foi divulgada (tardamente) após esforços oriundos de várias instituições e entidades vinculadas à Saúde no Estado, além de alguns órgãos de imprensa (<http://www.saude.sp.gov.br/content/vuuecrupru.mmp>). Resumidamente, a maior parte desses cidadãos relata ausência de vacinas do calendário básico em diversas unidades de saúde da SES, analgesia durante o parto realizada com “panos quentes” e a demora absurda na realização de diversos exames complementares.¹⁴⁴

Em dezembro de 2010, o governo estadual de São Paulo aprovou na Assembleia Legislativa o projeto de lei que permite que até 25% dos atendimentos de hospitais de alta complexidade do Estado, terceirizados para Organizações So-

ciais, possam ser destinados a convênios com planos privados de saúde. Isso significa que os hospitais geridos por OSs passarão a atender usuários tanto do Sistema Único de Saúde - SUS, como também de planos de saúde privados. O Ministério Público se coloca contra esse PL e afirma que “isso aumentará as filas do SUS”. Os usuários temem que os atendimentos sejam preferenciais para aqueles usuários dos planos privados, como vem acontecendo em outras instituições que já adotaram o método, como é o caso do Instituto do Coração – Incor, pertencente ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.¹⁴⁵

Em Alagoas: No município de Santana do Ipanema, paciente acusa médico de cobrar por Raio-X no Hospital Clodolfo Rodrigues, gerido pela OS Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde (Ipas). O usuário também reclamou dos maus tratos que sofreu. Segundo Joelton Soares Melo, os funcionários do hospital se negaram a atendê-lo. “Quando cheguei, fui tratado feito um cachorro, esperei mais de 40 minutos e, durante esse tempo, nem água e remédios eles me deram [...] Quando pedi o raio-X ele [o médico] disse o seguinte: - Você vai querer um raio-X? Pois você vai ter que pagar. Aqui é assim”, relata.¹⁴⁶

Todo o exposto só vem reforçar o quanto essas Organizações vêm prejudicando a população usuária com a oferta de serviços ineficientes e sucateados, mesmo recebendo mais recursos públicos para geri-los que as unidades de saúde pública.

OS trabalhadores têm sido prejudicados com as OSs, através da eliminação de concurso público para contratação de pessoal, abrindo um precedente para o clientelismo nesta contratação, bem como para a precarização do trabalho frente à flexibilização dos vínculos, além da formação de “currais eleitorais” em diversos estados e municípios do país, suprimindo o caráter democrático do concurso público e a meritocracia.

De acordo com o Parecer aprovado na 150ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 11, 12 e 13 de janeiro de 2005, sobre as OSs: “A possibilidade de cessão de servidores públicos com ônus para a origem (órgão do Poder Público), prevista na Lei que instituiu as OSs é totalmente inconcebível à luz dos princípios mais elementares do Direito, assim como obrigá-los

à prestação de serviços a entidades privadas, quando foram concursados para trabalharem em órgãos públicos.” (página 12) “Os Servidores Públicos, cedidos às OSs, continuarão vinculados aos seus órgãos de origem, integrando um “Quadro em Extinção”, desenvolvendo atividades para o setor privado;” (Capítulo VI, item d, pág. 18) “Com as OSs e as OSCIP, vislumbram-se a implementação da terceirização de serviços públicos como regra e o fim do Concurso Público como forma democrática de acesso aos Cargos Públicos;” (Capítulo VI, item e, pág. 18), “Desprofissionalização dos Serviços, dos Servidores Públicos e desorganização do processo de trabalho em saúde;” (Capítulo VI, item f, pág. 18), e a “Flexibilização dos contratos de trabalho.” (Capítulo VI, item g, pág. 18)¹⁴⁷

Os trabalhadores estão sendo prejudicados principalmente no que diz respeito aos direitos trabalhistas e vantagens, absorvidos nos regimes jurídicos dos servidores quais sejam: Vencimentos Garantidos por lei, conforme planos de cargos e salários prescritos pela lei 8.142/90 do SUS; Taxação do recebimento de salário nunca inferior ao mínimo nacional; Garantia de isonomia salarial de acordo com nível de escolaridade, cargos semelhantes e complexidade da função.

