

Cadernos de Saúde

A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro



Organizadoras:

Maria Inês Souza Bravo
Maria de Fátima Siliansky Andreazzi
Juliana Souza Bravo de Menezes
Joseane Barbosa de Lima
Rodriane de Oliveira Souza





A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE EM DEBATE: As organizações sociais no Rio de Janeiro

Organizadoras:

Maria Inês Souza Bravo

Maria de Fátima Siliansky Andreazzi

Juliana Souza Bravo de Menezes

Joseane Barbosa de Lima

Rodriane de Oliveira Souza

Rio de Janeiro
2015



© 2015 – Projeto: Políticas Públicas de Saúde; Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos FSS/UERJ e Novas Articulações entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro – UERJ / Faculdade de Serviço Social e UFRJ/Instituto de Saúde Coletiva.

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

Organizadoras: Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza

Apoio: FAPERJ

Conselho Editorial:

Dra. Eugênia Célia Raizer – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Dra. Janaína Bilate Martins - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Dr. Maurílio Castro de Matos - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Dra. Silene de Moraes Freire – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/NPROTEC

A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza. – 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

ISBN Nº 978-85-88769-86-1

Uma publicação dos projetos: Novas Articulações entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro; Políticas Públicas de Saúde; Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. - Faculdade de Serviço Social/UERJ

I. Relação Público e Privado. 2. Política de saúde pública – Brasil. 3. Impasses da gestão da saúde – Rio de Janeiro / RJ. 4. Resistência às Organizações Sociais. I. Bravo, Maria Inês Souza. II. Andreazzi, Maria de Fátima Siliansky. III. Menezes, Juliana Souza Bravo de. IV. Lima, Joseane Barbosa de. Souza, V. Rodriane de Oliveira. VI. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. VII. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Saúde Coletiva. Projetos: Novas Articulações entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro. Políticas Públicas de Saúde. Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos.

Editora: Rede Sirius – Rede Bibliotec.
Projeto Gráfico: Maria Farias
Diagramação e Pré Impressão: EDISONHO Editora
Fotos: www.contraprivatizacao.com.br
Impressão: EDG Editora Gráfica LTDA
Tiragem: 1500 exemplares
Impresso no Brasil / Printed in Brazil



SUMÁRIO

Apresentação

Parte 1 – A Privatização da Saúde no Brasil

- Capítulo 1 – O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise 11
Áquilas Mendes
- Capítulo 2 – Retrocesso no legislativo e impactos para a saúde no Brasil21
Juliana Fiuza Cislighi
- Capítulo 3 – Movimento Sanitário hoje: um debate estratégico25
André Dantas
- Capítulo 4 – Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão ..33
Maria Valéria Correia
Viviane Medeiros dos Santos

Parte 2 – A Saúde no Rio de Janeiro e os impasses das Organizações Sociais

- Capítulo 5 – Saúde, cidade e a lógica do capital: o município do Rio de Janeiro em questão.....42
Carolina Alves de Oliveira
- Capítulo 6 – O percurso do financiamento das Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro....53
Joseane Barbosa de Lima
Maria Inês Souza Bravo
- Capítulo 7 – Novos agentes econômicos fomentados pela contrarreforma liberal na saúde: um panorama das Organizações Sociais atuantes no Município do Rio de Janeiro.....62
Maria de Fátima Siliansky Andreazzi
Maria Inês Souza Bravo
Jonathan Pacheco
- Capítulo 8 - Privatização e reordenamento da política de transplantes no Estado do Rio de Janeiro.....69
Andreia Assis

Parte 3 – As resistências às Organizações Sociais por diversos sujeitos sociais e as lutas por saúde

- Capítulo 9 – O controle social na saúde no município do Rio de Janeiro: a resistência às organizações sociais (OS).....78
Juliana Souza Bravo de Menezes
Maria Inês Souza Bravo
João Pedro Rodrigues
Déborah Barbosa da Silva
- Capítulo 10 – A perspectiva do movimento sindical em saúde frente às Organizações Sociais88
Regina Helena Simões Barbosa

Capítulo 11 – Partidos políticos e a luta pela saúde no município do Rio de Janeiro: a saúde como elemento tático-estratégico	97
Carolina Alves de Oliveira	
Capítulo 12 – O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e a luta contra a mercantilização da vida.....	105
Maria Inês Souza Bravo	
Juliana Souza Bravo de Menezes	
João Pedro Rodrigues	
Cleonice Cardoso Viegas	
Sobre os autores e organizadores.....	115

Esta coletânea tem por objetivo socializar os resultados da investigação *Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro*, que envolveu o esforço entre os grupos de pesquisa Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social, registrado no CNPq e coordenado pela professora doutora Maria Inês Souza Bravo, da Faculdade de Serviço Social (FSS/UERJ) e Economia, Saúde e Sociedade, do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (IESC/UFRJ) e coordenado pela professora doutora Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi.¹ Outros docentes bem como estudantes de doutorado, mestrado e graduação participaram da investigação tanto da FSS/UERJ como do IESC/UFRJ com a intenção de consolidar um grupo de pesquisa interdisciplinar que visasse o aprimoramento da análise das políticas de saúde, agregando a abordagem metodológica geral da Economia Política com estudos de organização de serviços de saúde e as novas articulações entre público e o privado.

