

AdUFRJ
SEÇÃO SINDICAL

SEÇÃO SINDICAL DOS DOCENTES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO DO
SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS
INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

Política de Saúde na atual conjuntura

Modelos de gestão e agenda para a saúde

Organizadores:

Maria Inês Souza Bravo, Débora
de Sales Pereira, Juliana Souza
Bravo de Menezes e Mariana
Maciel do Nascimento Oliveira

Política de Saúde na Atual Conjuntura:

Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde

Organizadores

Maria Inês Souza Bravo

Débora de Sales Pereira

Juliana Souza Bravo de Menezes

Mariana Maciel do Nascimento Oliveira

Política de Saúde na Atual Conjuntura:

Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde

2ª Edição Revisada e Ampliada

Uma publicação:
Projeto Políticas Públicas de
Saúde (Faculdade de Serviço
Social/UERJ)

AdUFRJ
SEÇÃO SINDICAL

SEÇÃO SINDICAL DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO DO SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS
INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

© 2008 – Projeto Políticas Públicas de Saúde - UERJ/ Faculdade de Serviço Social.
Adufrj - Seção Sindical dos Docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro do Sindicato Nacional dos
Docentes das Instituições de Ensino Superior

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

Organizadores:

Maria Inês Souza Bravo
Débora de Sales Pereira
Juliana Souza Bravo de Menezes
Mariana Maciel do Nascimento Oliveira

Editora:

Rede Sirius – Rede de Bibliotec.
Adufrj - Seção Sindical dos Docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro do Sindicato Nacional dos Docentes
das Instituições de Ensino Superior

Impressão:

DRQ - Gráfica e Editora

Tiragem:

8 mil exemplares

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

P769 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.

48 p.1.

Política de saúde – Brasil. 2. Saúde – Planejamento. 3. Serviços de saúde pública. 4. Brasil – política social. I.
Bravo, Maria Inês Souza.

ISBN 978-85-88769-21-2

Sumário

Apresentação à segunda edição	9
Apresentação	11
Parte I	
Reforma Democrática do Estado Brasileiro e Política de Saúde	13
1.1. Reforma do Estado e Política Social: notas à margem do tema	13
<i>Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna</i>	
1.2. Política de Saúde no Governo Lula	17
Maria Inês Souza Bravo Juliana Souza Bravo de Menezes	
1.3. Política de Saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980	22
Maria Inês Souza Bravo Juliana Souza Bravo de Menezes	
PARTE II	
Modelos de Gestão na Saúde	25
2.1. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal	25
Conceição Aparecida Pereira Rezende	
2.2. Fundações Estatais: projeto de estado do capital	36
<i>Sara Granemann</i>	
2.3. Modelo de Gestão para o Hospital Ronaldo Gazola e a Proposta de Fundação “Estatal” de Direito privado – grave retrocesso	40
<i>Jorge Darze</i>	
2.4. Gestão do SUS: o que fazer?	42
<i>Francisco Batista Júnior</i>	
PARTE III	
Agenda para a Saúde: desafios a serem enfrentados	46

Apresentação à Segunda Edição

Esta coletânea teve sua primeira edição publicada em 2007, com o objetivo de socializar as informações referentes à Política de Saúde no Brasil na atual conjuntura e analisar a proposta de criação das Fundações Privadas na saúde. Foi fruto de três seminários realizados em outubro e novembro de 2006 e fevereiro de 2007, promovidos pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FSS/UERJ), coordenado pela professora Maria Inês Souza Bravo^[A].

As informações contidas na 1ª edição foram fundamentais para alimentar as discussões ocorridas em diversos fóruns da saúde, em 2007, a saber: 1º Seminário Sobre Modalidades de Gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), promovido pelo Conselho Nacional de Saúde; Conferências Estaduais de Saúde que aconteceram em todos os estados do Brasil bem como a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no período de 14 a 18 de novembro de 2007, em Brasília, que teve como tema central “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”^[B].

Um dos temas centrais na 13ª Conferência foi o projeto de fundação estatal de direito privado no âmbito da saúde. O projeto foi reprovado não somente em todos os grupos, mas também na plenária final. Houve, desta forma, um posicionamento claro do movimento da saúde contrário ao modelo de gestão proposto pelo governo federal que retoma, com novo fôlego, a contra-reforma do Estado, iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), por Bresser Pereira.

Os delegados do maior evento da saúde pública brasileira apontaram como propostas para as questões vividas 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 o financiamento efetivo.

A segunda edição desta coletânea é publicada pelo Projeto de Políticas Públicas da Faculdade de Serviço Social da (UERJ) e pela Seção Sindical dos Docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ADUFRJ), face ao compromisso desta entidade com o debate democrático e com os princípios da Reforma Sanitária brasileira construída nos anos 80, que teve como lema: “Saúde, Democracia e Socialismo”.

Da segunda edição consta um artigo inédito, escrito por Francisco Batista Junior, presidente do Conselho Nacional de Saúde. O texto intitulado “Gestão do SUS: o que fazer?” 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, prática efetiva da democracia participativa e obediência à legislação vigente, sem a criação de qualquer outro instrumento jurídico. Posiciona-se de forma contundente contra a proposta de Fundação Estatal de Direito Privado.

[A] O referido projeto contou para a realização dos eventos com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e do Programa de Apoio à Extensão Universitária da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (PROEXT- SESu/MEC).

[B] Esta conferência contou com aproximadamente quatro mil participantes entre delegados, convidados e observadores, sendo a maior conferência da história do Brasil. Este espaço é o mais importante mecanismo de participação social na área e tem por objetivo avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política no setor. É precedida por conferências municipais e estaduais realizadas em todo país.

O momento conjuntural de lançamento da segunda edição desta coletânea tem diversos desafios – no Congresso Nacional segue em discussão o Projeto de Lei Complementar nº 92 de 2007, enviado pelo Poder Executivo que regulamenta o inciso XIX do artigo 37 da Constituição Federal, para definir as áreas de atuação de fundações privadas instituídas pelo poder público e dá outras providências. Este projeto objetiva regulamentar a Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, conhecida como emenda da contra-reforma do Estado brasileiro, do governo Fernando Henrique Cardoso.

No Rio de Janeiro^[C], a saúde já é objeto de Lei Regulamentar: 24 unidades hospitalares e institutos integrariam a estrutura de três fundações gestonárias do serviço público de saúde. Entre Estado, devedor de um serviço público essencial, e o usuário, detentor de um direito fundamental, surge um intermediário, um gestor, as fundações privadas instituídas pelo Poder Público. A criação do Fórum em Defesa do Serviço Público e Contra as Fundações foi a estratégia encontrada pelas centrais sindicais, sindicatos, conselhos regionais, representantes de conselhos de saúde, projetos de pesquisa universitária, movimentos sociais e numerosas outras entidades para a resistência a este ataque e formulação de propostas que garantam a defesa e a qualidade dos serviços públicos. A criação de fundações na saúde e as sinalizações contidas no projeto do governo federal visam alcançar todas as políticas sociais do Estado podendo ser considerado como o mais devastador processo de privatização das políticas sócias do Estado brasileiro até os nossos dias.

Em Brasília, em maio de 2008, ocorre o II Seminário Nacional sobre Modalidades de Gestão no SUS, promovido pelo Conselho Nacional de Saúde. Espera-se que neste evento seja mantida a posição do Conselho Nacional de Saúde votada em junho de 2007, de rejeição à proposta enviada pelo governo ao Congresso Nacional e se avance na defesa do Sistema Único de Saúde público, gratuito, universal e com participação social.

Por fim, a Adufrj-Ssind e o Andes-SN têm sido incansáveis na defesa dos direitos dos trabalhadores e das políticas sociais tanto por sua participação nas lutas como na produção de reflexões que auxiliem aos que desejam resistir aos ataques do capital e dos governos contra a classe trabalhadora. As degradadas formas de financiamento de pesquisas nas universidades públicas e a produção de conhecimento postas, quase exclusivamente, a serviço do capital limitam e dificultam a circulação de idéias questionadoras das relações sociais capitalistas. Na crítica às políticas de privatizações dos direitos do mundo do trabalho em curso nos governos federal, estadual e municipal também visíveis em vários estados e municípios de todo o país - e sempre na defesa dos interesses dos trabalhadores a Adufrj-Ssind dispõe - para os seus sindicalizados e para todos aqueles que continuam a lutar para que a barbárie não seja o único horizonte possível ao ser social - textos nos quais o rigor da análise teórica e a ação militante são as exigências e as tarefas fundamentais para que a universidade pública brasileira possa ter qualidade e ser socialmente referenciada.

Rio de Janeiro, maio de 2008.

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 (org.)

[C] Conforme depoimento do atual Ministro da Saúde, os estados da Bahia e Sergipe também já aprovaram suas Leis.

Apresentação

Esta coletânea pretende democratizar as informações e estimular o debate ao apresentar uma síntese dos temas discutidos em três seminários: “Novos Modelos de Gestão na Saúde”, realizado em 25 de outubro de 2006; “A Política de Saúde na Atualidade: alguns desafios”, ocorrido em 30 de novembro de 2006 e “Agenda para a Saúde e o Desafio para a Gestão do Trabalho”, realizado em 8 de fevereiro de 2007; organizados pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro¹, da Faculdade de Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Os seminários tiveram por objetivo problematizar junto com os 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.

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

A primeira parte, intitulada “Reforma Democrática do Estado Brasileiro e a Política de Saúde”, divide-se em três itens.

O primeiro item “Reforma do Estado e Política Social: notas à margem do tema”, elaborado por Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna, fornece elementos de reflexão sobre a “nova” concepção de política social no contexto de avanço das tendências de desresponsabilização do Estado e incentivo ao mercado financeiro.

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. No terceiro, as autoras apontam alguns aspectos da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro, ressaltando as dificuldades em se ter uma política pública de saúde na região e as diversas crises enfrentadas pelo setor desde os anos 1990.

A segunda parte, intitulada “Modelos de Gestão na Saúde” pretende caracterizar as propostas alternativas de gerenciamento que ganharam visibilidade, a partir dos anos 90, no Brasil, e que têm relação com as reformas ocorridas em diversos países pautadas na política de ajuste e na relação público-privado. É composta de três artigos.

O primeiro, de autoria de Conceição Aparecida Pereira Rezende defende o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), contido na Constituição Federal de 1988 e questiona as diversas proposições que se originaram a partir de 1995, com o Plano Diretor de Reforma do Estado. A autora questiona as Organizações Sociais, as Organizações da Sociedade Civil e interesse Público e, para finalizar, aborda os equívocos da proposta de Fundação Estatal afirmando que a mesma é carregada de todos os vícios conhecidos na área da saúde decorrentes da desresponsabilização do Estado com relação ao direito à saúde pautada na política de ajuste neoliberal.

O projeto de Fundação Estatal recentemente divulgado pelo governo Lula e pelo Ministro da Saúde é abordado no texto de Sara Granemann. A autora analisa o projeto de Fundação Estatal como uma proposta de contra-reforma 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 pelo conselho curador ou administrativo, conselho fiscal e conselho consultivo social. Este projeto foi rejeitado pelo Conselho Nacional de Saúde em reunião realizada em junho de 2007.

Jorge Darze problematiza o modelo de gestão defendido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para o Hospital Ronaldo Gazola (Hospital de Acari) e a proposta de Fundação Estatal de direito privado para o Estado do Rio de Janeiro. O presidente do Sindicato dos Médicos ressalta que ambos os modelos significam um retrocesso para a saúde no Rio de Janeiro.

Por fim, a terceira parte desta coletânea, intitulada “Agenda para a Saúde: Desafios a serem Enfrentados”, apresenta as principais questões e proposições levantadas nos seminários pelos diversos sujeitos sociais envolvidos na luta pelo direito à saúde.

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)!

As Organizadoras.

PARTE I

A REFORMA DEMOCRÁTICA DO ESTADO BRASILEIRO E A POLÍTICA DE SAÚDE

1.1. Reforma do Estado e Política Social: notas à margem do tema

Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna²

Mantive nesse texto, ligeiramente modificado, o título da mesa da qual participei no seminário realizado pela Faculdade de Serviço Social da UERJ, em novembro de 2006³. A modificação teve como objetivo torná-lo (o título) mais adequado ao conteúdo da exposição, sem, contudo, dar as costas ao tema solicitado. Pois que, a despeito de sua imensa relevância, o tema está a merecer algumas considerações que não pretendo tecer aqui.

Assim, para que não me culpe o leitor de ter recebido gato por lebre, devo advertir desde logo que não tratarei diretamente da reforma do Estado, seja no Brasil, seja mundo afora, e muito menos discutirei a condição valorativa – democrática ou não-democrática – passível de ser atribuída a um dado projeto de reforma, em curso ou desejado. Dois supostos informam a opção por tangenciar o tema proposto.

O primeiro é que *reforma do Estado* converteu-se, na atualidade, em tema (e bandeira) de cunho retrógrado. Ainda que não vá tentar formular explicações de como e porque tal conversão se deu, de certo tenho a intenção de apontar certos traços da mesma. Em segundo lugar, parto da constatação de que a reforma democrática do Estado brasileiro - nos marcos do capitalismo, obviamente -, foi feita na Constituição Federal de 1988. Penso que hoje preservar é preciso, reformar não é preciso. A assertiva vale, sobretudo, para a política social e não invalida alterações que possam vir a ser formuladas no sentido de expandir direitos e aperfeiçoar instrumentos de participação da sociedade nas decisões políticas.

O discurso atual das reformas: maquiavelismo às avessas

Há 500 anos atrás, Maquiavel, um autor consagrado como clássico pela ciência política mas bastante vulgarizado (e mal-interpretado) no cotidiano da política, escreveu em *O Príncipe*:

“Não é necessário a um príncipe ter todas as qualidades mencionadas, mas é indispensável que pareça tê-las. Direi até que, se as possuir, o uso constante delas resultará em detrimento seu, e que, ao contrário, se não as possuir, mas afetar possuí-las, colherá benefícios. Daí a conveniência de parecer clemente, leal, humano, religioso, íntegro e, ainda de ser tudo isso, contanto que, em caso de necessidade, saiba tornar-se o inverso” (cap. XVIII).

Uma leitura precipitada do trecho de Maquiavel acima transcrito leva a pensar que ele está sugerindo que o Príncipe, ou seja, o governo, deve ser mentiroso. Sem dúvida, leituras desse tipo, vulgarizadas e enviesadas, são muito freqüentes, hoje em dia. Entretanto, se Maquiavel tivesse escrito *O Príncipe* apenas para ensinar receitas de corrupção e malandragem aos detentores do poder, não teria alcançado o status de clássico da teoria política; seria simplesmente mais um autor de auto-ajuda a enfeitar as mesas de eventuais ocupantes de cargos, cujos nomes mais freqüentam o noticiário policial que as colunas de análise política dos jornais. O gênio de Maquiavel se deve à precisão com que formula, entre outras, uma premissa básica do mundo moderno: a de que ao Estado – que na parábola de Maquiavel é *O Príncipe* –, cabe a função de assegurar a convivência entre os indivíduos. Pois que desiguais e auto-referidos, os indivíduos, por si, não engendram a ordem necessária à própria vida social.

E, para exercer essa função, vale tudo? Não. Também é equivocado atribuir a Maquiavel a máxima de que “os fins justificam os meios”. A despeito das recomendações “maquiavélicas” que faz ao Príncipe, como as citadas anteriormente, Maquiavel é taxativo:

“Deve, porém, o príncipe fazer-se temer de modo que o medo não exclua o afeto e incite o ódio, porque cabe perfeitamente ser temido sem ser odiado; e isso ocorrerá sempre que respeite os bens e a honra das mulheres de seus concidadãos.

² Professora Adjunta do Instituto de Economia da UFRJ (e-mail: marialucia@forum.ufrj.br).

³ Mesa-Redonda: A Reforma Democrática do Estado Brasileiro e a Política de Saúde, ocorrida no dia 30 de novembro de 2006, durante o Seminário “A Política de Saúde na Atualidade – alguns desafios”.

1.1 Reforma do Estado e Política Social: notas à margem do tema

Se precisar derramar o sangue de alguns, que o faça com a justificativa conveniente e por causa manifesta” (cap XVII).

Fins **públicos**, relacionados à ordem social, e somente eles, justificam meios “convenientes e manifestos”, que também não podem ser privados (mexer com os bens e as mulheres dos governados). A distinção entre as dimensões pública e privada da vida social, enunciada por Maquiavel, vai entrar na agenda da reflexão social para nela permanecer até hoje. Assim como estarão presentes nas obras dos mais diferentes pensadores, desde então, as preocupações com o alcance dessas esferas, pública e privada, e com a natureza pública da autoridade capaz de garantir a ordem social entre seres privados. O público, entendido como o domínio da convivência, o que é de todos, *arua*, na metáfora do antropólogo Roberto da Matta (1991). O privado, como o que diz respeito a cada um, às escolhas individuais, à domesticidade.

As controvérsias sobre o caráter do Estado moderno, e sobre os papéis que desempenha, foram e são ainda muitas. Não caberia aqui sequer mencioná-las. No entanto, um ponto é óbvio, mesmo que certas teorias, antigas e contemporâneas, tentem omiti-lo: a convivência social só é possível com a subordinação de todos os poderes privados que diferentes indivíduos detêm desigualmente, à autoridade pública. Ao Estado, à Lei. Ao que é, em princípio (ou deveria ser) de todos.