Em São Paulo, nas OSs os trabalhadores da saúde relatam instabilidade e assédio moral: “[...] Acho que sumiu a qualidade, aquela ideia da saúde pública com um sentimento mais integral e transdisciplinar”, avalia uma enfermeira que já passou por diversas OSS na cidade de São Paulo e prefere não se identificar. “Você tem que atingir a meta, além de fazer o trabalho administrativo e ainda fazer os projetos que a OSS quer para ter mais visibilidade, como de reciclagem. Tudo isso em um tempo recorde e muito centrado em patologia. Por exemplo, a população num local pode ter o maior risco para sua saúde por uso de drogas e isso não vai importar, as metas são focadas em hipertensão, diabetes, gestantes, crianças e idosos. Os números estão muito longe da realidade”, conta. No caso da enfermeira, cuja equipe se enquadra no Programa Saúde da Família, é pedido 192 consultas e 32 visitas mensais, enquanto dos médicos que trabalham com ela são requeridas 400 consultas/mês e 42 visitas domiciliares. “Vira realmente um mercado, assim como o McDonald’s, tem o funcionário do mês,

aquele que mostrou mais números, mesmo que ele não tenha trabalhado de acordo com as necessidades da população. E se você questiona, pode ser demitido, tenho vários amigos que perderam o emprego. O assédio moral é muito grande”. Ela relata casos de racismo e pressões para que profissionais não tornassem públicos os problemas dentro da OSS para não haver um marketing negativo para a gestora.

As denúncias relatadas já haviam sido alvo de investigação em 2007, numa sub-relatoria da CPI da Saúde realizada pela Assembléia Legislativa de São Paulo. O relatório final da Comissão, de autoria do deputado estadual Hamilton Pereira (PT), afirma: “A gestão por cumprimento de metas, por processos e por produtividade utilizados nas Organizações Sociais gera uma situação de instabilidade para os trabalhadores por elas contratados ocasionando uma superexploração. [...] Outra questão grave foi o problema de ‘quarteirização’, a terceirização ou contratação de empresas por parte das OS’s, encontradas em todos os hospitais [...] Diante do quadro apurado, constata-se que o chamado ‘melhor desempenho’ dos Hospitais geridos por Organizações Sociais de Saúde pouco significam na prática. A conclusão a que se chega, na presente questão, é que o frágil controle do Estado sobre essas entidades e sobre a execução da assistência à saúde, aliada à grave precarização do trabalho nas OS’s, justifica a necessidade de um processo de reversão da gestão [...]”¹⁴⁸

Por conta da terceirização da saúde pública paulistana, o vírus da dengue encontrou um grande apoio governamental. Minimizando a atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na prevenção de diversos problemas de saúde, subestimando o fator pluviométrico e seu poder disseminador de doenças, a Prefeitura Municipal de São Paulo demitiu centenas de agentes de combate às zoonoses, essenciais para o controle da doença, prejudicando os trabalhadores da saúde e a também a própria população. Não bastasse tamanho descaso, “a responsabilidade pelo aumento de quase 4000% no número de casos de dengue na cidade é debitada na conta da população que não está à altura da arquitetura inovadora do tucanato. Sem contar os assombrosos índices de contaminação nas cidades de São José do Rio Preto e Ribeirão Preto”. Dando continuidade a esse sucateamento, Serra ainda em seu man-

dato “delegou às OSS a administração de diversas UBS, prejudicando, a inserção das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Estado de São Paulo, onde podemos encontrar um enorme vácuo no mapa brasileiro no que diz respeito à sua efetiva implementação. A saber, as equipes de ESF são inseridas tendo em vista, basicamente, o contingente populacional a ser atendido. Com base nisso, São Paulo deveria ser o Estado com maior número de equipes – justamente o contrário ao que se constata na realidade”. Contudo, muito embora essa mistura de hipocrisia e obscurantismo seja maquiada pela grande imprensa ao divulgar os feitos tucanos na área da saúde, contra ela existem fatos concretos e objetivos que precisam ser vistos e criticados pela própria população.¹⁴⁹