Outro aspecto relevante da criação deste grupo interdisciplinar é a ampliação da possibilidade de um diálogo permanente e qualificado com os movimentos sociais acerca dos determinantes sociais, econômicos, políticos, tecnológicos e organizacionais relacionados aos determinantes da saúde das populações, as respostas sociais a problemática da saúde e as resistências ao processo de privatização. Nesta direção, a investigação pretendeu analisar as novas configurações do sistema de saúde brasileiro que resultam das interações entre o Estado e o mercado. Em particular, aborda os anos que se iniciam no primeiro governo Lula, de 2003 até o presente e enfoca as Organizações Sociais (OS) que operam no setor de saúde atuantes no Estado Rio de Janeiro, principalmente no município do Rio.

A investigação se desdobrou em dois eixos. O eixo dos movimentos de privatização da gestão das unidades e programas públicos de saúde, com ênfase no município do Rio de Janeiro e o eixo das resistências ao processo de privatização.

O primeiro eixo enfatizou a necessidade de entender os detalhes da constituição e funcionamento das Organizações Sociais. Nesse sentido, se investigou o processo de formação e escolha das OS, seus membros, como foi o processo político que engendrou a decisão de privatização da gestão de serviços e programas por parte do município. Além disso, o estudo elucidou as formas de relacionamento que o município estabelece com as OS, em particular os contratos, o financiamento e as formas de controle.

O segundo eixo, das resistências, procurou identificar os grupos sociais e/ou sujeitos sociais que tem manifestado resistências ao projeto no município do Rio de Janeiro, suas pautas, formas de luta e os resultados alcançados. A pesquisa teve como foco o Legislativo, os sindicatos e Centrais Sindicais e o controle social, através do Conselho Municipal de Saúde, Conferências Municipais de Saúde de 2009 e 2011 e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro.

A coletânea procurou seguir esta direção e está dividida em três partes. A primeira apresenta a questão da Privatização da Saúde no Brasil, a segunda a Saúde no Rio de Janeiro e os impasses das Organizações Sociais e a terceira as resistências às Organizações Sociais.

A seguir, va-se especificar o conteúdo de cada parte.

A primeira parte, intitulada *A Privatização da Saúde no Brasil*, contem quatro capítulos de autores participantes da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e de diversos Fóruns Estaduais.

O primeiro capítulo, escrito por Áquilas Mendes, *O subfinanciamento e a mercantilização do SUS* no contexto do capitalismo contemporâneo em crise tem como objetivo analisar os limites da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto do capitalismo contemporâneo e sua crise, dando particular destaque à problemática de seu financiamento e a força da adoção de mecanismos de mercantilização no seu interior. A primeira parte do artigo busca analisar a natureza da crise, identificando tendências do desenvolvimento do capitalismo nos últimos trinta e cinco (35) anos, destacando a presença da lei marxiana da tendência da queda da taxa de lucro e sua manifestação sob a forma de superacumulação e superprodução e, ainda, a dominância do capital portador de juros no centro das relações econômicas e sociais, provocando mudanças significativas no capitalismo contemporâneo. A segunda parte aborda os impactos dessa crise ao direito universal da saúde, particularmente, a partir dos anos 1990, acentuando as incertezas do financiamento do SUS e o aumento do movimento de apropriação do capital sobre os recursos da seguridade social e da saúde.

O segundo, intitulado *Retrocesso no legislativo e impactos para a saúde no Brasil* de Juliana Fiúza Cislighi faz uma análise do último processo eleitoral articulando-o ao aprofundamento das políticas neoliberais e da perda de direitos para os trabalhadores. A Câmara

¹ - Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UERJ.

de Deputados, cujos membros dependem cada vez mais de recursos de empresas privadas para se eleger, tem sido protagonista desse processo. O caso da saúde é apenas mais um a deixar claro o quanto os interesses dos patrocinadores capitalistas de parlamentares e governantes são prontamente atendidos após o fim dos processos eleitorais contrariando os interesses da maioria da população. Na saúde, a retirada de direitos e precarização de contratos visa reduzir a resistência dos profissionais de saúde à subsunção de seus processos de trabalho ao capital, ampliando lucros independente da qualidade dos serviços prestados.