No Ocidente, tornou-se predominante, como forma de institucionalização dessa subordinação, a democracia, ainda que a história registre não poucas nem desprezíveis defecções (hoje menos recorrentes) a esse modelo. Também no Ocidente, e particularmente no Ocidente desenvolvido, o exercício da função de administrar os conflitos inerentes à convivência social entre indivíduos diferentes (e desiguais), demandou a ampliação da esfera pública, ou seja, das ações do Estado. Também não levarei em conta a polêmica em torno das razões e formas pelas quais tal ampliação se deu. Para os propósitos aqui pretendidos basta constatar o fato de que, após a 2ª guerra mundial, os países ocidentais desenvolvidos – e boa parte dos “em desenvolvimento” – tinham democratizado substancialmente as relações de autoridade (o voto feminino, por exemplo) e expandido, com razoável consenso entre os diferentes grupos sociais, a esfera pública.

Também fato constatável é que entre as ações positivas que passam a ser implementadas de forma ampliada pelos Estados sobressaem as políticas sociais de caráter universal, concebidas como contrapartida dos direitos de cidadania. Redes de proteção social foram estabelecidas sob a denominação de seguridade social. Nada de bondade. Apenas formas negociadas e civilizadas de lidar com as ameaças à ordem social.

Trata-se, em suma, do reconhecimento de que problemas sérios ligados à reprodução do trabalhador - e pois do próprio trabalho - associados aos problemas decorrentes das desigualdades que o capitalismo produz, conferem à questão social caráter de ameaça à ordem social. O chamado Estado de bem-estar, que no Brasil

não chegamos a conhecer, e a seguridade social, núcleo desse Estado, que chegou ao Brasil com a Constituição Federal de 1988, encontram-se, hoje, no topo da pauta de discórdias entre correntes de pensamento divergentes e entre posições político-ideológicas antagônicas. Mas o que tem Maquiavel a ver com isso?

Observe-se o discurso, que, no Brasil, se repete invariável, ganhando tons mais fortes quando se aproxima a troca de governo e logo voltando a ser monocórdio e insosso. Atente-se para esse discurso, o indefectível discurso do ajuste fiscal, dos cortes de gastos públicos que, trocado em miúdos se resume ao grito de guerra: reforma da previdência! Porque ele remete a Maquiavel?

Porque consiste em “maquiavélica” inversão do argumento de Maquiavel. O discurso apresenta como *verdadeira* (respaldada por números e números não mentem) uma situação falaciosa – o que Maquiavel até admitiria – com o objetivo de atingir um fim que não é público; ao contrário, é extremamente particularista (do que Maquiavel discordaria por completo). Essa situação falaciosa é a de que a previdência social tem déficits catastróficos que comprometem o orçamento fiscal da União. Números não mentem, mas também não falam. Pessoas falam e usam, como querem, os números. Vários estudos têm demonstrado que a previdência não é deficitária⁴. Ademais, é parte constitutiva da seguridade e é a seguridade, altamente superavitária e que instrumentalmente não foi eliminada da Constituição, apesar de todas as reformas feitas, que, de fato, socorre o orçamento fiscal⁵.

Mas, de novo, não vou me deter nesse ponto, sobejamente conhecido. Volto ao passado para dele extrair algumas considerações adicionais sobre o tema do Estado, das perspectivas e do projeto nacional.

Política social ao molho cury

Também há 500 anos atrás, Cabral partiu de Portugal com destino às Índias (pelo menos esse era o destino declarado). Chegou, porém, ao Brasil, chamou os nativos de índios, fincou nas terras descobertas a cruz e a caldeirinha, e, dando-se por satisfeito, foi-se em busca de Índias mais reluzentes. Os ingleses, que não eram bobos e já se preparavam para ser os donos do mundo, deixaram as Índias falsas com os portugueses e, britanicamente (vale dizer, gentilmente, comercialmente) foram se apoderando das Índias verdadeiras. 200 anos depois lá estavam, confortavelmente instalados, com pompa e circunstância. E cuidaram delas, das Índias. Cuidaram de seus elefantes, de suas castas. À exceção provavelmente de alguns tigres abatidos em elegantes caçadas, preservaram as características locais: os templos, as religiões, os dialetos, a cultura do ascetismo, da não-violência e da resignação, as desigualdades sociais, a pobreza. Britanicamente, contudo, também, infiltraram naquele mundo hierárquico e subordinado, a poção mágica do empreendedorismo. E lá estão elas hoje, as Índias - a Índia propriamente dita (e dita, também, a maior democracia do mundo, a 4ª ou 5ª economia do

⁴ Ver a respeito a tese de doutorado de Denise Lobato Gentil, *A falsa crise da Seguridade Social: uma análise financeira do período 1990-2005*, defendida e aprovada em outubro de 2006, no Instituto de Economia da UFRJ

⁵ Sobre o significado do conceito de Seguridade Social, sua incorporação à Constituição de 88 no Brasil e a trajetória recente dessa inovação constitucional, ver Vianna (2005).

mundo) e seus genéricos Bangladesh, Sri Lanka, Paquistão, etc. Lá estão, hoje, as Índias, reluzentes, exportando para o mundo seu Cury, suas sedas, seu modo Gandhi de ser, e, sobretudo, sua eficiente tecnologia de enfrentamento da questão social.

As Índias estão na moda. Culinária indiana, prêmio Nobel. A Índia é referência. Sempre aparece bem nos relatórios do Banco Mundial. Para o Brasil, mais que espelho, é uma espécie de âncora. Afinal, a sigla BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China), o incentivo que o FMI acena para os emergentes como o futuro do poder mundial, representa dois Estados com capacidade de influir nas decisões (Rússia e China) e dois países bem menos autônomos, dos quais um, a Índia, é apresentado (por quem de fato tem o poder) ao outro como modelo. Assemelhar-se ao modelo é fundamental para que o B de BRIC não desapareça.

Fosse vivo, Pedro Álvares Cabral exultaria. Afinal, não descobriu as Índias mas o país que descobriu é quase uma Índia. Vá lá, uma sub-Índia, um genérico. Mas, também é uma das maiores democracias do mundo – 125 milhões de eleitores -, também é uma economia que já esteve melhor mas continua bem situada no ranking mundial, também tem um contingente de crianças pobres suficiente para satisfazer as ânsias de adoção de todas as celebridades do mundo, e, principalmente, também persegue com grande dedicação o caminho da “inovação empreendedora” em matéria de lidar com a questão social.

Participei recentemente de uma pesquisa sobre reformas da previdência em alguns países, entre os quais a Índia. Causou-me, então, grande perplexidade o caráter inteiramente privatista das reformas implementadas ali, num país em que apenas 15% da população ativa tem um emprego formal, menos de 10% da população idosa tem algum tipo de cobertura, etc, etc. E, mais ainda, fiquei estupefata com os argumentos usados para justificar tais reformas (argumentos do tipo: assim como telefones celulares e bicicletas se tornaram objetos de consumo de massa na Índia, planos privados de aposentadorias também podem ser acessíveis aos milhões de pobres que um dia, quem sabe, vão ficar velhos). Foi, portanto, com essa pré-disposição que soube da premiação do banqueiro dos pobres, um legítimo representante das reluzentes Índias, como Nobel da Paz.

Num artigo publicado no dia 20 de outubro, no Jornal O Globo, no Rio, Rodrigo Baggio, diretor do Comitê para Democratização da Informática, exalta a experiência do Banco Grameen – e o brilho da iniciativa de seu fundador, o economista bengalês Muhammad Yunus. Diz ele: “*Mais do que fornecer microcrédito sem a contrapartida de garantias, o que nenhuma instituição bancária havia feito antes, o Grameen desenvolveu um conjunto de 23 empresas sem fins lucrativos que responde por 22 mil postos de trabalho. Já liberou cerca de 6 milhões de dólares para populações de baixa renda (sobretudo mulheres), influenciou 140 países a utilizar o sistema de microcrédito e mantém empreendimentos de negócios sociais em inúmeras áreas estratégicas – como energia, telecomunicações, educação e agricultura – visando a fomentar as economias locais*”. E continua. “*Segundo Yunus, a visão de futuro aposta nos resultados desse mix de práticas do setor de cidadania (sic) com elementos do universo*

*empresarial, que unem atuação competitiva, sustentabilidade financeira e maximização dos benefícios sociais (sic de novo)*⁶. *A combinação tem tudo para viabilizar uma alternativa possível, que permita a experimentação de produtos e serviços voltados para nichos de mercado na base da pirâmide onde haja demandas não atendidas*”. Doces palavras. Mercado, maximização, sociedade. Estado, nem pensar. Palavras que soam como o “abracadabra” que acompanha a poção mágica do empreendedorismo.

Eis um dos pilares da tecnologia inovadora de enfrentamento da questão social que as Índias exportam: o pequeno negócio, que, viabilizado pelo microcrédito, empodera, eleva a auto-estima, desenvolve a responsabilidade individual, inclui o pobre no universo da liberdade que é o mercado. Essa estratégia de enfrentamento da questão social se funda em algumas premissas, a saber:

1. A questão social se define, de forma reducionista, como pobreza; e pobreza é entendida como uma situação em que indivíduos se encontram por falta de certos dotes (nada a ver com as estruturas econômicas e sociais), dotes que uma vez adquiridos os capacitam a pular a linha da pobreza (assim como se pula no jogo da amarelinha); dotes como escolaridade, aprendizado do auto-cuidado com a saúde, e, claro, o ganho representado pelo saber lidar com a renda. Ou seja, não se trata somente de ensinar a pescar; a estratégia de inclusão passa também por facilitar o acesso ao anzol – e o microcrédito (para comprá-lo) é o instrumento ideal; mesmo que não haja peixes para serem pescados.

2. A qualificação da estratégia como *inovadora* supõe uma segunda premissa: a de que políticas públicas de natureza coletiva, universal, são formas anacrônicas e ineficazes de lidar com a questão social (são caras, desperdiçam recursos, penalizam investimentos, etc); inovadoras são as estratégias que se dirigem a indivíduos, a pequenos grupos, a segmentos específicos da população pobre, que devem ser tratados de modo diverso, em respeito às diferenças que guardam entre si (mulheres negras, por exemplo, devem ter programas de saúde especificamente destinados a elas).

3. A terceira premissa é a de que inclusão significa entrar no mercado (não importa como). Incluído não é mais o cidadão portador de direitos civis, políticos e sociais; é o produtor/consumidor de mercadorias (mesmo que a mercadoria seja pipoca); a marca da inclusão não é mais a carteira de trabalho, esse obsoleto documento, e sim o CPF, que habilita o indivíduo a entrar de cabeça erguida numa instituição bancária (ainda que seja um banco dos pobres).

Mas a tecnologia inovadora de enfrentamento da questão social tem um segundo pilar que a sustenta. Compreende um outro tipo de estratégia, que à primeira vista parece estranha à descrita anteriormente mas é perfeitamente compatível com ela. Esse outro tipo de estratégia, que podemos chamar de *estratégia Madre Tereza de Calcutá*, foi expressa com precisão, há pouco tempo, pelo nosso presidente quando afirmou que “os ricos não precisam do Estado”. Reconhecido o caráter metafórico de que a fala presidencial geralmente se reveste, fica uma constatação perturbadora: a ação do Estado, **em matéria social** (não em outras), é ação para os pobres, o que significa: política social é política para os pobres. As

⁶ Os grifos visam acentuar o simbolismo de uma linguagem técnica e empresarial que considero inaplicável à questão social.

1.1 Reforma do Estado e Política Social: notas à margem do tema

premissas que fundamentam essa segunda estratégia de enfrentamento da questão social são evidentes e vale, também, enumerá-las.

1. A política social é concebida como política assistencial para os pobres, como medidas de alívio da pobreza. Tal concepção refuta a formulação de autores clássicos, segundo a qual a política social tem a função de proteger **a sociedade como um todo** dos riscos que a expansão do mercado acarreta, em particular das desigualdades que, no limite ameaçam a própria integridade do tecido social⁷.

2. Associada a essa premissa, há uma segunda, que identifica política social com bondade, entendimento que de novo refuta todos os clássicos, desde Maquiavel, mas que vai além, pois possibilita desconsiderar como sociais outras políticas fundamentais para o enfrentamento da questão social, especialmente a previdência social. A previdência passa a ser matéria de especialistas em finanças públicas que em geral a apresentam como o saco de maldades que precisa ser extirpado.

3. Uma terceira premissa, necessária para caracterizar a estratégia como inovadora e, pois, diferenciá-la do assistencialismo tradicional, é que essas novas políticas para os pobres, ao implicarem certas condicionalidades, funcionam como mecanismos de empoderamento. A comunidade, o que equivale a dizer *os beneficiários das “ações positivas”*, é incentivada a participar de conselhos, a frequentar cursos, a valorizar a escolaridade, etc

A duas estratégias – o empreendedorismo à Yunus e o assistencialismo à la Madre Tereza de Calcutá – constituem os pilares de uma “nova” concepção de política social, tida nesses tempos bicudos que correm, como capaz de substituir com vantagens o supostamente jurássico Estado de bem-estar social e seu padrão universalista de proteção social.

Juntas, convergem para reforçar tendências como a de desresponsabilizar o Estado pela manutenção da ordem republicana e a de delegar tarefas de combate à exclusão ao mercado ou à própria sociedade. Lado a lado, contribuem para consolidar a ilusão de que, uma vez descartadas, por definição, as possibilidades de acesso ao capital propriamente dito e de ingresso no círculo dos poderosos, estão disponíveis, para os pobres, o capital humano, o capital social, assim como estão abertos, para eles, linhas de microcrédito e percursos de empoderamento.

No mundo todo, atualmente, essa “nova” concepção de política social vem ganhando espaço. E o contexto, favorável ao reforço das tendências de desresponsabilização do Estado e de incentivo às ações individuais para entrar no mercado, tem sido fartamente descrito (e denunciado) por autores que desmentem a hipótese de

um “pensamento único” no campo da Economia. Nos países desenvolvidos, contudo, essa nova concepção não logrou substituir a ação do Estado nem descartou os mecanismos públicos e coletivos de asseverar direitos sociais. Tem, antes, complementado a seguridade social.

Diversamente, no Brasil (e na Índia), essas estratégias de enfrentamento da questão social têm sido implementadas e valorizadas como substitutivas de um (ausente) projeto nacional de integração social. Ora, essas estratégias, por mais sucesso que tenham, e efetivamente têm sucesso no plano imediato, não certificam em prazo mais longo que os trabalhadores, os mais ou os menos pobres, possam usufruir os benefícios do emprego digno e das compensações associadas à inserção no mundo do trabalho.

Na reta final, os caminhos díspares que trilhei nessa exposição se juntam. De um lado, a vilanização da Previdência Social - e o abandono da Seguridade Social, - como parte do discurso de crucificação do Estado. Tática maquiavélica para atingir fins que Maquiavel abominaria: fins particularistas, que têm a ver com os interesses do mercado financeiro e da indústria de seguros privados. De outro lado, a idéia, também falaciosa, de que a questão social – que no Brasil, como na Índia, é gravíssima – pode ser enfrentada apenas ou principalmente com práticas focalizadas de transferências mínimas de renda.

Maquiavel e Pedro Álvares Cabral devem estar se remexendo em seus túmulos centenários. Maquiavel daria gritos de raiva por terem seus ensinamentos sido tão mal utilizados. Cabral daria risadas, porque afinal talvez não tenha errado seu destino: a Índia é aqui.

Referências Bibliográficas

GENTIL, Denise Lobato. *A falsa crise da Seguridade Social: uma análise financeira do período 1990-2005*. Tese de Doutorado - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MAQUIAVEL, Nicolau. *O Príncipe*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

MATTA, Roberto da, *A Casa e a Rua*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

O GLOBO. 20 de outubro de 2006.

POLANYI, Karl. *A Grande Transformação*. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. Seguridade Social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não-contributivos. In: VIANA, A.L.; ELIAS, P & IBÁÑEZ, N. (Orgs). *Proteção Social, Dilemas e Desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

1.2. Política de Saúde no Governo Lula

Maria Inês Souza Bravo⁸
Juliana Souza Bravo de Menezes⁹

Este texto tem por objetivo analisar a Política de Saúde na atual conjuntura, fazendo, num primeiro momento, uma abordagem geral com ênfase nas políticas sociais e, no segundo, aprofundando a Política de Saúde.

A eleição de Lula 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: 49). A consagração eleitoral foi resultado da reação da população brasileira contra o projeto neoliberal implantado nos anos 90. 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, face aos 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: 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.

Pode-se afirmar, entretanto, que as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula após o seu primeiro governo, dão seqüência a uma contra-reforma do Estado iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), encolhendo o espaço público 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.

Segundo Behring (2004), no plano econômico todos os parâmetros macroeconômicos da era FHC estão sendo mantidos, permanecendo intocáveis: o superávit primário, a Desvinculação de Receitas da União (DRU)¹⁰, taxas de juros paramentradas pela Selic; apostas na política de exportação, com base no agronegócio;

o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; 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 contra-reforma da Previdência Social e o terceiro refere-se ao trato da 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 e a exclusão social, 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 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”¹¹ (Marques & Mendes, 2005: 169).