Em Nova Odessa, município do estado de São Paulo, “centenas de servidores públicos municipais, foram levado a erro e pediram demissão para serem contratados pelas OS's. Com o cancelamento dos contratos, eles ficaram sem emprego. Outras centenas de pessoas que foram classificadas em concursos públicos para atuarem nas áreas de saúde e educação também foram prejudicadas com a contratação de funcionários direto pela OS's [...] Um dos argumentos utilizados para a implantação do sistema de OS para gerir a saúde pública de Americana, é que irá regularizar, com a transferência para a OS, a situação dos servidores da Fusame que estão com contrato de trabalho irregular. Isto não é verdade. Pelo contrário, a transferência desses servidores para a OS irá agilizar o processo de perda de emprego, assim como ocorreu com os servidores de Nova Odessa [...] Na realidade, as organizações sociais não têm nenhuma obrigação de contratar por nenhuma das formas que a legislação propõe. Pode contratar da maneira que elas bem entenderem. Isso é um problema, pois ela contorna toda a legislação trabalhista desde os anos 30, quando conseguimos conquistar esse direito, então, estamos diante de um retrocesso de mais de 70 anos.”¹⁵⁰

No Rio de Janeiro, no apagar das luzes de 2009, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio lançou um novo pregão eletrônico para contratar mão de obra terceirizada e mudar a gestão das UPAs e demais unidades de saúde do Rio. Sob o argumento de que a administração pública é ineficiente, a solução para a atual crise aponta para a incorporação da “competência” do setor

privado e a responsabilização dos servidores públicos, como se eles tivessem o poder de mando de quem está no Executivo. A maioria desses servidores não tem qualquer influência no processo decisório. Ora, se o administrador não se sente competente, por que não renuncia ao cargo e se convocam novas eleições, abrindo espaço para pessoas com capacidade para tal? Hoje, 50% dos 10.807 médicos da rede estadual são compostos por mão de obra precária e a evasão resulta da falta de estímulo, diante de salários aviltantes e congelados há mais de 13 anos. O modelo proposto, que viola a Constituição, repete medidas fracassadas adotadas por outras gestões. O lado bom para o governo é a manutenção do congelamento dos salários dos estatutários e aposentados e o pagamento de salários maiores para não concursados terceirizados. Outra vantagem é que, ao delegar a terceiros a função que cabe ao Estado, ele se exime das responsabilidades jurídicas decorrentes da crise. Recente decisão do STF reiterou o art. 37 da Carta Magna, vedando projetos semelhantes. Aprovado em lei, desde 2002, e até hoje não implantado, o plano de cargos e salários da saúde solucionaria o problema salarial, já que os salários equivaleriam a cerca de cinco vezes mais que os pagos atualmente.¹⁵¹

Portanto, esse processo de Privatização via terceirização da gestão e dos serviços públicos apresentado pelas Organizações Sociais é claramente um ataque aos direitos trabalhistas e sociais conquistados historicamente pela população; e que trazem consigo um sistema de saúde fragmentado referente às prestações de Serviços em Saúde; além de abordar um escasso quadro técnico de trabalho falho e ineficiente prejudicando assim os usuários.

Enfim, a Lei 9.637/98, que instituiu as OSs, prevê a extinção do órgão público responsável por áreas sociais decisivas - Saúde, incluindo os Hospitais Universitários, Assistência Social, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Previdência Complementar do Servidor Público, Comunicação Social, e promoção do Turismo, entre outras - e a absorção de suas atividades por uma entidade privada, qualificada como OS. Isso significa a transferência da gestão e das atividades das políticas públicas para o setor privado, mediante repasse de recursos financeiros, de equipamentos, de

instalações públicas e de pessoal, nas áreas através das quais o Estado viabiliza (ou inviabiliza) os direitos sociais garantidos legalmente, subtraindo até mesmo aos Tribunais de Conta a prerrogativa constitucional de fiscalizar os resultados e a economicidade dessas apropriações de recursos públicos. Portanto, a privatização dos serviços públicos nessas áreas constitui-se uma grande ameaça à garantia desses direitos fundamentais sociais.

Diante dos fatos aqui elencados, que demonstram o quanto é nefasta para a Sociedade e o Estado brasileiros a implantação das OSs, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde solicita que os Excelentíssimos Ministros do Supremo Tribunal julguem PROCEDENTES os pedidos contidos na ADI 1.923/98.