A contra-reforma da Previdência Social ocorrida no governo Lula, realizou no âmbito do serviço público ações restritivas de direitos que haviam sido derrotadas durante a gestão FHC¹².

⁸ Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e Coordenadora do Projeto de Ensino, Pesquisa e Extensão “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro” (e-mail: mibravo@uol.com.br).

⁹ Assistente Social do Projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro”, da Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Bolsista PROATEC/UERJ, e Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) (e-mail: julianasbravo@gmail.com).

¹⁰ Esta desvincula 20% dos recursos arrecadados de impostos e contribuições sociais para pagamento de dívida pública.

¹¹ O governo tem como proposta eliminar da Constituição de 1988 os preceitos constitucionais que obrigam a União, os Estados e os Municípios a gastarem um percentual dos recursos arrecadados para os setores de educação e saúde. “Ao propor mudanças dessa ordem, o governo Lula tem a intenção de colocar em marcha um movimento duplo com relação ao orçamento. O primeiro consistiria na desvinculação propriamente dita dos recursos destinados para os gastos sociais em saúde e educação. O segundo movimento diz respeito ao uso que seria feito dos recursos assim liberados: além de engrossarem o pagamento da dívida externa, poderiam ser destinados à realização de investimentos, provavelmente dentro do espírito do projeto Parceria Público Privado (PPP) (Marques & Mendes, 2005: 168). Dessa forma, o Estado seria responsável por garantir políticas assistencialistas para os pobres e para os demais a opção seria o mercado.

¹² “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, 2004:30-31).

1.2 Política de Saúde no Governo Lula

Granemann (2004) destaca que a “financeirização” fomentada pelos fundos de pensão atinge o Estado através do investimento em renda fixa que têm como importantes fontes de suas aplicações os títulos públicos. Com o endividamento estatal, utilizam-se como alternativa a emissão de títulos públicos sendo os principais compradores os fundos de pensão. Dessa forma, as contra-reformas do Estado que tinham como objetivo solucionar as crises fiscais tornam-se seus principais elementos geradores.

Em síntese, a contra-reforma 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: 150-151)¹³.

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

A Política de Saúde é apresentada no programa de governo 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, que este governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na saúde.

Para análise da saúde na atual conjuntura vai-se utilizar dois autores que escreveram sobre a temática: Bravo (2004 e 2006) e Paim et. al. (2005).

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 90, 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 Saúde¹⁴; a

convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)¹⁵ e a sua realização em dezembro de 2003 e a escolha do 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 90, 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 Social¹⁶. Como exemplo de focalização, destaca-se a centralidade do programa saúde da família, sem alterá-lo significativamente 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 indicaram um compromisso do governo com a ampliação e 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 destacam o fortalecimento dos vínculos dos hospitais universitários (HU's) 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 HU's. 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 a criação de Centrais de Regulação Regionais das Urgências.

Com relação aos Programas Especiais foram mantidos os de combate ao Tabagismo e o Programa de AIDS. No que diz respeito à saúde da mulher houve um esforço de enfrentar a mortalidade materna e formular uma política específica. Quanto ao Programa de Tuberculose as medidas reforçaram evitar a resistência aos medicamentos e o aumento da adesão; entretanto, é necessário

¹³ Os autores fazem referência a Francisco de Oliveira que caracterizou desta forma a proposta de reforma de Lula em Seminário realizado, em 15 de agosto de 2003, em São Paulo.

¹⁴ O Ministério da Saúde está estruturado nas seguintes Secretarias: **Secretaria Executiva** (SE) que ajuda o Ministro da Saúde na coordenação das atividades das demais Secretarias e entidades vinculadas; **Secretaria de Atenção à Saúde** (SAS) tem como objetivo participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada, garantindo os princípios do SUS; **Secretaria de Vigilância em Saúde** (SVS) fortalece umas das áreas estratégicas do Ministério que são as ações de Vigilância Epidemiológica; **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa** (SGEP) formula e implementa a política de gestão democrática e participativa; **Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde** (SGTES) que propõe um amplo processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde e de regulação profissional no âmbito do SUS; **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos** (SCTIE) tem como principais funções a formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (portal.saude.gov.br). Ressalta-se como importante a criação das Secretarias Gestão Estratégica e Participativa e Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

¹⁵ “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: 109). Esta conferência teve dez eixos temáticos: “Direito à Saúde”; “A Seguridade Social e a Saúde”; “A Intersetorialidade das Ações de Saúde”; “As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS”; “A Organização da Atenção à Saúde”; “Controle Social e Gestão Participativa”; “O Trabalho na Saúde”; “Ciência e Tecnologia e a Saúde”; “O Financiamento da Saúde”; “Comunicação e Informação em Saúde”. 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.

¹⁶ 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 à articulação com as Políticas de Assistência e Previdência Social.

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 populares¹⁷; 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 competência 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 e das 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)¹⁸. Outro aspecto importante foi a eleição do presidente do Conselho Nacional de Saúde, em 2006, pela primeira vez em 70 anos de existência¹⁹ (Radis 53).

Um dos aspectos centrais da Política de Saúde refere-se aos trabalhadores de saúde, que foram terceirizados nos anos 90. 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 Salário (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; despreciação 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. O relatório da conferência, entretanto, não foi divulgado e as ações necessárias para a viabilização da política não foram efetivadas.

A partir das contribuições dos autores pode-se identificar que a política de saúde vem sofrendo os impactos da política macroeconômica. As questões centrais não estão sendo 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 Federais, 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 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 saúde²⁰;
- *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 subsídio e isenções fiscais para operadores e prestadores privado 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*

¹⁷ Apesar de ter sido apontada como um aspecto de inovação, pelos autores, essa proposta de Farmácia Popular tem sido objeto de diversos debates, pois permitindo o co-pagamento dos medicamentos fere com os princípios do SUS.

¹⁸ Um aspecto que merece reflexão, entretanto, é que os relatórios das conferências temáticas não foram socializadas e suas propostas não foram viabilizadas. O relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde também foi divulgado muito depois da conferência.

¹⁹ O presidente do Conselho Nacional de Saúde eleito foi o farmacêutico Francisco Batista Júnior, representante dos trabalhadores pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT e venceu com 76% dos votos (Radis 53).

²⁰ Esta deliberação coloca-se contrária à administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPI) ou outros mecanismos com objetivos idênticos, e ainda, a toda e qualquer iniciativa que atente contra os princípios e diretrizes do SUS.

1.2. Política de Saúde no Governo Lula

Responsabilidade Sanitária no sentido de se retomar o cerne da discussão para a garantia do direito à 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)²¹, 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 n° 29 e a 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 de defesa da 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 Sergio 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 de um projeto mais geral para o país e articule às diversas lutas do setor saúde como o financiamento e a alteração do modelo assistencial (Radis 53). Estas ações, entretanto, não ocorreram efetivamente. O CEBES previu debates mensais sobre Saúde e Conjuntura mas, em função das férias e feriados, estes debates estão mais diluídos e não têm envolvido os demais movimentos sociais.

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 atual, este Pacto não tem sido debatido amplamente²².

No segundo governo Lula é escolhido para ministro da saúde um ator que participou da formulação do Projeto de Reforma Sanitária dos anos 80. 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 nossa 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 atual ministro tem levantado para o debate questões polêmicas como a legalização do aborto, considerando como um problema de saúde pública²³; a ampliação das restrições a publicidade de bebidas alcoólicas e a necessidade de fiscalizar as farmácias. Tem tomado 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 de Maio de 2007).

O ministro, entretanto, não abordou no seu discurso algumas questões centrais ao ideário reformista construído desde meados dos anos 70, como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e 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 todas estas questões, a mais preocupante é a criação das Fundações Estatais cujo debate está mais avançado na saúde²⁴, 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, dentre outras.

Algumas questões podem ser levantadas com relação a esta proposta, tendo por referência à 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; não enfatiza o controle social, pois não

²¹ No 8° Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ocorreu a assembleia do Cebes com a proposta de refundação da entidade. Nesta assembleia 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.

²² Maiores informações sobre o Pacto pela Saúde (2006) ver portaria n° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

²³ Neste debate, entretanto, não fez uma articulação com os Movimentos Feministas. Esta questão precisa ser amplamente discutida com os movimentos sociais que colocam a questão da descriminalização do aborto.

²⁴ Na saúde este debate inicia-se com a crise da saúde no Rio de Janeiro e teve impulso com a criação e 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, do documento que foi apresentado, inicialmente, no Congresso da ABRASCO, em 2006, com o título “Gestão em Saúde: Novos Modelos de Gestão para os Institutos e Hospitais do Ministério da Saúde” e, posteriormente, teve revisão no título para Fundações Estatais. Atualmente, há uma articulação entre os Estados da Bahia, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Sergipe para a adoção deste modelo bem como, para os hospitais federais do Rio de Janeiro.

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.

A análise que se faz após o primeiro governo Lula e os encaminhamentos do segundo mandato é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos 90 – continua. Algumas propostas procuram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não tem havido vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a universalização excludente, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado.

Identifica-se também mudança no discurso dos protagonistas do Projeto de Reforma Sanitária, construído nos anos 80, principalmente, a partir de 2007, com a escolha do ministro da saúde.

Há uma flexibilização de suas proposições pautada nas possibilidades de ação no atual contexto brasileiro. Diversos sujeitos sociais do Movimento Sanitário não têm enfrentado a questão central do governo que é a subordinação da Política Social à política macroeconômica. A grande bandeira do movimento, nos anos 80, era a perspectiva de Reforma relacionada à mudança de projeto societário, ou seja, tendo como horizonte a transição para o socialismo. Esta questão aparece, na atualidade, de forma muito tênue. Não se percebe a busca de articulação com outros movimentos sociais, como ocorreu nos anos 80.

O principal documento, fruto do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ocorrido em 2005, não tem sido tomado como referência nos dias atuais. Percebe-se em diversos gestores, oriundos do movimento sanitário, a densidade na análise das questões, mas ao formular proposições distanciam-se do Projeto de Reforma Sanitária formulado nos anos 80.

Neste cenário, considera-se fundamental a socialização das informações a defesa das propostas do Projeto de Reforma Sanitária construído nos anos 80 e a mobilização e luta dos movimentos sociais.

Os defensores da Reforma Sanitária e do Projeto Democracia de Massas só conseguirão contribuir para reverter as profundas desigualdades existentes na atual conjuntura brasileira aliando-se a um amplo movimento de massas que exija a redução do fosso entre a política macro-econômica e as políticas sociais com a elaboração de uma agenda que defenda a garantia dos direitos humanos e sociais e a ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

Referências Bibliográficas

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.

BEHRING, Elaine Rossetti. Políticas Sociais no Governo Lula: uma reflexão. In: *Revista INSCRITA n.9*. Brasília: CFESS, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões. In: *Revista INSCRITA n.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, n.88, 2006.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.78, 2004.

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

SCOREL, Sarah & BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GRANEMANN, Sara. Necessidades da Acumulação Capitalista. In: *Revista INSCRITA n.9*. Brasília: CFESS, 2004.

MARQUES, Rosa Maria & MENDES, Áquilas. Desvendando o Social no Governo Lula: a construção de uma nova base de apoio. In: *Adeus ao Desenvolvimento – a opção do governo Lula*. PAULA, João Antônio de (Org). Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

NETTO, José Paulo. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. In: *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.79, 2004.

PAIM, Jairnilson 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, n.70. Rio de Janeiro: CEBES, 2005.

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

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

REVISTA ÉPOCA. 14 de maio de 2007.

SOARES, Laura Tavares. O Debate sobre o Gasto Social do Governo Lula. In: *Governo Lula – Decifrando o Enigma*. SOARES, Laura Tavares; SADER, Emir; GENTILI, Rafael; BENJAMIN, César (Orgs.). São Paulo: Viramundo, 2004.

Site Consultado

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

1.3. Política de Saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980

Maria Inês Souza Bravo²⁵

Juliana Souza Bravo de Menezes²⁶

Este texto vai pontuar de forma sintética, alguns aspectos da Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro a partir dos anos 80 até os dias atuais. Tem por objetivo destacar a dificuldade do Rio de Janeiro em ter uma política pública de saúde e ressaltar as diversas crises vividas pela saúde desde os anos 90.

Na década de 1980, dois governadores foram eleitos diretamente no Estado do Rio de Janeiro, após anos sem eleição: Leonel Brizola e Moreira Franco.

No *Governo Leonel Brizola* (1983-1986), a gestão na área da saúde priorizou as atividades de saúde pública com pouca ênfase no campo assistencial. O Secretário de Estado de Saúde foi o sanitarista Eduardo Azeredo Costa. É importante destacar que a expectativa de maior participação do estado na condução do Sistema Estadual de Saúde não aconteceu (Parada, 2001). Neste período, “não houve articulação com as Ações Integradas de Saúde (AIS), política central do governo federal, principalmente, a partir de 1985 e que foi desenvolvida pela superintendência Regional do INAMPS de 1984 a 1987” (Bravo, 2007: 14).

No *Governo Moreira Franco* (1987-1990) vai-se assumir a direção política das AIS (nos seus momentos finais e já na fase pré Sistema Unificado Descentralizado de Saúde -SUDS). Esse compromisso com a construção do Sistema Estadual de Saúde decorreu de ampla aliança pré-eleitoral entre setores de esquerda e centro que definiu alguns aspectos programáticos para as políticas sociais. Na saúde, assumiram a secretaria profissionais que participaram do movimento sanitário e defenderam as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a saber: Dr. Sérgio Arouca (seis meses), Dr. José Carvalho Noronha (1987-1989) e Drª Maria Manoela dos Santos (1989-1990) (Parada, 2001; Bravo, 2007). Nessa gestão, as principais ações desenvolvidas na área da saúde foram:

“Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB); Sistema Estadual do Sangue; Sistemas estaduais de controle de infecção hospitalar; convênios de cooperação técnica para a formação de recursos humanos; transferência para os municípios das unidades do estado e das federais estadualizadas” (Bravo, 2007: 14).

Com relação ao município do Rio de Janeiro, observou-se o distanciamento em relação aos Governos Estadual e Federal, só havendo uma aproximação na gestão de Hugo Tomasini na Secretaria Municipal de Saúde. Em 1983, foi criada a Comissão Intermunicipal de Saúde (CIMS) e iniciou-se o trabalho de integração interinstitucional. Neste período, Dr. Nildo Aguiar estava na Superintendência Regional do INAMPS e Dr. Hugo Tomazini na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A CIMS do Rio de Janeiro com o intuito de dinamizar as ações no município, em função do número populacional e extensão territorial, criou as Áreas Programáticas²⁷ (Parada, 2001). As Áreas Programáticas foram operacionalizadas na lógica da descentralização e para administrá-las foram criadas duas instâncias de decisão: a Comissão Executiva de Área de Planejamento (CEAP) e o Grupo Executivo Local (GEL). A Comissão Executiva de Área de Planejamento (CEAP)

“foi composta dos diretores das unidades das três instâncias de governo de cada área de planejamento e tinha como função executar as ações definidas politicamente em outra instância, o GEL – Grupo Executivo Local. Os GEL’s foram criados na ótica da participação da comunidade, das organizações sindicais e da sociedade organizada (representantes de associação de moradores, sindicatos, prestadores locais e etc.)” (Parada, 2001: 45-46).

A partir de 1984, inicia-se no Rio de Janeiro a primeira experiência de gestão descentralizada com a participação institucional do movimento de luta pela saúde, através dos Grupos Executivos Locais (GEL’s), que mais tarde se transformariam nos conselhos distritais do Rio de Janeiro. Os GEL’s tinham como objetivo gerir e administrar o convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Além de institucionalizar a participação comunitária, essa experiência inaugurava o princípio da paridade que mais tarde seria regulamentado pela Lei 8.142/90. (Carvalho, 1995 ; Bravo, Teixeira, Oliveira, Pedreira & Silva, 2006).

²⁵ Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e Coordenadora do Projeto de Ensino, Pesquisa e Extensão “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro” (e-mail: mibravo@uol.com.br).

²⁶ Assistente Social do Projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro”, da Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Bolsista PROATEC/UERJ, e Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) (e-mail: julianasbravo@gmail.com).

²⁷ O município do Rio de Janeiro é dividido em 10 Áreas Programáticas: AP 1: Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paquetá e Santa Teresa; AP 2.1: Botafogo, Copacabana, Lagoa; AP 2.2: Tijuca e Vila Isabel; AP 3.1: Ramos, Penha, Ilha do Governador, Complexo do Alemão, Maré; AP 3. 2: Inhaúma, Méier, Engenho Novo, Jacarezinho; AP 3.3: Irajá, Madureira, Anchieta, Pavuna; AP 4: Jacarepaguá, Barra da Tijuca, Cidade de Deus; AP 5.1: Bangu, Realengo; AP 5.2: Campo Grande, Guaratiba; AP 5.3: Santa Cruz.

Cabe ressaltar ainda a especificidade e complexidade do INAMPS no município do Rio de Janeiro. O INAMPS no município tinha três instâncias de poder: Direção Geral, Superintendência Regional, Divisão Local de Medicina Social. Outro aspecto do INAMPS no Rio de Janeiro foi a tensão na Nova República entre as três instâncias – união, estados e municípios – em virtude dos partidos políticos que estavam no governo (Bravo, 2007).

Nos anos 90 e 2000 foram quatro governos estaduais: Leonel Brizola (1991-1994); Marcelo Alencar (1995-1998); Anthony Garotinho (1999-2002) e Rosinha Garotinho (2003-2006). Atualmente, se inicia um novo governo com o Sérgio Cabral Filho (início 2007).

O *Governo Leonel Brizola*, nos anos 90, em função das alianças políticas assumidas na campanha eleitoral, substituiu seus secretários de saúde três vezes – Pedro Gomes Valente (1991-1992), Luiz Cadorna (1992-1993) e Astor de Mello (1993-1994) – por profissionais que não tinham o compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Reforma Sanitária. Essas mudanças tinham como objetivo manter a base parlamentar na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ) e, conseqüentemente, aprovar projetos e decisões consideradas pelo executivo estadual como prioritárias (Parada, 2001; Bravo, 2007).

“Assim, tratando a Secretaria de Saúde como pasta passível de negociação, o estado ficou em posição distanciada das discussões em curso. Momento em que a Saúde estadual foi alvo de acusações, desde o descaso com a assistência até desvios administrativos de ordens diversas” (Parada, 2001: 63).

No processo de implementação do SUS no estado do Rio de Janeiro alguns entraves foram identificados: término do Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB); não concretização da construção dos Hospitais de Saracuruna e Queimados; devolução dos Hospitais do INAMPS que foram refederalizados; médicos e demais profissionais de saúde insatisfeitos com os baixos salários e as condições de trabalho; não definição do papel do estado na operacionalização do SUS adotada através da Norma Operacional Básica de 1991 (NOB-91), facilitando o relacionamento direto dos municípios com o governo federal; implementação do Conselho Estadual de Saúde com problemas de composição (Parada, 2001; Bravo, 2007).

Cabe ressaltar que nos anos de 1992 e 1993, o setor saúde no estado do Rio de Janeiro passou por uma grande crise que resultou na decretação de calamidade pública pelo ministro da saúde Jamil Haddad. Em 1993, foi elaborado um Plano de Emergência para o Estado do Rio de Janeiro com a participação de diversas entidades, mas não foi colocado em prática, pois coincidiu com a queda do ministro que solicitou a formulação do plano (Bravo, 2007).

Este plano apresentava propostas emergenciais de caráter político e para a rede, bem como medidas gerais e específicas. Como propostas emergenciais de caráter político destaca-se: imediata instalação do Conselho Estadual de Saúde (criado em dezembro de 1993, de forma não paritária); instalação imediata da executiva dos secretários municipais de saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, para a implantação do plano de emergência; a continuidade do processo de instalação dos

conselhos municipais nos termos da lei; implantação imediata da união dos conselhos de saúde, que reunirá uma plenária de todos os conselhos municipais da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. As medidas emergenciais propostas para a rede foram: superação da ociosidade da rede pública na Região Metropolitana do Rio de Janeiro; reativação da sua capacidade física instalada; reposição de seus recursos humanos; reorganização como uma rede articulada de serviços de saúde; garantia dos recursos destinados ao seu custeio (Bravo, 2007).

Entretanto, é importante destacar alguns aspectos relevantes que ocorreram nessa gestão: fortalecimento do Grupo de Socorro de Emergência da Defesa Civil (Corpo de Bombeiros); mudança qualitativa do papel da vigilância sanitária; criação do Conselho Estadual do Trabalhador e do controle da AIDS; fortalecimento da Política de Saúde Mental e mudança na atuação do Laboratório Noel Nutels (Parada, 2001).

No *Governo Marcelo Alencar*, a Política de Saúde teve como perspectiva privilegiar o setor privado. Nesta direção, as características centrais dessa gestão foram: terceirização dos Recursos Humanos; denúncias e desvios de verbas da saúde; proposta de transformar os hospitais públicos em organizações sociais. Em síntese, o Governo Marcelo Alencar não valorizou a política pública de saúde, gerando conflitos com os conselhos de saúde e movimentos vinculados com a defesa do SUS.

O *Governo Anthony Garotinho* foi eleito fruto de uma composição entre PDT e PT e demais partidos (PSB, PCB, PC do B). Este governo assumiu com os movimentos da saúde o compromisso em fortalecer o Sistema Único de Saúde. O secretário de saúde foi Gilson Cantarino, que tinha sido secretário municipal de saúde de Niterói. E, para contribuir na gestão, foi formado um grupo de assessoria política suprapartidário formado por profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária. Como principais características da política de saúde nesse governo destaca-se: combate a terceirização e a transformação dos hospitais públicos em organizações sociais; realização de concurso público para os trabalhadores da saúde e contratação imediata; elaboração do Plano Estadual de Saúde, por meio do planejamento estratégico; fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde.

No final do Governo Garotinho foi elaborado um Relatório pela Comissão Especial de Saúde da ALERJ sobre a situação de saúde do município do Rio de Janeiro, em 2001²⁸. Este relatório foi fruto de visitas realizadas pela comissão de saúde às unidades de saúde, a partir de denúncias divulgadas na imprensa, no disque saúde, nos conselhos de saúde e apresenta os problemas centrais e algumas propostas. Os principais problemas destacados foram: a ampliação da pobreza, principalmente, na Zona Oeste; a distorção na oferta de leitos (por especialidades e por regiões – as áreas mais carentes têm piores ofertas de serviços de saúde); insuficiência de unidades de rede básica; problemas de recursos humanos; baixa cobertura pela rede básica dos programas de Controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes; aumento dos casos de acidente vascular cerebral com insuficiência renal crônica ou com amputação; elevado custo pela desorganização do sistema; desproporção do gasto entre Prevenção e Medicina Curativa. As principais propostas apresentadas foram: aumentar e melhorar a

²⁸ O presidente desta comissão era o Deputado Estadual Paulo Pinheiro.

1.3. Política de Saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980

cobertura da rede básica; formular política de recursos humanos e acabar com a precarização; implementar o Programa Saúde da Família; investir nos pólos de diagnóstico e tratamento; redirecionar os leitos da cidade; cumprir a Lei Orgânica da Saúde; respeitar os princípios do SUS e acatar as determinações do controle social (Bravo, 2007).

O *Governo Rosinha Garotinho* foi eleito com o apoio do ex-governador Anthony Garotinho, mas não pelas alianças realizadas no período anterior. O secretário de saúde permaneceu o mesmo, mas diversos assessores não continuaram nos cargos.

Cabe destacar que foi no período da gestão Rosinha Garotinha, que ocorreu a crise da saúde no município do Rio de Janeiro. Essa crise atingiu o ápice com a decisão do conselho municipal de saúde do Rio de Janeiro de desabilitação do município da gestão plena de saúde, em 3 de março de 2005²⁹. A desabilitação do município teve como consequência a requisição pelo Ministério da Saúde da gestão de quatro hospitais federais (Lagoa, Ipanema, Andaraí e Cardoso Fontes) e duas unidades municipais (Sousa Aguiar e Miguel Couto) e o estado assumiu a gestão da saúde³⁰.

Por fim, é importante ressaltar que a política de saúde no Governo Rosinha não foi central tendo como características marcantes: desvio das verbas da saúde para programas assistencialistas; não cumprimento do plano elaborado para a Saúde no governo anterior; pouca valorização do controle social (Bravo, 2007).

Em 2007, foi eleito governador Sérgio Cabral Filho. O governador nomeou para a Secretária de Estado de Saúde e de Defesa Civil o Dr. Sérgio Côrtes, ex-diretor do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e coordenador do processo de intervenção do governo federal no município do Rio de Janeiro.

No início do mandato, o governador junto com o secretário estadual de saúde realizou visitas nos hospitais estaduais para fazer um diagnóstico da situação de saúde no estado. Durante as visitas, Sérgio Cabral afirmou que o estado é omissivo e comete “genocídio na saúde pública”.

O governador vem procurando uma maior articulação entre o governo federal e os municípios, em especial com a capital do estado. Nesta direção, uma das ações realizadas foi devolver a gestão plena da saúde ao município do Rio de Janeiro.

Algumas prioridades foram assumidas pelo secretário estadual de saúde: humanização do atendimento; investimento na atenção básica; criação de unidades de atendimento pré-hospitalar que ficarão, sobretudo, nas Zonas Norte e Oeste do município do Rio de Janeiro e na Baixada Fluminense; desprecarização do trabalho na saúde com o fim dos contratos precários³¹.

A proposta do governo estadual é transformar os hospitais estaduais em Fundação Estatal, entretanto, não especifica com detalhe a proposta, ou seja, quantas fundações³². O secretário não tem discutido com o Conselho Estadual e os trabalhadores as suas prioridades. Com relação ao atendimento pré-hospitalar definiu os locais sem ouvir sugestão do Conselho Estadual. Com relação às Fundações Estatais foi organizado um Seminário pela Secretaria de Saúde e Defesa Civil intitulado “Gestão Estadual da Saúde: Regulamentação – Fundação Estatal”, nos dias 6 a 8 de maio de 2007, em que os gestores foram convidados e o conselho e entidades dos trabalhadores souberam com um dia de antecedência.

Referências Bibliográficas

BRAVO, Maria Inês Souza; TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira; OLIVEIRA, Mariana Maciel do Nascimento; PEDREIRA, Rose Santos; SILVA, Matheus Thomaz. Luta pela Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão estratégica e Participativa. *Luta pela Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Breve Histórico da política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro e as Diversas Crises Vivenciadas no Setor. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Plano Regional – Reorganização do SUS na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, Antônio Ivo. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

PARADA, Roberto. A Construção do Sistema Estadual de Saúde: Antecedentes e forma de inserção. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Volume 11, n. 1. Rio de Janeiro: UERJ/REDE SIRUS/PROTAT, 2001.

²⁹ “Esta crise começou no segundo semestre de 2004, quando o prefeito César Maia anunciou que pretendia devolver ao Governo Federal os 28 hospitais, postos e maternidades que foram municipalizados em 1999. Diversas negociações foram feitas entre Ministério da Saúde e a prefeitura, mas não se conseguiu chegar a um acordo” (Bravo, 2007: 17).

³⁰ Em 20 de abril de 2005, o Supremo Tribunal Federal decidiu que os dois hospitais municipais deveriam voltar à gestão da Prefeitura do Rio. Além disso, a União não pode usar serviços, bens e serviços da prefeitura nos quatro hospitais federais municipalizados pelo Ministério da Saúde. No dia 5 de maio de 2005, o Ministério da Saúde e a Prefeitura do Rio de Janeiro assinaram um termo de acordo. Neste termo, o Ministério da Saúde reassume a gestão de quatro unidades hospitalares municipalizadas em 1999 (Lagoa, Ipanema, Andaraí e Cardoso Fontes) e a Prefeitura se compromete em expandir a estratégia de Saúde da Família (180 equipes de Saúde da Família até dezembro de 2005 e 260 equipes de Saúde da Família até dezembro de 2006) e apoiar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) se responsabilizando por 25% do custeio estimado para manutenção anual.

³¹ A Secretaria de Estado de Saúde e de Defesa Civil realizou uma seleção emergencial de trabalhadores de saúde, não por concurso público, substituindo os contratos precários por CLT.

³² Esta proposta de Fundação Estatal pelo regime do direito privado é muito polêmica conforme verificado nos textos sobre a Política de Saúde no governo Lula e no apresentado na segunda parte deste caderno específico sobre as fundações.

PARTE II

MODELOS DE GESTÃO NA SAÚDE

2.1. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal³³

Conceição Aparecida Pereira Rezende³⁴

Apresentação

Este texto tem por objetivo defender a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas nº 8.080 e 8.142 de 1990.

Nesta direção, vai reforçar o conteúdo constitucional e levantar questões relativas aos modelos de gestão que se originaram a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado (1995), elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), coordenado por Bresser Pereira no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, que aprofunda como idéias centrais a disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial. Este plano vai apresentar como propostas para transformar a gestão pública as Organizações Sociais (1995) e, posteriormente, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (1999).

Para finalizar, vai-se tecer algumas reflexões sobre a proposta de Fundação Estatal de Direito Privado, considerando-a carregada de todos os vícios já vivenciados na área da saúde da relação público-privada.

A gestão do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Constituição e na legislação vigente é uma estratégia consistente de reforma democrática do Estado. Tem como princípios, a Universalidade, a Integralidade e a Equidade no acesso aos serviços de saúde; a Hierarquização do Sistema e das ações e serviços de saúde; a Descentralização da Gestão, Ações e Serviços; a Participação da População na definição da política de saúde; o Controle Social da implementação da política de saúde e a Autonomia dos Gestores (gestão única em cada esfera de governo com a utilização de Plano e Fundo de Saúde para a gestão dos recursos orçamentários, financeiros e contábeis).

O Projeto Neoliberal e a Saúde Pública

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, de 1995

No Plano da Reforma do Estado encaminhado ao Congresso Nacional em 23 de agosto 1995, o Governo FHC partia do princípio de que as Funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las. Defendia que “nem tudo que é público é estatal” e afirmava que “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado”. Avaliava ainda, que “se o Estado não deixar de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador, coordenador e financiador, ele não irá recuperar a poupança pública”. Àquele modelo de gestão do Estado, chamou de “administração gerenciada”.

Em seu texto, o Governo defendia uma flexibilização nos controles da sociedade sobre as ações do Poder Executivo. Achava que “a constituição de 1988 exagerou neste aspecto, retirando do executivo a capacidade de iniciativa”.

Em seu Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, o Governo Federal concebeu o Estado, com 04 (quatro) setores importantes:

a) O Núcleo Estratégico

Entendia que o único papel exclusivo do Estado era o de preparar, definir e fazer cumprir as leis, e, estabelecer relações diplomáticas, além da defesa do território. Achava que o Estado deveria ter controle absoluto sobre estes setores que deveriam ter administração centralizada e verticalizada e de propriedade estatal. Eram eles: Poderes Legislativo e Judiciário; Ministério Público; Poder Executivo: Presidente da República, Ministros, auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas.

³³ Texto atualizado a partir de parecer apresentado por Grupo de Trabalho formado pelo Conselho Nacional de Saúde (Eni Carajá Filho, Francisco Batista Júnior e André Luiz de Oliveira, Membros do Conselho Nacional de Saúde, Conceição A. P. Rezende, como convidada, e a Técnica do CNS Maria Camila Faccenda, designada pela Secretaria Executiva para acompanhar os trabalhos), em 28 de junho de 2004, do qual participou Conceição A. P. Rezende, como Relatora do parecer que foi adaptado de Nota Técnica de sua autoria, de 30 de setembro de 2003, por solicitação do SIND-SAUDE/MG, a propósito de debate de Projeto de Lei 08/2003, que tramitou na Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, dispondo “ sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público OSCIP, institui e disciplina o termo de parceria e dá outras providências” .

³⁴ Psicóloga, Especialista em Saúde Pública e em Direito Sanitário. Assessora Técnica da Bancada do PT na Câmara dos Deputados (e-mail: conceimg@uai.com.br).

b) Os Serviços Monopolistas de Estado (atividades exclusivas do Estado)

Eram assim chamados, aqueles serviços, cujo principal usuário é o próprio Estado. “Não são atividades lucrativas” e, por isto, o Governo defendia mantê-los com o Estado, na forma de propriedade estatal, embora, para estes serviços defendesse o que chamou de “*modelo de gestão gerencial*”, como as “*agências autônomas*”, “*serviços sociais autônomos*”, com o objetivo de assegurar-lhes a flexibilização das relações de trabalho e dos controles da sociedade sobre as políticas públicas: de Fiscalização; Fisco do Meio Ambiente e do Aparelho Central da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social). Para este setor, o Governo propôs a transformação/qualificação dos Órgãos Públicos em Agências Executivas.

c) Os Serviços Sociais Competitivos

Para este setor, o Governo propôs a “*livre disputa de mercado*” entre as instituições privadas, com o objetivo de promover a “*eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas instituições privadas*”. Transmitia com isto, idéia do “*desperdício na administração pública*”. Estes serviços eram: Educação, Saúde, Cultura, Produção de Ciência e Tecnologia. Para estes setores, propôs a estruturação das Organizações Sociais (OSs), que seriam entidades de “*direito privado*”, “*sem fins lucrativos*”, que deveriam manter “*Contratos de Gestão*” com o Governo Federal, que entraria com o patrimônio (instalações/equipamentos), pessoal, recursos orçamentários e, em contrapartida, a entidade se responsabilizaria por um nível de atendimento da demanda social, podendo vender serviços conforme sua capacidade. Neste caso, a propriedade seria a “*pública não-estatal*”. O Governo FHC defendia que o Estado não deveria assumir novos serviços e que os mesmos deveriam ser ampliados, quando necessários, por meio das Organizações Sociais (OSs).

d) O Setor de Produção de Bens e Serviços para o Mercado

Seriam aqueles constituídos, na época, por empresas públicas que garantiam acesso da população a bens e serviços de infraestrutura. O Governo entendia que deveriam ser transferidas para empresas lucrativas (para o mercado). Para este setor, o Governo defendia a propriedade privada, com sistema de regulação por meio de agências. O Governo entendia que “*são atividades empresariais e devem ser transferidas integralmente para a iniciativa privada*”. Eram eles: Serviços de Água, Luz, Correios, Bancos, Pesquisas, etc.