Anotações

122 ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social); ANDES-SN (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior); ASFOC-SN (Sindicato dos Trabalhadores da FIOCRUZ); CMP (Central de Movimentos Populares); CFESS (Conselho Federal de Serviço Social); CSP-CONLUTAS (Central Sindical e Popular); CTB (Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil); Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Enfermagem e Serviço Social; FASUBRA (Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras); FENASPS (Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social); FENTAS (Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde); Fórum Nacional de Residentes; Intersindical (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora e Instrumento de Luta, Unidade da Classe e de Construção de uma Central); MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra); Seminário Livre pela Saúde; os Fóruns de Saúde já existentes (Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Londrina, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Pernambuco, Minas Gerais, Ceará, Rio Grande do Sul, Paraíba); os setoriais e/ou núcleos dos partidos políticos (PSOL, PCB, PSTU, PT e PC do B); Consulta Popular e projetos universitários (UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro; UFF – Universidade Federal Fluminense; UFAL – Universidade Federal de Alagoas; UEL – Universidade Estadual de Londrina; EPSJV/FIOCRUZ – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da FIOCRUZ; CESTE/ENSP/FIOCRUZ - Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de

Saúde da FIOCRUZ; UFPB – Universidade Federal da Paraíba; USP- Universidade de São Paulo).

123 Correio, 11/05/2010. Disponível em: <http://www.correio24horas.com.br/noticias/detalhes/detalhes-4/artigo/policia-federal-faz-operacao-contra-desvio-de-dinheiro-publico/>

124 Estadão, 23/03/2009. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,fim-de-contrato-na-saude-ameaca-atendimento-em-sp,343314,0.htm>

125 Folha de São Paulo, 10/08/2010. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1008201001.htm>

126 Folha de São Paulo, 31/08/2009. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff3108200901.htm>

1267 Folha de São Paulo, 12/08/2010. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/781750-entidade-paga-firma-de-filho-de-diretor-com-verba-publica-em-sp.shtml>

128 Fonte: Agora – 1/3/2010

129 Folha de São Paulo, 10/08/2010. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1008201001.htm>

130 À venda OSCIPs, as ONGs com selo de qualidade, 14/06/2011. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/pais/noblat/posts/2011/06/14/a-venda-oscips-as-ongs-com-selo-de-qualidade-386313.asp>

131 Rede Brasil Atual, 04/08/2010. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/temas/politica/2010/08/terceirizacao-e-o-autorreconhecimento-da-incapacidade-de-gestao-diz-pesquisador/>

132 Disponível em http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=17221

maior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=17221

133 Vi o Mundo, 21/06/2011. Disponível em: http://www.viomundo.com.br/denuncias/hospitais-publicos-de-sp-gerenciados-por-oss-a-maioria-no-vermelho.html?utm_source=twitterfeed&utm_medium=facebook

134 Assessoria de Comunicação Social do Ministério Público da Bahia/ASCOM/MP, 08/01/2010. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/visualizar.asp?cont=2035>

135 Extraído de: Poder Judiciário do Rio Grande do Norte - 17 de Junho de 2011.

136 Sertão 24 Horas, 08/08/2010. Disponível em:

http://www.sertao24horas.com.br/site/index.php?view=article&catid=81%3Asanta-na-do-ipanema&id=999%3Asecretaria-de-saude-cancela-contrato-com-organizacao-social-apos-denuncia-do-sertao24horas&option=com_content&Itemid=29

137 Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/mat/2010/07/12/saude-gastou-81-milhoes-sem-licitacao-em-2009-917131040.asp>

138 Trecho de artigo escrito por Jorge Darze, presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, publicado pelo Jornal O Globo em 04/01/2010.

139 Parte de artigo escrito por Gabriel Mascarenhas, publicado no jornal O Globo em 22/05/2010. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/mat/2010/05/21/instituicoes-de-medico-colombiano-receberam-147-milhoes-da-prefeitura-do-rio-em-contratos-sob-suspeita-916655277.asp>

140 Parte de artigo escrito por Gabriel Mascarenhas, publicado no jornal O Globo em

22/05/2010. Disponível em <http://oglobo.globo.com/rio/mat/2010/05/21/instituto-de-medico-colombiano-mudou-de-categoria-um-mes-antes-de-lei-ser-aprovada-916656033.asp>

141 Estado do Rio, 13/07/2010. Disponível em: <http://www.sidneyrezende.com/editoria/estadadorio>

142 Dados encontrados em: <http://www.agora.uol.com.br/saopaulo/ult10103u665995.shtml>

143 Matéria disponível em: <http://www.agora.uol.com.br/saopaulo/ult10103u618231.shtml>

144 Carta Maior, 01/09/2010. Disponível em: http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=16928

145 Estadão, 13/01/2011. Disponível em: www.estadao.com.br

146 Alagoas na Net, 03 de fevereiro de 2011. Disponível em:

http://www.alagoasnanet.com.br/site/index.php?p=noticias_ver&id=4311

147 Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Q0Zw50JrDnoJ:conselho.saude.gov.br/docs/Parecer/perecer.doc+oss++ocips&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a>

148 Artigo publicado na edição de setembro da revista Caros Amigos – Débora Prado. Disponível em: <http://forumpopulardesaude.com.br/site/?p=101>

149 Agência Carta Maior, 26/07/2010. Disponível em: http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=16821

150 Matéria Disponível em: <http://www.sspma.com.br/novo/jornal.pdf>

151 Trecho de artigo publicado pelo jornal O Dia em 25/05/2010.



3.2 Agenda para a saúde¹⁵²

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários tem por objetivo defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980.