Para cada um destes quatro Setores do Estado, o Governo propôs o que chamou de “*formas de propriedade*”:

- a) “*Propriedade Estatal*”, administração pública, composta por patrimônio público (administração direta e indireta, inclusive as agências);
- b) “*Propriedade Privada*”, entidades privadas, compostas por patrimônio privado (entidades da sociedade civil, com finalidade explícita de lucro);
- c) “*Propriedade Não-Estatal*”, constituída pelas organizações sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e que são orientadas diretamente para o atendimento do interesse público.

Para implementar este Projeto de Reforma do Estado, o

Governo apresentou várias Propostas de Emendas Constitucionais, que foram consolidadas no documento chamado PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUCIONAL - Quadro Comparativo - elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE.

Neste documento, as principais propostas de mudanças da Constituição recaíram sobre o Capítulo da Administração Pública; das Políticas Sociais, principalmente, sobre a Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social), e desta, uma proposta de alteração constitucional na área da Saúde, a chamada PEC 32 - Proposta de Emenda Constitucional número 32, que pretendia acabar com a universalidade do SUS. Graças a uma grande mobilização nacional em defesa do SUS, esta PEC 32 acabou sendo retirada pelo Governo.

A Política de Administração Pública é um instrumento fundamental para a Gestão do SUS. Dependendo de como o Governo pretende administrar esta política, os equipamentos e os trabalhadores públicos, haverá sempre repercussões pró ou contra a universalização e a integralidade das Políticas Públicas de um modo geral, principalmente para a Saúde, porque o SUS foi instituído, não apenas como um novo modelo de atenção à saúde, mas enquanto um modelo de gestão do Estado, federalizado, descentralizado, com comando único em cada esfera de governo e com pactuação da política entre as mesmas, com financiamento tripartite, com participação da comunidade e com controle social, dentre outros.

As medidas mais importantes, operadas a partir do Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado, do Governo de FHC foram:

- a) a aprovação da Emenda Constitucional 19/98;
- b) a aprovação da Emenda Constitucional 21/98;
- c) a Lei Complementar 101/2000 (Lei da Responsabilidade Fiscal);
- d) a Lei 9.801/99 da exoneração de servidores por excesso de despesas;
- e) a Lei 8.031/90, que instituiu o programa nacional de desestatização;
- f) a Lei 9.401/97, que instituiu as agências executivas;
- g) a Lei 9.637/98, que instituiu as Organizações Sociais, Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicação;
- h) a Lei Federal n.º 9.790, de 23 de março de 1999, que instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP.

As Organizações Sociais

As Organizações Sociais (OSs) foram concebidas no Brasil como instrumento de viabilização e implementação de Políticas Públicas, conforme entendidas no “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”

Em 1995 (junho/julho), o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) elaborou anteprojeto de lei e o Decreto de Regulamentação das Organizações Sociais. Estes documentos, que reafirmavam as posições dos documentos

anteriores, afirmavam que *“a garantia da eficiência e a qualidade dos serviços devem ser asseguradas pela descentralização da União para os Estados e destes para os Municípios, através de parceria com a sociedade, por Contratos de Gestão”*.

Em 1997, por meio da Medida Provisória nº 1591, o governo estabeleceu critérios para definir, sob a denominação de *“Organizações Sociais (OSs)”*, as entidades que, uma vez autorizadas, estariam aptas a serem *“parceiras do Estado”*, na condução da *“coisa pública”*. Aprovou-se no Congresso Nacional a Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998 que *“dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências”*.

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). Para dar consequência, instituiu o contrato de gestão (Art. 5º ao 10º), *“observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade”* (art. 7º), como instrumento a ser firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às OSs. E ainda (possivelmente o objetivo mais importante para o projeto político de governo da época), assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União (Art. 20), que atuem nas atividades previstas na Lei, por meio do Programa Nacional de Publicização (PNP), criado mediante decreto do Poder Executivo³⁵.

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”*, que podem todo o mais, tal como *“aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade”*.

A autoridade supervisora (órgão público ao qual está vinculado a OS) nomeia comissão de avaliação que deve encaminhar relatório conclusivo sobre a avaliação, precedida do relatório de execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

Como pode ser observado, com esta Lei, instituíram-se garantias

e condições para se programar o *“estado mínimo no país”* conforme proposto no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, por meio da terceirização/privatização de serviços públicos até então produzidos pelo Estado e da transferência de competências privativas da União, também para entes privados, que podem dispor de poupança, bens, patrimônio, créditos e servidores públicos para administrar seus próprios interesses e, ainda assim, serem declaradas como *“entidades de interesse social e utilidade pública”*, para todos os efeitos legais. Portanto, ao denominar estas entidades de organizações sociais, o Governo pretendia garantir um meio para retirar órgãos e competências da administração pública direta (programas, ações e atividades) e indireta (autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas públicas) e, além disto, garantir a transferência de seu ativo ao setor privado.

No caso da Saúde, a Lei ressaltou que *“a organização social que absorver atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde deverá considerar no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990”*.

A justificativa do Governo, entre outras, era de que as *“atividades não exclusivas de Estado”* (termos e conceitos tomados de uma proposta de governo e não da Lei) podem ser transferidas à iniciativa privada, sem fins lucrativos, sob o argumento de parceria e modernização do Estado, porque esta transferência resultaria em melhores serviços à comunidade; maior autonomia gerencial; maiores responsabilidades para os dirigentes desses serviços; aumento da eficiência e da qualidade dos serviços; melhor atendimento ao cidadão e menor custo. Além disso, o governo entendia que o Estado havia desviado de suas funções básicas para atuar no *“setor produtivo”*, o que teria gerado a deterioração dos serviços públicos e aumentado a inflação.

Com base nesta concepção de Estado e nesta justificativa, vários estados (Tocantins, Rio de Janeiro, Bahia e Roraima) e municípios (São Paulo, entre outros) passaram a transferir serviços de saúde a entidades terceirizadas tais como cooperativas, associações, entidades filantrópicas sem fins lucrativos (ou com fins lucrativos), entidades civis de prestação de serviços, etc., qualificadas como organizações sociais (OSs). Assim, por meio de contratos de gestão ou termos de parcerias, transferiu-se serviços diversos ou unidades de serviços de saúde públicos a entidade civil, entregando-lhe o próprio estadual ou municipal, bens móveis e imóveis, recursos humanos e financeiros, dando-lhe autonomia de gerência para contratar, comprar sem licitação, outorgando-lhe verdadeiro mandato para gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde³⁶, sem se preservar a legislação sobre a administração pública e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

³⁵ Estabeleceu-se que, para as extinções de serviços públicos e a absorção de atividades e serviços por organizações sociais, seriam garantidas a estas, as seguintes condições: cessão dos servidores dos quadros permanentes dos órgãos e das entidades extintos de forma irrecusável pelo servidor, com ônus para a origem; garantia de desativação das unidades extintas realizada por meio de inventário de seus bens móveis e imóveis e de seu acervo físico, documental e material, bem como dos contratos e convênios, com a adoção de providências dirigidas à manutenção, pelas organizações sociais, do prosseguimento das respectivas atividades sociais; transferência imediata dos recursos e das receitas orçamentárias de qualquer natureza, destinados às unidades extintas, para as OSs para a manutenção e o financiamento das atividades sociais até a assinatura do contrato de gestão; abertura de crédito especial junto ao Congresso Nacional; ter adicionada às suas dotações orçamentárias, recursos decorrentes da economia de despesa incorrida pela União com os cargos e funções comissionados existentes nas unidades extintas e créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão para compensar desligamento de servidor cedido.

³⁶ GONÇALVES, W. (Subprocurador Geral da República, Procurador Federal dos Direitos do Cidadão, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - Ministério

Houve inúmeras manifestações contrárias e impugnações em razão dessa terceirização de serviços de saúde públicos (quase todos os Conselhos Estaduais de Saúde, inúmeros Conselhos Municipais e conferências de saúde), além de representações junto à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e às Procuradorias Regionais dos Direitos dos Cidadãos nos Estados, por Confederações, Federações, Sindicatos, parlamentares, CONASEMS, entre outros. Em alguns casos, o Ministério Público apresentou ação civil pública contra esse tipo de terceirização (ex: Rio de Janeiro, Roraima e Distrito Federal).

No geral, este tipo de instrumento de gestão não teve a necessária legitimidade para se implantar e, afora os exemplos citados, pode-se afirmar que a implementação da experiência, em larga escala como haviam planejado, fracassou.

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)

Em 1999, a Lei Federal n.º 9.790, de 23 de março, instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, na esfera Federal de Governo. Esta Lei propõe “a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e institui e disciplina o Termo de Parceria”, tal como o Contrato de Gestão firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social³⁷.

Instituiu-se o Termo de Parceria, considerado como o instrumento a ser firmado entre o Poder Público e as entidades qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público destinado à formação de vínculo de cooperação entre as partes, resguardada a consulta aos Conselhos de Políticas Públicas das áreas correspondentes de atuação existentes, nos respectivos níveis de governo. Prevê que a execução do objeto do Termo de Parceria deve ser acompanhada e fiscalizada pelo órgão do Poder Público da área de atuação correspondente, por meio de comissão de avaliação, composta de comum acordo entre o órgão parceiro e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público que encaminhará à autoridade competente relatório conclusivo sobre a avaliação procedida, e ainda, pelos respectivos Conselhos de Políticas Públicas em cada nível de governo.

Estabelece que a OSCIP deva publicar regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, observando-se os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência.

As pessoas jurídicas qualificadas com base em outros diplomas legais, ou seja, as Organizações Sociais (OSs) poderão qualificar-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), sendo-lhes assegurada a manutenção simultânea dessas qualificações, até dois anos, contados da data de vigência desta Lei. No final deste prazo, a pessoa jurídica interessada em manter a qualificação prevista nesta Lei deverá optar por ela, fato que implicará na renúncia automática de suas qualificações anteriores. A não opção implica na perda automática da qualificação obtida nos termos desta Lei.

O objetivo deste dispositivo é, de fato, transformar as OSs em OSCIP porque estas possuem maior alcance e abrangência quanto aos seus objetivos e projeto político de terceirização e privatização de programas, atividades, ações e serviços públicos. Com a Lei das OSCIP, grande parte das ações de governo poderá ser transferida ao setor privado, conforme o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado/1995 (FHC), exceto as do chamado Núcleo Estratégico e Burocrático, que permanecem com o Estado e as do chamado Setor de Produção de Bens e Serviços que, o governo FHC entendia que “são atividades empresariais e devem ser transferidas integralmente para a iniciativa privada lucrativa”.

No caso das OSCIP, 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”, diferentemente do Programa de Publicização, que promove a extinção de órgãos ou entidades administrativas já existentes. Mas é caminho certo para que, em curto prazo, não sejam mais criadas ou mantidas entidades, na esfera pública, destinadas a prestação de serviços ou execução de atividades em diversas áreas. O Estado, enquanto tal, deixaria de estruturar-se, utilizando-se de uma forma contratual para atribuir, a entidades do setor privado, pré-existentes e que satisfaça os requisitos firmados nessa norma legal, a prestação de serviços à sociedade (Santos, 2000).

Os objetivos estabelecidos na “Lei das OSCIP” cumprem o previsto no Plano Diretor de Reforma do Estado, no qual, para os Serviços Monopolistas de Estado e para os Serviços Sociais Competitivos implementar-se-ia a gestão gerencial como as agências autônomas, os serviços sociais autônomos, as OSs e as OSCIPs, para garantir, especialmente, a flexibilização da força de trabalho, o enxugamento do Estado e a limitação do controle da social, mesmo que, como comprovado posteriormente, com descumprimento da Constituição Federal e das Leis vigentes.

³⁷ A Lei estabeleceu que “podem qualificar-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos” da Lei. Os “objetivos sociais” previstos são: promoção da assistência social; promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico; promoção da educação; saúde; promoção da segurança alimentar e nutricional; defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável; promoção do voluntariado; promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza; experimentação de novos modelos sócio-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito; promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar; promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais; estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos, e serão realizados mediante a execução direta de projetos, programas, planos de ações correlatas, por meio da doação de recursos físicos, humanos e financeiros, ou ainda pela prestação de serviços intermediários de apoio a outras organizações sem fins lucrativos e a órgãos do setor público que atuem em áreas afins.

Análise das Leis Federais do Ponto de Vista da Administração Pública e da Gestão do SUS

Do ponto de vista do regime jurídico do Direito Público, tanto as OSs quanto as OSCIPs são instituições de direito privado que, não fossem as leis específicas que as instituíram, poder-se-iam ser consideradas como pessoas jurídicas estranhas ao sistema jurídico administrativo nacional. Ademais, não tem encontrado respaldo ou legitimidade social onde quer que se tentem implantá-las.

As tarefas e competências fixadas pela Constituição Federal para a Administração Pública, a serem executadas sob o regime jurídico do Direito Público, somente podem ser alteradas por meio de emenda constitucional. Qualquer tentativa de burlar referidos limites configurará fraude constitucional, como ocorre com as organizações sociais (Santos, 2000) e com as OSCIPs.

E ainda, *“não é difícil perceber-se que as qualificações como organização social que hajam sido ou que venham a ser feitas nas condições da Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, são inválidas, pela flagrante inconstitucionalidade de que padece tal diploma”* (Bandeira de Mello, 2002).

“Em relação à Administração Indireta, na qual se incluem as autarquias, as fundações (de direito público ou privado, mas instituídas pelo Poder Público), as sociedades de economia mista e as empresas públicas, o sistema jurídico-constitucional vigente impõe fiscalização e controle de seus atos pelo Congresso Nacional (art. 49, X); fiscalização contábil financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, também pelo Congresso e pelo Sistema interno de cada Poder (art. 70); orçamento previsto na lei orçamentária (art. 165, § 5º, I); limite de despesas com pessoal (art. 169, § 1º). O ingresso em seus cargos e empregos dar-se-á mediante concurso público (art. 37, II). As compras e contratações serão precedidas de licitação pública, assegurada a igualdade de condições entre os licitantes (art. 37, XXI e 175)” (Santos, 2000).

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.

Com relação às OSs e às OSCIPs, o que as diferenciariam, do ponto de vista do regime do Direito Administrativo, das autarquias, das fundações, das sociedades de economia mista e das empresas públicas, em seus objetivos sociais e administrativos, que as faz totalmente privilegiadas em termos de poder discricionário?

O que se pretende com o controle interno e externo da administração direta e indireta, com o estabelecimento de licitações públicas para compra de bens e serviços e com o concurso público é a garantia, respectivamente, da eficiência na aplicação dos recursos públicos, da livre concorrência entre fornecedores de bens e produtos e de prestadores de serviços e da igualdade de acesso aos cargos disponíveis com recursos públicos. Enfim, do imperativo da prevalência dos princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade e da publicidade na administração/

gestão da coisa pública.

Quando a Lei das OSs estabelece que sejam qualificadas nesta condição somente as entidades privadas sem fins lucrativos, assim como a Lei das OSCIPs, mas concedem aos seus respectivos Conselhos de Administração a prerrogativa de dispor sobre o plano de cargos e salários e benefícios dos seus “empregados”, estão dispondo, em outras palavras, da possibilidade de utilizar-se de eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, divididos ou bonificações, auferidos mediante o exercício de suas atividades, distribuindo-os entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores ou empregados, na forma de suas remunerações, tais como em salários, gratificações, auxílios e benefícios diversos. A simples referência “*de mercado*” para livre remunerar os cargos dessas entidades, conforme diz as citadas Leis, não oferece garantias de gestão compatível com o interesse público. Totalmente incompatível também é a discricionariedade autorizada (apenas por essas Leis, contrárias à Constituição) para livre contratar.

Sobre a inconstitucionalidade e a ilegalidade da terceirização, faz-se necessário lembrar ainda, que a Constituição Federal, em seu art. 196, estabelece que a saúde seja “*direito de todos e dever do Estado*” e nos arts. 203 e 204 (a Assistência Social) e 205, caracteriza-se a educação e o ensino também, como deveres do Estado, o que o impede (Estado) de desresponsabilizar-se da prestação destes serviços, restando ao setor privado o papel apenas de complementaridade, na forma da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993.

Conforme o art. 2º, da Lei n.º 8080/90:

“Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”

O SUS, composto por ações e serviços de saúde, “*integra uma rede regionalizada e hierarquizada*”, com descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (art. 198, CF), assim definido na Lei n.º 8080/90:

“Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.”

A iniciativa privada tem participação complementar na prestação de serviços de saúde ao SUS (Art. 196, da CF) que se caracterizam como serviços de relevância pública (art. 197, da CF). Quando a capacidade instalada do Estado for insuficiente, tais serviços podem ser prestados por terceiros, ou seja, pela capacidade instalada de entes privados, tendo preferência, entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (§ 1º, art. 199 CF). Também, o art. 24 da Lei n.º 8080/90 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.”

O que ocorreu, de fato, com as terceirizações previstas na Lei das OSs foi a transferência, pelo Estado, de suas unidades hospitalares, prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos e, muitas vezes, pessoal para a iniciativa privada.

Os Contratos de Gestão e os Termos de Parcerias Previstos entre o Estado, as Organizações Sociais e as OSCIPs, respectivamente

O art. 199, § 1º, 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.”*

Maria Sylvia Zanella di Pietro, ao analisar o art. 199, § 1º da CF, ensina:

*“A Constituição fala em contrato de direito público e em convênio. Com relação aos contratos, uma vez que forçosamente deve ser afastada a concessão de serviço público, por ser inadequada para esse tipo de atividade, tem-se que entender que a Constituição está permitindo a **terceirização**, ou seja, os contratos de prestação de serviços do SUS, mediante remuneração pelos cofres públicos. Trata-se dos contratos de serviços regulamentados pela Lei n.º 8.666, de 21.6.93, com alterações introduzidas pela Lei n.º 8.883, de 8.6.94. Pelo art. 6º, inc. II, dessa lei, considera-se **serviço** “toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da Administração, tais como: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro ou trabalhos técnico-profissionais”*

(...)

“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 assumia 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 prestada 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”

(...)

“A Lei n.º 8080, de 19.9.90, que disciplina o Sistema Único de Saúde, prevê, nos arts. 24 a 26, a participação complementar, só admitindo-a quando as disponibilidades do SUS “forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área”, hipótese em que a participação complementar “ser formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público” (entenda-se, especialmente, a Lei n.º 8.666, pertinente a licitações e contratos). Isto não significa que o Poder Público vai abrir mão da prestação do serviço que lhe incumbe para transferi-la a terceiros; ou que estes venham a administrar uma entidade pública prestadora do serviço de saúde; 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, 2002:123).

O Ministério da Saúde, em 26 de outubro de 1993 (DOU de 03.11.93) editou a Portaria MS n.º 1.286, que *“dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços entre o Estado, o Distrito Federal e o Município e pessoas naturais e pessoas jurídicas de direito privado de fins lucrativos ou filantrópicos participantes, complementarmente, do Sistema Único de Saúde”*³⁸.

O regime do Direito Administrativo no Brasil estabelece que as relações entre a Administração Pública e o Setor Privado devem ser estabelecidas quando e enquanto a capacidade de oferta do Estado estiver esgotada e devem basear-se nas necessidades da população, sendo formalizadas por meio de contrato ou convênio. Os termos *“contrato de gestão”* (OSs) e *“termos de parcerias”* (OSCIP), não podem ser nada mais, nada menos do que apelidos dos citados instrumentos jurídicos, devendo conter os itens mínimos necessários, conforme previstos nas normas vigentes e não garantem atalhos no cumprimento da Lei.

Vejamos o que estabelece o parágrafo único do art. 2º da Lei 8.666, de 21/06/1993:

“Considera-se contrato todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da administração pública e particulares em que haja um acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação utilizada.”

E ainda, o art. 166 da mesma Lei, assim estabelece:

“aplicam-se as disposições desta Lei, no que couberem, aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração”.

³⁸ A Portaria identifica a necessidade de se recorrer à iniciativa privada, *“quando as disponibilidades do Estado forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária”*. Também o art. 2º da Portaria n.º 944, de 12.5.94, publicada no DOU de 13.5.94, estabelece as regras para a participação das entidades filantrópicas nos serviços do SUS: *“Depois de esgotada a capacidade de prestação de ações e serviços de saúde, pelos órgãos e entidades da Administração Pública direta, indireta e fundacional, a direção do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo dará preferência, para participação complementar no sistema, às entidades filantrópicas e às entidades sem fins lucrativos, com as quais celebrará convênio.”*

SÍNTESE DO MODELO DE GESTÃO DO SUS, DAS OSs E DAS OSCIPs

Sistema Único de Saúde (SUS)	Organizações Sociais (OS)	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)
Gestão Única do Sistema de Saúde em cada esfera de Governo (Gestão do Sistema e da Rede de Ações e Serviços).	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OS.	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OSCIP.
Descentralização da Gestão entre as três esferas de Governo.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.
Hierarquização dos Serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único.	Autonomia Gerencial dos Serviços de cada OS.	Autonomia Gerencial dos Serviços de Cada OSCIP.
Financiamento Solidário entre as três esferas de Governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OS, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OSCIP, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
Regionalização	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.
Universalidade e Integralidade da Atenção à Saúde	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OS.	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OSCIP.
Participação da Comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde.	Inexistente.	Inexistente.
Controle Social, com Conselhos de Saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos.	Inexistente. O Controle Social tal como previsto na Lei 8.142/90 é substituído pelos tradicionais conselhos de administração internos da entidade, com paridade diferente daquela estabelecida na Lei 8.142/90 e não é deliberativo.	Inexistente. Somente a celebração do Termo de Parceria é precedida de consulta (?) aos Conselhos de Políticas Públicas existentes, das áreas correspondentes de atuação.

Outros Problemas Advindos da Adoção de OSs e OSCIPs para a Administração Pública e para o SUS

A introdução da *administração gerenciada*, como mecanismo de gestão para o SUS, é um subterfúgio para a terceirização e a privatização de serviços do setor saúde e se transforma em problemas previsíveis, como demonstra a história da saúde no Brasil:

- a) transferência de “poupança pública” ao setor privado lucrativo;
- b) repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos a empresas de Direito Privado;
- c) desregulamentação do Sistema Público de compra de bens e serviços (Lei 8.666/Lei das Licitações);
- d) os Servidores Públicos, cedidos às OSs continuarão vinculados aos seus órgãos de origem, integrando um “Quadro em Extinção”, desenvolvendo atividades para o setor privado;
- e) com as OSs e as OSCIP, vislumbram-se a implementação da terceirização de serviços públicos como regra e o fim do Concurso Público, forma democrática de acesso aos Cargos Públicos;
- f) desprofissionalização dos Serviços, dos Servidores Públicos e desorganização do processo de trabalho em saúde;
- g) flexibilização dos contratos de trabalho;
- h) desmonte da Gestão Única do SUS;
- i) recentralização da gestão de várias políticas públicas e da gestão do SUS nos Ministérios e nas Secretarias de Estado;
- j) a hierarquização dos serviços de saúde estará comprometida, na medida em que cada serviço terceirizado/privatizado tem em si a característica de autonomia em relação à Administração Pública e ao SUS. Fica comprometido o Sistema de Referência e Contra-Referência.

Em “Parecer sobre a Terceirização e Parcerias na Saúde Pública”, assim expressou o Subprocurador Geral da República, Dr. Wagner Gonçalves:

- a) “... face ao disposto na Constituição (art. 196 e seguintes) e na Lei n.º 8.080/90, o Estado tem a obrigação de prestar diretamente os serviços públicos de saúde;
- b) a iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) participa na prestação de tais serviços quando a capacidade instalada do Estado (prédios, equipamentos, corpo médico, instalações, etc.) for insuficiente para atender a demanda;
- c) dá-se preferência, pelas regras vigentes, às entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, que são chamadas a participar do Sistema Único de Saúde - SUS de forma complementar (e com sua capacidade instalada) para auxiliar o Estado no atendimento à população;
- d) a saúde é livre à iniciativa privada que, mesmo fora do

Sistema Único de Saúde, também exerce serviços de relevância pública;

- e) a correta leitura do art. 197 da CF (e face às demais regras vigentes) é a de que a execução dos serviços de saúde deve ser feita diretamente (pelo Estado) ou por terceiros (hospitais e unidades hospitalares de entidades filantrópicas que venham a integrar o SUS), os quais comparecem com sua capacidade instalada e em caráter complementar, e por pessoa física ou jurídica de direito privado (consultórios médicos e hospitais privados não filiados ao SUS). Todos exercem serviços de relevância pública, mas aqueles prestados pelo Estado são de natureza essencialmente pública, integral e universal, caracterizando-se como direito fundamental e dever do Estado;
- f) não é possível, face às regras vigentes, aos Estados transferirem a gestão, a gerência e a execução de serviços públicos de saúde de hospitais ou unidades hospitalares do Estado para a iniciativa privada;
- g) a dispensa de licitação em qualquer caso, seja para a escolha de parceiros para o SUS, com exceção de casos especialíssimos de entidades filantrópicas (que atuarão não com a capacidade instalada do Estado, mas com seus próprios prédios e meios), seja para compra de material ou subcontratação, é ilegal e fere a Constituição;
- h) não se pode confundir assessoria gerencial que se presta à direção de um determinado hospital público (que pode inclusive ser contratada pelo Poder Público mediante licitação) com a própria gerência desse hospital;
- i) a atividade de prestação de serviços públicos de saúde rege-se pelo regime de direito público, com as implicações decorrentes. Isso se aplica aos contratos ou convênios realizados com o Poder Público;
- j) as leis estaduais e municipais, que pretendem transferir à iniciativa privada a capacidade instalada do Estado em saúde, são ilegais e inconstitucionais;
- k) a Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998 (originária da MP n.º 1.591/97), no que se refere à saúde, é inconstitucional e ilegal quando: dispensa licitação (§ 3º art. 11); autoriza a transferência para a iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) de hospitais e as unidades hospitalares públicas (ex.: art. 1º, quando fala em saúde; art. 18, quando fala em absorção e quando fala em transferência das obrigações previstas no art. 198 da CF e art. 7º da Lei n.º 8080/90; e art. 22, quando fala em extinção e absorção);
- l) a Lei n.º 9.637/98 colide frontalmente com a Lei n.º 8080/90 e com a Lei n.º 8.152, de 28 de dezembro de 1990. Desconhece, por completo, o Conselho Nacional e os Conselhos Estaduais, que têm força deliberativa;
- m) a Lei n.º 9.637/90 nega o Sistema Único de Saúde – SUS como previsto na Constituição, já que introduz um vírus – organizações sociais –, que é a antítese do Sistema;
- n) a terceirização da Saúde, seja na forma prevista na Lei n.º

9.637/90, como nas formas similares executadas pelos Estados – e antes mencionadas – dá oportunidade a direcionamento em favor de determinadas organizações privadas, fraudes e malversação de verbas do SUS;

- o) a terceirização elimina licitação para compra de material e cessão de prédios, concurso público para contratação de pessoal e outros controles próprios do regular funcionamento da coisa pública. E pela ausência de garantias na realização dos contratos ou convênios, antevêm-se inevitáveis prejuízos ao Erário Público.”

E ainda, o Ministério Público Federal, pelos “Procuradores da Cidadania”, decidiu no V Encontro Nacional dos Procuradores dos Direitos do Cidadão³⁹, que deve atuar em defesa do Sistema Único de Saúde – SUS, tal como concebido na Constituição de 1988 e na Lei nº 8.080/90, adotando as providências necessárias, a nível administrativo e judicial, para:

- a) “coibir a terceirização ou transferência dos hospitais e unidades hospitalares públicos para a iniciativa privada, com ou sem fins lucrativos;
- b) argüir a ilegalidade e inconstitucionalidade de tais transferências, tanto no seu aspecto macro (ação civil pública contra a lei estadual, por exemplo) como nas questões pontuais (falta de licitação e outros aspectos do contrato ou convênio).”

O Ministério da Saúde, também, solicitou à Consultoria Jurídica⁴⁰ esclarecimentos “sobre o repasse de verbas da União para Estados e municípios que financiam projetos de gestão baseados em legislação local, como no caso de Organizações Sociais, com destaque para Lei Baiana nº 8.647, de 29 de julho de 2003, que fomenta a absorção, pelas Organizações Sociais Baianas, de atividades e serviços de interesse público atinente à saúde, entre outros”, que teve o seguinte entendimento:

“Leis que fomentam a absorção, pelas Organizações Sociais, de atividades e serviços de interesse público atinentes à saúde, como a do Estado da Bahia, Lei nº 8.647, de 29 de julho de 2003, são INCONSTITUCIONAIS.”

(...)

“as Organizações Sociais, de regra, não podem exercer serviço público delegado pelo Estado, mas, sim, atividade de natureza privada, com incentivo do Poder Público”.

Fundação Estatal de Direito Privado: Novidade ou Neoliberalismo Requentado?

O Projeto de Lei Complementar 92/2007, apresentado ao Congresso Nacional, pelo Poder Executivo, em 13/07/2007, propõe regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas

pelo poder público. Propõe que, mediante lei específica, poderá ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, e, somente direito privado, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva do Estado, nas seguintes áreas: saúde, incluindo os hospitais universitários – neste caso, precedido de manifestação do conselho universitário -, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público (art. 40, §§ 14 e 15, da CF), comunicação social, e promoção do turismo nacional.

Na Exposição de Motivos informa que a criação de fundação estatal dar-se-á por lei específica, que estabelecerá a sua personalidade jurídica, se de direito público ou privado. Destaca que a proposta apenas autoriza o Poder Público a criar a fundação estatal e que, no caso de fundação estatal de direito privado, o Projeto prevê que somente poderá ser instituída para desempenho de atividades que não sejam exclusivas do Estado (Bresser Pereira, 1995), de forma a vedar a criação de entidade de direito privado para exercício de atividades em áreas em que seja necessário o uso do poder de polícia.

O Plano Diretor (Bresser Pereira, 1995) estabelecia que os Serviços não-exclusivos do Estado, visam:

“transferir para o setor público não-estatal estes serviços (principalmente saúde), através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter direito a dotação orçamentária; lograr maior autonomia e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; lograr adicionalmente um controle social direto desses serviços...; lograr, finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações; aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços” (grifo nosso).

As diretrizes do Plano Diretor para o setor saúde eram:

- a) a contenção de gastos públicos e a flexibilização dos procedimentos de compras e contratações, especialmente da força o trabalho;
- b) a focalização em detrimento das políticas universais (custo-efetividade);
- c) a reorientação dos recursos públicos para o Setor Privado;
- d) o controle do “corporativismo” - combate à organização (social e sindical especialmente).
- e) a “Descentralização”: Estado ! Terceirização ! Privatização e o incentivo a mecanismos de competição.

O documento do Ministério do Planejamento Orçamento e

³⁹ Realizado de 19 a 21 de novembro de 1997, na Procuradoria - Geral da República.

⁴⁰ LEITE, Valdemar de Oliveira, PARECER C/J/GAB/VL Nº 2835/03.

2.1 O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal

Gestão (MPOG), de 10 de junho de 2007, afirma que defende um “Estado forte para se defender do controle privado”. Como? Se a proposta é a criação de Entidade de Direito Privado com tudo o que ela agrega contrária aos princípios do SUS e carregada de desvios por demais conhecidos na área da saúde? A saúde pública é muito jovem no Brasil. Os instrumentos privatistas são por demais conhecidos no setor saúde.

Para quem e a quem interessa a *autonomia gerencial* da Fundação (uma entidade) se a gestão do SUS, nas três esferas de governo e as ações e serviços de saúde, inclusive os serviços contratados são, por natureza, interdependentes e intersetoriais, subordinados ao princípio da gestão única em cada esfera de governo?

Que *autonomia orçamentária* existiria na Fundação, dependente hierárquica e financeiramente da administração direta, se a maior parte dos recursos seria de origem estatal, repassados pelos *gestores públicos*, sujeitos a contingenciamentos orçamentários e a controles públicos, pela natureza de sua origem (públicos), assim como a arranjos de prioridades assistenciais? Se a falta de agilidade é uma das razões da falta de autonomia da administração direta, segundo o texto disponível no sítio do MPOG e se a administração pública não possui nenhuma autonomia, que autonomia terá um órgão dependente dessa estrutura para funcionar? Esta é uma falsa justificativa para razões aparentemente visíveis...

Que patrimônio próprio é o que se pretende atribuir à dita Fundação, se adquirido por doação do Estado por benesse dos governantes de plantão?

A unicidade do sistema nacional de saúde e a gestão única em cada esfera de governo constituíram-se em princípios do SUS tão importantes nos debates durante a Constituinte que a concepção/acordo foi de que, em todas as esferas de governo, fossem extintos todos os órgãos e entidades da administração indireta existentes na época vinculados ao MS: INAN, INAMPS, LBA, FUNASA, etc. A previsão era de que o mesmo deveria ocorrer, em todas as esferas de governo, com as administrações indiretas vinculadas a estados e municípios. Inúmeros estados e municípios brasileiros haviam instituído *fundações públicas de direito privado* (especialmente na década de 1970) para gerir o sistema ou serviços de saúde. Naquele momento, estavam caracterizados os equívocos do modelo de Organização/Gestão/Gerência do setor saúde, pulverizadas em órgãos do Estado nas formas de fundações, autarquias, institutos, etc..

De acordo com a Constituição Federal e a Lei nº 8080/90 é obrigação do Estado:

- a) prestar serviços de saúde diretamente;
- b) quando a capacidade instalada do Estado for insuficiente, tais serviços podem ser prestados por terceiros, ou seja, pela capacidade instalada de entes privados, tendo preferência entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (§ 1º, art. 199 CF) mas, jamais a entrega de capacidade já instalada pelo Estado, a terceiros;
- c) pode prestar serviços de saúde por meio de entidades privadas, desde que estas se submetam às regras do SUS, de forma complementar e para que o Estado possa, no atendimento da Saúde pública, utilizar-se também da capacidade instalada destes entes privados.

d) O art. 199, § 1º, 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.”

e) O art. 24 da Lei nº 8080/90 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.”

Para Meirelles, H. L. *apud* Gonçalves, W. (1998):

“Serviços próprios do Estado são aqueles que se relacionam intimamente com as atribuições do Poder Público (segurança, polícia, higiene e saúde pública, etc.) e para a execução dos quais a Administração usa da sua supremacia sobre os administrados. Por esta razão, só devem ser prestados por órgãos ou entidades públicas, sem delegação a particulares. Tais serviços, por sua essencialidade, geralmente são gratuitos”

O modelo de descentralização: Estado ! Terceirização ! Privatização, adotado pelo projeto neoliberal não é compatível com o modelo de descentralização do SUS: União ! Estado ! Município ! Rede de Ações de Serviços de Atenção à Saúde, cujo modelo foi tema da 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992) – “Saúde: a Municipalização é o Caminho”.