Os avanços alcançados com o Sistema Único de Saúde (SUS) nos seus 22 anos de existência estão ameaçados pela histórica correlação de forças entre os interesses do setor privado que defende a saúde como mercadoria e fonte de lucro, e os interesses dos setores progressistas organizados na sociedade civil que defendem a saúde como direito de todos e o seu caráter público. O SUS tem sido desvalorizado na sua raiz: o seu caráter público e o acesso universal. A lógica do fortalecimento do setor privado na oferta de serviços de saúde tem prevalecido por dentro do SUS, via aumento de contratualizações de serviços privados de saúde e repasse da gestão para entidades privadas, e no livre mercado, demonstrado pelo crescimento

das operadoras de planos e seguros privados de saúde e de seus usuários.

A Frente retoma como fonte unificadora de lutas, a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980: o combate à privatização da saúde, pondo em cheque os “novos modelos de gestão” – Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A – que promovem a entrega de patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos para entidades privadas. Entendemos que essa privatização ao transformar a saúde da população em mercadoria avilta o trabalho dos profissionais de saúde ao comprometer sua relação com os usuários do sistema, compromete a qualidade da atenção prestada a população e ameaça a concretização do direito a saúde. Todo sistema de saúde baseado na privatização apresenta custos crescentes e elevados agravados pela corrupção dos agentes privados que cobiçam o patrimônio público.

A agenda da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde apresenta algumas questões que dificultam a implantação do SUS público, Estatal, gratuito, universal e de qualidade e destaca algumas propostas para a garantia do direito à saúde, em cinco eixos estruturantes: Determinação Social do processo saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; Política de Valorização do Trabalhador da Saúde e Efetivação do Controle Social.

1) Determinação social do processo saúde e doença: Saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais

Aponta-se a necessidade de resgatar o conceito de determinação social do processo saúde e doença tal como o Movimento de Reforma Sanitária. Isto vai

implicar em inserir a saúde no contexto mais amplo das lutas para supressão das desigualdades sociais, com prospecção socialista, sem perder de vistas as mediações desse processo no cotidiano das práticas da saúde, ou seja, articular as lutas pela saúde às lutas por outra sociedade.

Existe uma tendência de análise em curso de minimizar o enfrentamento da referida determinação à diminuição das iniquidades em saúde. Esta tendência é expressa no Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, de 2008, que reduz estes determinantes a um determinismo de fatores sociais, diferente da concepção mais ampla da Reforma Sanitária que relaciona o processo saúde e doença ao desenvolvimento das forças produtivas e as relações de exploração que existem na sociedade.

Neste sentido, apontamos como principais problemas para a implantação do SUS:

- Redução dos princípios ético-políticos do Projeto de Reforma Sanitária, o que restringe a possibilidade de enfrentamento efetivo das desigualdades sociais.
- Manutenção do quadro de ampla desigualdade social nas condições de vida e saúde.
- A subordinação das políticas públicas, sobretudo as sociais, à lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro, restringindo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado.
- Não viabilização da Seguridade Social, inscrita na Constituição Federal de 1988, que propõe uma política de proteção social universal, democrática e participativa.
- Falta de articulação entre as três esferas de governo no que tange aos objetivos e diretrizes para as políticas de proteção social.

Propostas

- Articulação da Reforma Sanitária a um projeto de transformação social de radicalização da democracia com real deslocamento do poder em direção às classes trabalhadoras, valorizando o conceito de

consciência sanitária.

- Concepção de saúde, enquanto dimensão essencial à vida, que considera os seus determinantes sociais e econômicos - a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, o acesso a terra para quem nela trabalha, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Art. 3º da Lei 8.080/90) -, relacionando à qualidade de vida da população. Para se ter saúde na sua plenitude exige-se uma Política de Estado comprometida com um modelo econômico e social que acabe progressivamente com as desigualdades sociais e com a destruição do meio ambiente, em função da acumulação de riqueza sem precedentes de uma minoria que detém o poder econômico e manipula o poder político.

- Articulação e apoio às lutas vinculadas às condições concretas de saúde dos trabalhadores, como trabalho, educação, moradia, transporte, reforma agrária, entre outros.

- Defender o serviço de saúde como serviço de relevância pública, não se constituindo como objeto de transação no mercado.

- Mudança da política macroeconômica com a definição de uma política que garanta os direitos sociais através dos seguintes mecanismos:

- Suspensão do pagamento da dívida e pela auditoria da mesma.

- Apoio a campanha “A dívida não acabou e quem está pagando é você!”

- Regulamentação do imposto sobre as grandes fortunas, como fonte para a Seguridade Social.

- Contra a proposta de Reforma Tributária do governo. Por uma Reforma Tributária progressiva com manutenção do Orçamento da Seguridade Social e suas fontes específicas.

- Aplicação da CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido) para as instituições financeiras.

- Defesa da Seguridade Social possibilitando políticas sociais intersetoriais que assegurem os direitos relativos à saúde, assistência social e previdência social.

- Convocação da Conferência Nacional de Seguridade Social e recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social.

2) Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde

Ressalta-se a tendência em curso do fundo público ser colocado a serviço do financiamento do setor privado, seja através da compra de serviços privados pela rede pública, por meio de convênios, em detrimento da alocação de recursos públicos na ampliação dos serviços públicos, seja através do repasse da gestão, patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos para entidades privadas com os denominados “novos modelos de gestão” – OSs, OSCIPs, Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. Tendência que está coerente com as recomendações dos organismos financeiros internacionais, dentro do programa de ajuste estrutural, de fortalecimento do setor privado na oferta de serviços de saúde. Neste sentido, as funções do Estado deveriam ser de co-ordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las, de acordo com o modelo de administração pública gerencial proposto, desde o governo de Fernando Henrique Cardoso, através do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE).

A Frente compreende que os problemas existentes no campo da gestão do SUS não se resolvem através de “novos” modelos de gestão, mas assegurando as condições materiais necessárias para a efetivação do modelo de gestão preconizado pelo SUS. Isto implica na necessidade de mais recursos para ampliação dos serviços públicos com gestão pública estatal e controle social efetivo.

Problemas

- Gastos públicos influenciados pela lógica do mercado e modelos gerenciais privatizantes.

- Ampliação de serviços de saúde privados, e inserção de elementos de copagamento dentro do sistema público de saúde.

- Transferência para o setor privado de atividades de interesse público, através de privatizações e terceirizações, entre outros mecanismos.

- Introdução de mecanismos de competição dentro do setor público, com critérios de mercado.

- Incorporação tecnológica indiscriminada e mercantilizada no Sistema Único de Saúde.

- Dependência de preços elevados para o setor público, de equipamentos, medicamentos e insumos estratégicos para a saúde.

Propostas

- Defesa dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, intersetorialidade, participação social e descentralização. Combate a toda e qualquer tentativa de privatizar o SUS: OSs, OSCIPs, Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A.

- Aprimoramento do modelo de financiamento do SUS através das seguintes medidas:

- a) Financiamento que retome os princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social.

- b) Defesa de aplicação, no mínimo, 6% do PIB para a saúde pública, garantindo a universalidade das ações e serviços de saúde.

- c) Extinção da renúncia fiscal para pessoa jurídica que presta assistência médica a seus funcionários.

- d) Acabar com a transferência de recursos públicos para o setor privado. Recurso público para o Serviço Público Estatal.

- e) Rejeição da manutenção da DRU (Desvinculação das Receitas da União de 20% dos recursos destinados aos setores sociais).

- f) Regulamentação da Emenda Constitucional 29, que estabelece critérios para financiamento dos serviços de saúde, integrado aos da Seguridade Social, assim, compatíveis com as necessidades sociais. Nos percentuais, exigir que a união aplique, em ações e serviços de saúde, no mínimo, 10% da corrente bruta e compromisso dos Estados aplicarem, no mínimo, 12% da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais para a saúde.

- g) Eliminar o limite da LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal) para despesa com pessoal na saúde.

- Ampliação do desenvolvimento tecnológico e inovação em equipamentos, insumos, métodos e processos de saúde

pública, fortalecendo a capacidade reguladora estatal e social.