No processo constituinte (1998), já se tinha a avaliação de que uma das principais mazelas da disfuncionalidade do sistema de saúde era a forma de gestão do trabalho vigente, um dos principais fatores que inviabilizava o funcionamento adequado do sistema. Nos dezenove anos de implementação do SUS, vários problemas identificados no setor saúde estão sendo enfrentados, tais como a descentralização, que está a caminho, embora a regionalização e a hierarquização do sistema sigam a passos lentos. O controle social do SUS e a participação popular que, embora com baixo grau de autonomia, vem se implementando país a fora. O processo de negociação intergestores bi e tripartite, freqüentemente tem procedido independente do controle social. O financiamento do SUS que, apesar de insuficiente, já se ampliou nos últimos anos, após a aprovação da Emenda Constitucional 29/2000. No entanto, a forma de gestão da força de trabalho do setor (quase escravagista), não só, não foi alterada, como foi amplamente precarizada e submetida a novos modos de degradação, tais como a ausência de concurso público, vínculos múltiplos e ilegais, ambientes de trabalho insalubres, construção de uma visão desqualificadora do trabalho no setor público, adoção de mecanismos nefastos de competitividade e valorização desigual dos trabalhadores em condições de trabalho idênticas, dentre outras.

Considerações Finais

Após avaliação a respeito da instituição de “novas” modalidades de gestão para o SUS e uma detida reflexão sobre a situação em que se encontrava a gestão do Estado brasileiro durante o período da Constituinte, é necessário que se leve em consideração os seguintes aspectos:

- a) Ao proporem “novidades” para a reforma do Estado,

especialmente para a gestão do SUS, que realizou umas das mais importantes reformas que o Estado brasileiro já fez (embora setorial), os gestores e governantes devem conhecer e incorporar a concepção filosófica de que a “*administração gerencial*”, na forma de “*propriedade pública não-estatal*” em todas as suas formas de apresentação, a exemplo do que foi proposto no Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (1995), já rejeitada pelo Conselho Nacional de Saúde para o SUS; dos consórcios privados e da Fundação Estatal de Direito Privado, são maneiras, subterfúgios e apelidos de transferência de responsabilidade do Estado com relação à saúde para o setor privado e não se coaduna com o modelo de gestão do SUS, tal como definido constitucionalmente.

- b) É importante refletir sobre as chamadas “*áreas não exclusivas do Estado*” e a Saúde: a Constituição Federal admitiu a prestação de serviços privados de saúde de forma complementar ao SUS e não substitutiva a serviços ou órgãos do SUS, principalmente, onde os serviços já são públicos, como são os Hospitais Universitários, os Hospitais Federais, Estaduais, Municipais, do Distrito Federal e quaisquer serviços existentes ou a serem instituídos com recursos públicos.
- c) O documento Modelos de Gestão - Formas jurídico-institucionais da Administração Pública – Conceitos e Características principais - do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, não considerou o Modelo de Gestão do SUS, das Políticas de Assistência Social (SUAS) e de Segurança Pública (SUSP) vigentes no País. Não analisou seus modelos de gestão e seus processos de implementação, para concluir que o modelo de gestão de órgãos do SUS necessita ser alterado para se assegurar eficiência à sua gestão. Também não apresentou quaisquer análises da experiência/aventura administrativa que foi a adoção das OSs e as OSCIPs.
- d) O Sistema Único de Saúde realiza ações e serviços públicos de relevância pública, inclusive aqueles prestados pela iniciativa privada fora do SUS, a chamada Saúde Suplementar. As ações de saúde não são exclusivas do Estado, mas exigem, permanentemente, o exercício do poder e da autoridade estatal, ao contrário do que assegura o texto da Mensagem que encaminhou o PLP 92/2007 ao Congresso Nacional, para serem executadas conforme a necessidade da população, e não, de acordo os interesses privados e econômicos.
- e) O modelo de gestão no SUS está inscrito na Constituição

Federal de 1988 e nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

- f) As instâncias de Controle Social do SUS já deliberaram sobre propostas para gestão de órgãos do SUS, a saber:
- as Diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde, em especial a 8ª, 10ª, 11ª e 12ª sobre o modelo de gestão do SUS;
 - a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 223/1997, sobre as Organizações Sociais;
 - a Deliberação do Conselho Nacional de Saúde nº 001 de 10 de março de 2005, com o seguinte teor: Posicionar-se contrário à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, a 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).
 - O Conselho Nacional de Saúde recusou a proposta de Fundação Estatal para o Sistema Único de Saúde, em sua 174ª Reunião, de 13 de junho de 2007.

Referências Bibliográficas

- BANDEIRA DE MELLO, C. A. *Cursos de Direito Administrativo*, 14ª Edição, São Paulo: Malheiros Editores, 2002.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 05/ out/1988.
- _____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde: Lei 8080 de 19/set/1990.
- _____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde: Lei 8142 de 28/dez/1990.
- BRESSER PEREIRA, L. C. *A reforma do aparelho de Estado e a Constituição brasileira*. Brasília: MARE/ENAP, 1995.
- GONÇALVES, W. *Parecer sobre Terceirização e Parcerias na Saúde Pública*, 27 de maio de 1998.
- PIETRO, M. S. Z. di. *Parcerias na Administração Pública*. 2ª ed., São Paulo: Atlas, 2002.
- SALGADO, V. A. B., Secretaria de Gestão, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Modelos de Gestão de Gestão - Formas jurídico-institucionais da Administração Pública - Conceitos e características principais, www.planejamento.gov.br, 10 de junho 2007.
- SANTOS, L. A. dos. *Agenciamento, Publicização, Contratualização e Controle Social - Possibilidade no Âmbito da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília/DF: Editora: Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar – DIAP, 2000.

2.2. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital⁴¹

Sara Granemann⁴²

Desde a contra-reforma 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 inédito⁴³ 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 contra-reforma do Estado do governo Lula da Silva ser oficialmente divulgado por autoridades governamentais, propostas e manifestações de um grupo de

pesquisadores apresentadas em eventos científicos⁴⁴ da área da saúde pareciam atuar como ‘balão-de-ensaio’ ao projeto de contra-reforma do Estado. Tais apresentações, 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**⁴⁵ 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 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 contra-reforma 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’

⁴¹ Texto ampliado da apresentação realizada pela autora na Mesa-Redonda “A Proposta de Transformação dos Institutos e Hospitais Federais em Fundação Estatal”, do Seminário “A Política de Saúde na Atualidade – alguns desafios”, ocorrido em 30 de novembro de 2006, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

⁴² Professora Adjunto da Escola de Serviço Social da UFRJ (e-mail: sgranemann@uol.com.br).

⁴³ O relatório pode ser encontrado na página do Banco Mundial para o Brasil (www.bancomundial.org.br), sob o seguinte título: Governance 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”.

⁴⁴ 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 Sundfeld – Sunfeld Advocacia/SP e . Poucos meses depois, em Evento na UERJ, alguns dos signatários do trabalho anterior apresentaram o seguinte estudo: 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.

⁴⁵ 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!

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 contra-reforma 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 contra-reforma do Estado brasileiro, realizada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso. A Emenda Constitucional nº 19/98, em seu artigo 37 inciso 19, conforme os 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 cristalinas conclusões sobre a natureza deste projeto de fundações estatais:

1. é um projeto de contra-reforma 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 contra-reforma 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 elege 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 encontrá-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 aplicado 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 atualizadas⁴⁶ das parcerias público-privadas, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

⁴⁶ 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.

(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 privatizações.

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 no 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 financeiras⁴⁷, 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.
3. 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/Banco Mundial?): o Estado é ineficaz e uma das razões centrais de sua 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 aberta⁴⁸ – aos preceitos dos governos do capital.
4. 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 sociais 16 (e o campo das fundações estatais, diferentemente das empresas públicas, são serviços públicos de cunho social) gozarão de imunidade

⁴⁷ Ver MPOG; 2007, págs. 14 e 22.

⁴⁸ 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.

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’⁴⁹, 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 que 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, tomar-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.

Referências Bibliográficas

- AZEVEDO, C; NETO, F. C. B.; SILVA, J. C.; SANTOS, L.; BARBOSA, P.; GRABOIS, V.; SUNFELD, 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.
- BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma – desestruturação do estado e perda de direitos*. São Paulo. Cortez, 2003.
- GRANEMANN, Sara. *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/gestao
- 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.
- Site Consultado
- Banco Mundial: <http://www.bancomundial.org.br>

⁴⁹ 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.

2.3. Modelo de Gestão para o Hospital Ronaldo Gazola e a Proposta de Fundação “Estatal” de direito privado – grave retrocesso⁵⁰

Jorge Darze⁵¹

A importância de eventos como esse é fundamental, principalmente, para aqueles que atuam na área da saúde. O Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SinMed/RJ), como órgão de representação dos médicos, tem o compromisso de participar de tais encontros, pois surgem opiniões distorcidas da compreensão do trabalho médico no cenário da saúde pública.

As mudanças que aconteceram no Brasil, principalmente no que diz respeito à saúde pública, foram precedidas de luta. A própria situação do Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo referência ao processo Constituinte de 1988, foi uma verdadeira luta que se travou no Congresso Nacional, exatamente num debate que apontava para a constituição de um projeto de saúde para o nosso país. O debate do setor privado com o setor público foi sanguinário e se optou, num determinado momento, por incluir o setor privado como forma de complementar essa assistência, numa perspectiva de se chegar a um acordo, visando dar prosseguimento à discussão dos demais capítulos que compunham a Constituição Brasileira⁵².

Embora tenha-se sofrido uma derrota parcial, alcançou-se o possível para aquele momento histórico e mesmo tendo concebido a idéia do SUS, seu modelo está longe de representar a realidade que a legislação estabelece. É evidente que a luta continua. É preciso reconhecer que o momento atual que o país vive é de grande preocupação para todos nós e diz respeito aos destinos da nossa nação, mas ele também contém ingredientes que nos dão a perspectiva de luz no fim do túnel. A grande questão hoje, nem é a objetividade do tema da discussão, porque já temos certa dose de consciência dos fatos graves que têm colocado obstáculo ao crescimento do nosso país. Vejo que o maior problema é o fator subjetivo: o da organização da sociedade no enfrentamento dessa luta. Portanto, falar disso é falar exatamente do capítulo do controle social, representado pelos conselhos, mas também por inúmeros outros movimentos que têm ocorrido pelo país afora, exatamente numa perspectiva de viabilizar conquistas que possam levar à frente este importante projeto, o texto do SUS, que talvez seja o mais avançado do planeta.

Por mais que o debate da última eleição tenha sido caloroso, o governo brasileiro já foi eleito e tem como presidente, Lula. Entretanto, isso não quer dizer que estamos dando cheque em branco a todas as suas políticas, principalmente, àquelas do campo social.

Outro desafio que precisa ser enfrentado, é a organização da sociedade para que possamos empurrar o governo no campo que nos atenda e que atenda aos interesses da população brasileira. O governo foi eleito sem a credencial do cheque em branco, e esse cheque precisa ser preenchido por todos nós.

É necessário fazer tal introdução porque a questão do Hospital Ronaldo Gazolla (Acari) não é um assunto isolado, mas está inserido nesse contexto político, e que quando é aberto na agenda do Seminário “Políticas de Saúde na Atualidade: alguns desafios” e se coloca como proposta de mesa “Os Modelos de Gestão no Município do Rio de Janeiro”, trazendo para o debate o projeto do Hospital de Acari, é porque de fato esse é um projeto que hoje ganha corpo e que tem feito, inclusive na Academia, alguns ilustres pesquisadores advogarem em favor da idéia/tese, e até formular propostas no campo da privatização da gestão como alternativa para superar as dificuldades encontradas no SUS. E nós, que defendemos uma posição contrária, somos rotulados como pessoas do passado, aqueles que estão comprometidos com o atraso, e eles os que estão comprometidos com o “avanço”, com o “progresso”. Temos que fugir desses rótulos para trazer o debate para o ambiente que vai definir o que cada um pensa a respeito de tais projetos. É lamentável reconhecer que nessa luta perdemos muitos companheiros, que sucumbiram diante de interesses individuais, e hoje, são os verdadeiros formuladores. Foram citadas aqui algumas pessoas, que no passado tiveram participação em lutas importantes, como recentemente na gestão Marcello Alencar, em que se propôs privatizar a gestão dos hospitais públicos da rede estadual de saúde, com a proposta de transformá-los em Organizações Sociais. Muitos dos que endossaram aquele projeto estiveram no caminho da luta pela redemocratização do país. Esses momentos fazem parte da vida, são momentos de dificuldade porque esses companheiros poderiam estar somando com todos nós.

O Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro é contrário a privatização do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (Acari), considerando-a uma “receita ilegal”, cheia de “contra-indicações”, uma proposta que agride o interesse público, embora a Prefeitura do Rio de Janeiro alegue que a privatização da gestão hospitalar garanta o bom atendimento. O SinMed lutou na Justiça ao lado da população na defesa dos usuários do SUS e pela garantia da universalização do acesso ao serviço público de qualidade,

⁵⁰ Apresentação realizada na Mesa-Redonda: “Os Modelos de Gestão no Município do Rio de Janeiro: Hospital Ronaldo Gazolla (Hospital de Acari)”, do Seminário: “A Política de Saúde na Atualidade: alguns desafios”, ocorrido no dia 30 de novembro de 2006, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

⁵¹ Presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SinMed/RJ).

⁵² Está se referindo a função do setor privado ser complementar ao setor público.

2.3 Modelo de Gestão para o Hospital Ronaldo Gazola e a Proposta de Fundação “Estatal” de direito privado – grave retrocesso

garantida na Constituição e na Lei nº 8080/90. Cem milhões de reais, dinheiro proveniente dos cofres públicos, foram usados para a construção do Hospital Ronaldo Gazolla para que se oferecesse atendimento gratuito. No dia 14 de fevereiro de 2006, a população participou de uma manifestação pública para impedir a privatização de sua gestão, dando um abraço simbólico na unidade.

Destaca-se que é ilegal a tentativa de licitar a gestão administrativa e operacional do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e a operacionalização de 09 (nove) equipes do Programa de Saúde da Família, através da autorização publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, de 03 de fevereiro de 2006.

O Sindicato obteve na Justiça decisão liminar determinando a suspensão da tentativa de terceirização da gestão pela Secretaria Municipal de Saúde. O mandado de segurança foi impetrado pelo Departamento Jurídico do SinMed e o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro manteve por duas vezes a decisão liminar, negando os recursos da Prefeitura.

De acordo com o parecer do Tribunal de Justiça, o serviço público de saúde não pode, e não deve ser terceirizado, admitindo o art. 197 da Constituição Federal, em caráter complementar, permitir a execução dos serviços de saúde através de terceiros. O caráter complementar não pode significar a transferência do serviço à pessoa jurídica de direito privado.

Outro projeto tem sido anunciado, tanto pelo Ministério da Saúde, como pela Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e que elege a Fundação dita “Estatal de direito privado” como a salvação dos grandes males da crise da saúde pública.

Assim, informa que quando o Ministro da Saúde, Dr. José Gomes Temporão, tomou posse, apresentou 22 propostas de trabalho, de onde podemos destacar a que se refere à política de recursos humanos, na qual se compromete a “cuidar de quem cuida”, e o segundo, em que compara o caos do setor público de saúde em nosso estado ao enigma da Esfinge. De fato, não é possível a continuidade de políticas de recursos humanos em que os médicos são transformados em bóias frias, precarizando sua relação de trabalho e pagando salários muito aquém das responsabilidades assumidas junto ao paciente. É preciso entender que todos os projetos que estão sendo apresentados para o soerguimento do sistema somente serão possíveis se for adotada como ação estratégica um projeto que respeite e fixe os médicos ao setor. O relatório de 2006, da Organização Mundial de Saúde, denuncia que a falta de 4,3 milhões de médicos e outras profissões no mundo tem um impacto devastador na capacidade dos países em tratar das doenças e promover a saúde. No Brasil, a causa não é o número baixo de profissionais, até porque há um excesso. O déficit está subordinado aos baixos salários, praticamente congelados há 10 anos, pelo trabalho inadequado e pela violência.