- Fortalecimento do parque tecnológico público de produção de medicamentos e insumos em saúde, e do marco regulatório sobre as indústrias privadas, nacionais e multinacionais.

- Ampliação da ação regulatória do Estado na iniciativa privada através dos mecanismos:

- a) Aumento do controle sobre a rede privada de prestação de serviços e garantia de que esta seja complementar ao setor público.

- b) Extinção de isenções fiscais para operadores e prestadores privados de serviços, planos e seguros.

- c) Abolir a renúncia fiscal para gastos com planos, seguros, aposentadoria privada e gastos com educação para pessoa jurídica.

- Revisão dos modelos de gestão burocratizados, clientelistas e terceirizados para uma gestão pública com participação dos diversos sujeitos sociais, tendo como estratégias:

- a) Democratizar as instituições de saúde (criação de conselhos gestores e colegiado de gestão).

- b) Desmontar a lógica vertical e fragmentada das instituições de saúde.

- c) Garantir a transparência da gestão e do controle dos gastos.

- d) Romper com o isolamento no setor saúde através da criação de novos canais com políticas setoriais, infraestruturais, e com outras instâncias e poderes (sociedade, academia, poderes judiciário e legislativo).

- e) Investimento para a formação do “novo” gestor (critérios para este gestor: não ser indicado e sim eleito, ter responsabilidade sanitária e com gestão participativa, ser servidor público concursado).

3) Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade

Defende-se o modelo assistencial previsto no SUS constitucional que valoriza a prevenção e a promoção da saúde, a integralidade e a intersetorialidade das ações,

na perspectiva de romper com o modelo, centrado na doença e subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, descolado das necessidades da população que ainda é hegemônica.

Problemas

- Modelo de atenção à saúde centrado na doença e focalizado, em detrimento das políticas de promoção e prevenção da saúde.

- Incorporação tecnológica orientada pelas estratégias competitivas das indústrias lucrativas da saúde e não pelas necessidades da população.

- Modelos de gestão burocráticos e verticalizados na organização dos processos de trabalho.

- Estabelecimento de metas que não atendem à demanda da população.

- Dificuldades de acesso universalizado e equânime aos serviços, insumos e medicamentos.

Propostas

- Adoção do modelo assistencial centrado no cidadão de direitos. Ter como princípios a participação dos usuários no processo de promoção, prevenção e recuperação. Ampliar o acesso à atenção primária e nos demais níveis do sistema. Incrementar ações que possibilitem uma maior humanização, qualidade dos serviços e satisfação do usuário.

- Implementação de um Modelo de Atenção à Saúde baseado nas necessidades de saúde e na perspectiva de atuação intersetorial.

- Desburocratização das instâncias de negociação consensuada (comissões intergestoras), ampliando o caráter técnico e político, a transparência e o controle social.

- Avaliação tecnológica com transparência e prestação de contas a sociedade.

4) Política de Valorização do Trabalhador da Saúde

A precarização do trabalho em saúde tem um forte rebatimento na qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS, visto que os serviços de saúde não se realizam sem o trabalho humano

em todas suas dimensões.

Entende-se que o processo de precarização dos serviços de saúde acontece em similitude com o processo de precarização do trabalho em saúde. Daí a importância das lutas contra retrocessos nas conquistas dos trabalhadores da saúde (salários justos com isonomia, estabilidade, vínculos sem precarização, condições de trabalho, jornada não exaustiva, vínculo único). A luta na saúde implica lutar por condições dignas de trabalho.

Problemas

- Precarização do trabalho, terceirização dos trabalhadores da saúde, e ausência de incentivo ao profissional.
- Processo de trabalho desarticulado, dificultando a participação consciente e crítica, desestimulando a responsabilidade, e inibindo o exercício da criatividade.
- Baixos salários e ausência de incentivos relacionados a carreira dentro do setor estatal.
- Ausência de política de garantia de oferta de profissionais de saúde em regiões distantes e periferias de grandes metrópoles.

Propostas

• Avançar na gestão do trabalho em saúde, tendo como foco a ampliação da estabilidade, do vínculo, da satisfação e do compromisso dos trabalhadores com o Sistema Único de Saúde:

a) Remuneração e incentivos (Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS) sem os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a realização de concursos públicos.

b) Organização do processo de trabalho (ênfase no trabalho interdisciplinar, participação dos trabalhadores na gestão, melhoria das condições de trabalho e cuidado com a saúde do trabalhador).

c) Educação permanente dos trabalhadores de saúde com a participação dos

mesmos no processo de articulação entre as unidades de formação e os serviços.

d) Redução das iniquidades na alocação e fixação dos trabalhadores entre as regiões do país.