Preocupa-nos, ainda, diante do reconhecimento da crise de

gestão, a defesa de “novos” projetos apresentados como tábuas de salvação, que visam a criação de fundações de direito privado e a contratação pelo regime celetista, objetivando a melhoria do atendimento. Esquecem de afirmar que se há crise, a causa não é o modelo e sim os gestores, que quase sempre são indicados por parlamentares, demonstrando incapacidade na função. Tais propostas, além de promover políticas salariais discriminatórias, em que a remuneração do celetista é diferente da que recebe o estatutário - embora ambos realizem as mesmas tarefas - deixarão o celetista em situação de desvantagem no momento em que ele ousar defender os princípios da administração pública e os reais interesses do povo, visto que poderá ser demitido sumariamente quando se tornar inconveniente para os gestores. Cabe ressaltar que o regime celetista foi substituído pelo estatutário com a Constituição de 1988. Além disso, ele violenta o aposentado ao não respeitar a paridade com os ativos. É preciso reconhecer que falta coerência aos governantes, pois quando é para limitar o direito à greve, somos considerados carreira essencial, mas para outros projetos não precisamos da estabilidade. Também deve ser destacado que os artigos 196, da Constituição Federal, e 287, da Constituição Estadual, explicitam que “*Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado*”, definindo atribuições e não deixando dúvidas quanto ao dever do Estado, impossibilitando, inclusive, sua delegação a terceiros e ratificando sua estrita competência. Destacamos ainda que essa proposta agride todas as normas operacionais de recursos humanos aprovadas anteriormente pelo governo, e também foi rejeitada recentemente pelo Conselho Nacional de Saúde, órgão maior deliberativo do SUS.

Embora o governo do estado tenha seguido a mesma orientação do governo federal, diante da grande mobilização dos seus servidores, decidiu retirar da pauta de votação da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj) *sine die* o Projeto de Emenda Constitucional que cria a figura do celetista no serviço público. Estamos atentos agora para o projeto de criação das fundações de direito privado que o governador deverá encaminhar à Alerj nos próximos dias. Esperamos que a proposta seja amplamente discutida com os servidores. Voltando à Esfinge, monstro da mitologia grega que assola a região de Tebas na tragédia Édipo Rei, conta-se que ela propunha um enigma para qualquer um que desejasse confrontá-la. Para quem respondesse corretamente, o ser mitológico prometia ir embora como recompensa. Quem falhasse seria devorado por ela. Édipo aceita o desafio e desvenda o enigma, enfurecendo a Esfinge que se atira em um abismo. A crise do Rio de Janeiro, que segundo o ministro se assemelha ao mito da Esfinge, é tão complexa que nos leva a temer o futuro. Uma certeza nós temos: não seremos devorados pela Esfinge. Nesse momento, em que buscamos soluções, deve prevalecer o interesse público e o apoio aos médicos, afinal, quem cuida da vida, merece respeito.

2.4 GESTÃO DO SUS: O QUE FAZER?

*Francisco Batista Júnior*⁵³

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 modelo de atenção equivocado.

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

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 19 anos, percebemos que apesar de alguns 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 alta complexidade.

O descompromisso com uma efetiva e agressiva prática de promoção da saúde tem 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 um acompanhamento racional de diabetes, hipertensão, oftalmologia, saúde mental, atenção farmacêutica, 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.

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\$

170 bilhões, foi largamente intensificado durante o período de implementação do SUS, 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.

Essa opção político/econômica/ideológica tornou a população brasileira dependente e, em muitos casos, totalmente refém do setor privado/contratado, principalmente na média e alta complexidades.

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

Relações de trabalho

Com o processo de municipalização deflagrado a partir da década de 90, 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 a situações insustentáveis. Com as limitações financeiras e a lógica prevalente no plano federal, passaram a estabelecer relações de trabalho absolutamente precarizadas como contratos temporários, código 7 e outros.

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

⁵³Presidente do Conselho Nacional de Saúde, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores (CNTSS-CUT). Farmacêutico concursado da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte.

Ainda em consonância com a mercantilização instituída e com a demanda crescente pela alta complexidade, 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 e outras que exercem seu papel com a mais ampla liberdade à revelia dos limites estabelecidos pela legislação bem como dos princípios do SUS.

Óbvio que num quadro como esse, o Sistema Único de Saúde fica mortalmente ferido num dos seus pilares fundamentais, sua força de trabalho, necessitando, portanto, de alterações que promovam a correção devida.

Fundação estatal

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, e 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. Além disso, 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.

Sem entrar no mérito jurídico da proposta, onde há contestações em profusão, os defensores da mesma 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 Estatal 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) tendo, portanto, 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”. Pobre de um sistema de saúde que propõe cooptar profissionais, tendo como referência o mercado e não um processo mais amplo de convencimento e valorização!

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 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 e das relações compromissadas, nós concordamos. Aliás, sempre fomos contra e o denunciemos, uma vez que fere frontalmente as normas do SUS. Afinal, não é esse modelo que o SUS preconiza.

A reforma sanitária e a gestão do sus

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 pela alta complexidade, 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 ampliar o financiamento do SUS via regulamentação da EC 29, nos termos do PLP 01/03.

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 identificam 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 conivência 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 no emprego para a garantia plena do exercício profissional e do vínculo efetivo e afetivo, inclusive, do profissional-serviço-cliente.

Lamentamos também que não sejam pautados os reais interesses políticos, fisiológicos e corporativos da atual majoritária 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 insofismável 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.

3) Mercantilização da Fundação Estatal x profissionalização do SUS

A atual lógica de organização, estruturação e funcionamento do SUS, inclusive com uma nítida política de desvalorização e desestímulo salarial dos profissionais, promoveu 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 para a superação da prática de estabelecimento de tetos financeiros e de procedimentos e sem a priorização da prevenção executada pela equipe multiprofissional em saúde, com vistas a estancar o aumento geométrico da demanda pela alta complexidade.

Fundamental para nós nesse momento emergencial é não implementar nenhuma proposta que possa institucionalizar, oficializar e tornar um caminho sem volta esse insustentável processo de mercantilização, que propõe o benefício de uns poucos em detrimento da grande maioria dos profissionais, como é o caso da Fundação Estatal. 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:

- 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 a 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;
- Plano de Cargos, Carreiras e Salários, 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 detrimento da grande massa de trabalhadores, defendemos pisos nacionais por nível de escolaridade, estímulo à dedicação exclusiva, interiorização e a qualificação, bem como observância a situações específicas que hoje são demandadas em função da realidade estabelecida. Essas constituem medidas a serem implementadas na perspectiva de criação e implantação da

carreira SUS como carreira de Estado.

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;
- Formação, qualificação e perspectivas de desenvolvimento na carreira.

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 e Residência Multiprofissional como instrumentos de qualificação, convencimento, aperfeiçoamento 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/fisiologista e a participação efetiva de usuários e trabalhadores 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.

Alguém pode afirmar e já ouvimos de alguns defensores do Projeto, que tudo isso vai demorar muito tempo e necessitamos de ações imediatas. A Fundação Estatal se fosse legal, também demandaria 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 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, 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.

PARTE III

AGENDA PARA A SAÚDE: DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS

Maria Inês Souza Bravo⁵⁴, Geandro Ferreira Pinheiro⁵⁵,
Débora de Sales Pereira⁵⁶, Juliana Souza Bravo de Menezes⁵⁷,
Mariana Maciel do Nascimento Oliveira⁵⁸

Os Seminários promovidos pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos no Rio de Janeiro, com o apoio do PROEXT, realizados em 2006 e 2007, tiveram por objetivo analisar as principais questões que afetam à saúde bem como elaborar uma agenda pública propositiva com o objetivo de possibilitar um coletivo dos principais impasses para a efetivação do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária brasileira na atual conjuntura⁵⁹.

Vai-se apresentar inicialmente as principais questões de saúde apontadas e, a seguir, uma síntese das proposições surgidas no debate.

Principais Questões para a Implantação do SUS

- A lógica macro-econômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado.
- Manutenção do quadro de ampla exclusão e iniquidades regionais e sociais nas condições de vida e saúde.
- Falta de viabilização da concepção de Seguridade Social inscrita na Constituição Federal de 1988 – que propõe uma política de proteção social universal, democrática e participativa.
- Sub-financiamento e distorções nos gastos públicos influenciado pela lógica do mercado.
- Déficit da balança comercial na área da saúde com dependência de importações e preços elevados para o

setor público de equipamentos, medicamentos e insumos estratégicos para a saúde.

- Dificuldades de acesso integral, universalizado e equânime em vários níveis do sistema, a serviço, bem e insumos: principalmente a medicamentos.
- Ampliação contínua do provimento de ações e serviços de saúde através do mercado privado, e inserção de elementos de co-pagamento dentro do sistema público de saúde.
- Incorporação tecnológica indiscriminada no Sistema Único de Saúde.
- Ausência dos princípios ético-políticos do Projeto de Reforma Sanitária que tem como proposta produzir mudanças face as profundas desigualdades sociais.
- Não valorização do Controle Social e da Participação Social. Desmobilização dos movimentos sociais para a defesa da saúde e falta de articulação com os conselhos e conferências.
- Terceirização e precarização dos trabalhadores da saúde. Ausência de políticas de valorização e incentivo ao profissional. Processos de trabalho desarticulados, que não possibilitam a participação, não estimulam a responsabilidade, e dificultam o exercício da criatividade.
- Modelo de atenção à saúde centrado na doença e com focalização, em detrimento das políticas universais.
- Falta de integração programática e alinhamento entre as três esferas de governo dos objetivos e diretrizes estratégicos para as políticas de proteção social, e dessas

⁵⁴ Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e Coordenadora do Projeto de Ensino, Pesquisa e Extensão “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro” (e-mail: mibravo@uol.com.br).

⁵⁵ Sanitarista e Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ (e-mail: gfpinheiro@terra.com.br).

⁵⁶ Assistente Social do Projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro”, da Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Bolsista de Apoio Técnico a Projetos de Pesquisa/CNPq, e Mestranda em Serviço Social pela UERJ (e-mail: deborasalesrj@gmail.com).

⁵⁷ Assistente Social do Projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro”, da Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Bolsista PROATEC/UERJ, e Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) (e-mail: julianasbravo@gmail.com).

⁵⁸ Assistente Social do Projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro”, da Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Bolsista de Apoio Técnico a Projetos de Pesquisa/CNPq, e Mestranda em Serviço Social pela UERJ (e-mail: asmarianamaciel@gmail.com).

⁵⁹ Os seminários contaram com a participação dos seguintes palestrantes que contribuíram com as proposições: Paulo Pinheiro, Luiz Antônio Neves, Márcia Adriana Leite Silva, Jorge Darze, Francisco Batista Júnior, Solange Belchior, Helena David, Luciana Alves, Maria Inês Souza Bravo.

para com as deliberações providas dos conselhos e suas conferências.

- Modelo de gestão com configurações burocráticas e verticalizadas de organização dos processos de trabalho, sem foco em resultados e objetivos finalísticos do setor saúde. Fortes entraves gerenciais no atual arcabouço legal e institucional da administração pública.
- Transferência para o setor privado de atividades de interesse público, através de privatização, terceirizações, e incorporação de mecanismos de competição dentro do setor público.

Proposições para a Defesa da Saúde ⁶⁰

- Definição de uma política econômica direcionada ao mercado interno de massas, articulada a uma política social de garantia de direitos sociais.
- Defesa da Seguridade Social como política de proteção social universal possibilitando a construção de políticas sociais intersetoriais que assegurem os direitos relativos à saúde, assistência social e previdência social. Convocar a Conferência Nacional de Seguridade Social e recriar o Conselho Nacional de Seguridade Social.
- Articulação do debate da Reforma Sanitária a um projeto de transformação social da ordem vigente, ou seja, de radicalização da democracia que permita um real deslocamento do poder em direção as classes subalternas.
- Aprimoramento do modelo de financiamento do SUS através das seguintes medidas:
 - a) Financiamento efetivo para as Políticas Sociais, com a retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social.
 - b) Impedir a aprovação da DRU (desvinculação das receitas da união de 20% dos recursos destinados aos setores sociais).
 - c) Regulamentação da Emenda Constitucional 29, que estabelece critérios e percentuais para financiamento das ações e serviços de saúde, enquanto se reconstitui o financiamento integrado da Seguridade Social compatível com as necessidades sociais.
 - d) Implementação de mecanismos de alocação equitativa que considere as diferenças loco-regionais e as variáveis sócio-epidemiológicas.
 - e) Ampliação da efetividade e a equidade na alocação dos recursos de investimento em saúde.
 - Ampliação do desenvolvimento tecnológico e inovação em equipamentos, insumos, métodos e processos de

saúde pública. Fortalecer a capacidade reguladora estatal de incorporação tecnológica de insumos e equipamentos.

- Fortalecimento efetivo do parque de tecnológico público de produção de medicamentos e insumos estratégicos em saúde, e do marco regulatório sobre as indústrias privadas, nacionais e multinacionais.
- Ampliação da capacidade regulatória do Estado na iniciativa privada através dos seguintes 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 dos subsídios e isenções fiscais para operadores e prestadores privados de serviços, planos e seguros.
 - c) Abolir a renúncia fiscal para gastos com planos, seguros ou desembolso direto em saúde, aposentadoria privada e gastos com educação (ou redirecionar esses recursos para o sistema público de saúde).
 - Defesa dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, participação social e descentralização. Combate a toda e qualquer tentativa de privatizar o SUS.
 - Adoção do modelo de atenção centrado no cidadão de direitos, substituindo o modelo clínico. Ter como princípios a integralidade e a participação dos usuários no processo de promoção, prevenção e cura. Ampliar o acesso e a capacidade resolutiva da atenção primária e a continuidade do cuidado nos demais níveis do sistema. Incrementar ações e adequações que possibilitem uma maior humanização do cuidado, qualidade dos serviços e satisfação do usuário.
 - Revisão dos modelos de gestão burocratizados, clientelistas e terceirizados para uma gestão pública e democrática com a efetiva participação dos diversos sujeitos sociais nos rumos da administração pública. Destaca-se como estratégias:
 - a) Democratizar as instituições de saúde (criação de conselhos gestores de unidade e colegiado de gestão).
 - b) Desmontar a lógica vertical e fragmentada das instituições de saúde.
 - c) Implementar medidas estruturantes de gestão para garantir maior flexibilidade e agilidade gerencial, e incrementar o desempenho e geração de resultados voltados para o desenvolvimento do Brasil e seus cidadãos.
 - d) Implementar mecanismos administrativos que possibilitem a redução dos custos, sem comprometimento da qualidade nos serviços de saúde.
 - e) Garantir a transparência da gestão e do controle dos gastos.
 - f) Implantar meios e instrumentos de acompanhamento, monitoramento, controle e avaliação, orientados pelos resultados sanitários, e que meçam a eficiência no uso dos

⁶⁰ Muitas proposições defendidas nos seminários têm como referência a Carta de Brasília, fruto do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado em junho de 2005, com a participação de mais de oitocentos participantes.

recursos e a eficácia das ações e serviços ofertados.

- g) Articular as unidades no sistema (especificar com clareza os objetivos das instituições e seu perfil assistencial) e ampliar a capacidade de dar respostas efetivas às demandas.
- h) Romper com o isolamento no setor saúde através da criação de novos canais com outras políticas setoriais, infraestruturais, e com outras instâncias e poderes (sociedade, academia, poderes judiciário e legislativo).
- i) Investimento para a formação do “novo” gerente (estabelecimento de critérios para este gestor: não ser indicado e sim eleito, ter responsabilidade sanitária, ter capacidade para gestão democrática e participativa, ser servidor público concursado).
- j) Estabelecer mecanismos de responsabilização dos gestores da saúde e dos órgãos executivos das três esferas de governo quanto aos resultados.
 - Avançar na gestão do trabalho em saúde em quatro dimensões, tendo como foco a ampliação da estabilidade, do vínculo, da satisfação e do compromisso dos trabalhadores com o Sistema Único de Saúde:
- a) Remuneração, vínculos e incentivos (através de Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS) sem os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a contratação de pessoal para os serviços e ações públicas de saúde e realização de concursos públicos.
- b) Organização do processo de trabalho (novo relacionamento entre equipes com 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 e estabelecimento 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.
 - Estabelecimento de diretrizes para a formação em saúde voltada para o interesse público da população, estímulo à reorientação dos currículos nas unidades de ensino para as profissões de saúde, estabelecer critérios para a abertura de novos cursos na área da saúde. Defesa do

ensino público, gratuito e de qualidade.

- Desburocratização dos fluxos e das instâncias de negociação consensuada (comissões intergestoras), ampliando o caráter técnico e político das pactuações, ganhando em eficiência e transparência, e com participação do controle social.
- Concepção do setor saúde como um espaço de produção e como fator imprescindível de desenvolvimento através da criação de empregos e de riqueza para a nação, além da busca de meios para que as pessoas tenham melhores condições de vida e possam viver mais
- Fortalecimento da Participação Social e do Controle Social na Saúde articulado com os demais movimentos sociais. Os conselhos são um dos mecanismos de gestão democrática e precisam exigir dos gestores o cumprimento das decisões das conferências de saúde bem como ampliar seus vínculos com os movimentos sociais. A participação dos sujeitos sociais só poderá ser efetiva se houver um amplo trabalho de democratização e socialização das informações para que ocorra uma intervenção qualificada e propositiva no sentido de exigir direitos e exercer formas de pressão sob 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.

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

Conforme afirma Netto (1990)⁶¹, a generalização e universalização dos institutos cívicos, ainda no marco do ordenamento capitalista, é fundamental mas necessita-se ampliar seu conteúdo. Trata-se de postular uma democracia política com claros rebatimentos econômicos e sociais, ou seja, de construir uma democracia de massas organizada de baixo para cima. Este é um desafio posto na atual conjuntura: a ampliação da democracia política e social que conjugue as instituições parlamentares, os sistemas partidários, com uma rede de organização de base (sindicatos, conselhos, organizações profissionais e de bairro, movimentos sociais, democráticos, culturais, comunidades de inspiração religiosas).