- Implementação de uma política de recursos humanos que considere a admissão dos trabalhadores por concurso público, a isonomia salarial, a estabilidade do trabalho, os Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) para os trabalhadores de saúde e a qualificação profissional.

- Estabelecimento de diretrizes para a formação em saúde voltada para o interesse público, reorientação dos currículos de ensino para as profissões de saúde, estabelecer critérios para os novos cursos na área da saúde. Defesa do ensino público, gratuito e de qualidade.

5) Efetivação do Controle Social

Observa-se que os espaços institucionais de controle social – Conselhos e Conferências – apesar de serem fruto de conquistas sociais, têm se tornado, muitas vezes, espaços de cooptação de lideranças e movimentos sociais, passando a ser controlados pelos gestores. Permanece o desafio de torná-los espaços de disputa para a efetivação do direito universal à saúde e para a defesa da saúde pública estatal.

A experiência recente dos Fóruns estaduais de saúde e da Frente Nacional contra a Privatização tem aberto a possibilidade de fortalecer também espaços não institucionais de controle social, bem como fortalecer os usuários e trabalhadores da saúde nas suas lutas nos conselhos. O principal neste processo é a autonomia e independência dos movimentos sociais e sindicais perante qualquer gestão e a firmeza na defesa do SUS público, estatal e de qualidade.

Problemas

- Não cumprimento das deliberações dos conselhos e conferências de saúde.

Propostas

- Fortalecimento do Controle Social na Saúde articulado com os movimentos sociais. Os conselhos precisam exigir dos gestores o cumprimento das decisões das conferências de saúde e ampliar seus vínculos com os movimentos sociais. A participação dos sujeitos sociais só será efetiva com um amplo trabalho de socialização das informações para que ocorra intervenção qualificada no sentido de exigir direitos e pressionar o poder público.

- Ampliação da gestão participativa e da regulação externa e democrática do sistema público de saúde, articulando com o Ministério Público e outros órgãos /instâncias de representação popular não ligados diretamente à saúde.

- Fortalecimento da autonomia e independência dos movimentos sociais nos espaços de controle social, perante a gestão do SUS, nas três esferas de governo.

- Incentivo à criação de espaços autônomos de controle social como os Fóruns de Saúde nos estados e seus núcleos nos municípios.

- Articular os conselhos de saúde com os demais políticas sociais, formando uma agenda única para o enfrentamento da questão social.

A defesa da saúde, como melhores condições de vida e trabalho, tem que ser fruto da luta unificada dos segmentos das classes dominadas, articulada com os conselhos, movimentos sociais, partidos políticos, e outros, para avançar na radicalização da democracia social, econômica e política.

Fiéis aos princípios da Reforma Sanitária brasileira que concebeu a saúde como bem público, a Frente se posiciona contra a privatização da saúde e em defesa da saúde pública, estatal, de qualidade e universal, procurando articular as lutas no campo da saúde a um novo projeto societário. Enfatiza, parafraseando Berlinguer (1978), que para se ter saúde é necessário “modificar as condições de vida, as relações de trabalho, as estruturas civis da cidade e do campo, significa lesar interesses poderosos e olhar com audácia para o futuro.

PORTFÓLIO

Elza Fluzza-Abt



CONFERÊNCIA. Índios de etnias diversas discutem o direito à saúde na 13ª Conferência

Willson Dias-Abt



PRESENÇA ILUSTRE. Dona Zilda Arns, morta em 2010 no terremoto no Haiti, na Conferência da Saúde em 2007

Wilsom Dias-ABr



NACIONAL.
Delegados de todos os cantos do país no principal evento político na luta pela Saúde

Elza Fiuzza-ABr



DEBATE. Representantes dos movimentos sociais discutem e trocam experiências na Conferência

Pela Saúde
Projeto Políticas Públicas de Saúde/FASSO/UERJ

AduFRJ
SEÇÃO SINDICAL
Andes-SN Central Sindical e Popular - Conlutas

Seção Sindical dos Docentes da
Universidade Federal do Rio de Janeiro
do Sindicato Nacional dos Docentes das
Instituições de Ensino Superior

Fabio Rodrigues Pozzebom-ABr