André Dantas ao abordar o *Movimento Sanitário hoje: um debate estratégico* parte do pressuposto de que a classe trabalhadora e as esquerdas brasileiras vivem hoje uma crise estratégica, expressa pela tática institucional de luta, que romantiza o Estado (aparelho), fetichiza a democracia e confere importância secundária ao trabalho de base. O texto assume o Movimento Sanitário como microcosmo desta totalidade – e como tal, capaz de fornecer, através da análise dos seus posicionamentos estratégicos de ontem e de hoje, elementos para uma necessária crítica. Para tanto, são tomados como representativas da permanência da tática – a despeito de sua crise –, manifestações recentes, de sujeitos individuais ou coletivos que guardam protagonismo no debate. Em paralelo, aponta-se para a existência de uma disputa pela condução dos rumos do Movimento, em face do aparecimento de novos espaços de luta e da promessa de revitalização dos já existentes. Conclui-se que a retomada da luta pela Reforma Sanitária precisará reassumir uma perspectiva civilizatória, alinhada com o movimento da classe, e não em seu nome ou à sua revelia.

O capítulo *Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão*, de Maria Valéria Correia e Viviane Medeiros dos Santos trata da privatização da saúde, através dos novos modelos de gestão, dentro do contexto da contrarreforma do Estado brasileiro em curso e de financeirização do capital, sob a égide da administração gerencial e do repasse do fundo público para entidades privadas. Entre os modelos em voga, priorizou-se o das Organizações Sociais para a pesquisa documental proposta neste estudo, por ser o mais consolidado na área da saúde, com sua implementação em vários estados e municípios. Esta pesquisa demonstrou que as OS, contrário ao que foi anunciado pelo Programa de Publicização do governo de Fernando Henrique Cardoso, têm se caracterizado por administrações ineficientes e não mais eficientes que a administração direta, pois têm provocado maiores gastos estatais, e têm sido alvo de irregularidades apontadas pelos órgãos de controle interno e externo do Estado.

A segunda parte da coletânea vai enfatizar a *Saúde no Rio de Janeiro e os impasses das Organizações Sociais* e é composta de quatro capítulos, três abordando o município do Rio e o último o estado.

No capítulo 5, Carolina Oliveira vai focar a saúde no Rio a partir do texto *Saúde, cidade e a lógica do capital: o município do Rio de Janeiro em questão* tendo como principal foco a análise sobre os Planos Estratégicos do Município do Rio de Janeiro desenvolvidos sob a gestão do Prefeito Eduardo Paes. A pesquisa tem como referencial teórico-metodológico o legado marxiano de análise, onde se propôs avaliar as múltiplas determinações que os fenômenos apresentados carregam. A partir do estudo é possível concluir que a subordinação à lógica da acumulação capitalista, em detrimento das necessidades sociais, é algo evidente no projeto de cidade defendido nos planos de governo, onde a saúde se encontra diretamente imbricada a esse processo. Apesar da real ampliação da rede

de atenção básica, não há preocupação com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, desse modo, a população continua sofrendo com o descaso e com a precariedade dos serviços.

Joseane Barbosa de Lima e Maria Inês Bravo vão abordar, no capítulo 6, o percurso do financiamento das Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro – apresentando uma análise dos resultados parciais da pesquisa “Novas Articulações Entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: O Caso Do Município do Rio De Janeiro”, com ênfase no processo de privatização da gestão através das OS. A análise foi desenvolvida em dois itens. Inicialmente destacou-se o marco legal das OS no município do Rio de Janeiro com a consolidação da Lei municipal nº 5.026, sancionada em maio de 2009 e regulamentada pelo decreto municipal nº 30.780 de 2/06/2009. Desde a regulamentação da referida Lei até o ano de 2013, vinte e uma entidades foram qualificadas como Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro para atuar no âmbito da saúde, embora apenas 14 quatorze tenham assinado Contratos de Gestão com o município. A partir da identificação das Organizações Sociais atuantes na saúde carioca, a pesquisa buscou identificar os Contratos de Gestão celebrados e recursos públicos repassados (2009-2013) para esta modalidade de gestão, perfazendo o percurso do financiamento das organizações sociais no município que, segundo os dados coletados, ultrapassou a quatro bilhões de reais. Ao final, pontua-se que no Rio de Janeiro a alocação dos recursos da saúde tem funcionado como uma fonte importante de sustentação dessas organizações sociais e seus grupos empresariais, aprofundando a tendência de focalização e precarização dos serviços de saúde.

O capítulo 7 enfoca os novos agentes econômicos fomentados pela contrarreforma liberal na saúde: um panorama das Organizações Sociais atuantes no Município do Rio de Janeiro de autoria de Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Maria Inês Souza Bravo e Jonathan Pacheco. O estudo considera o fenômeno da privatização da gestão do ponto de vista da totalidade, ou seja, nas suas relações com as mudanças do capitalismo ao nível internacional, a mundialização financeira, o papel dos organismos financeiros, as pressões sobre os estados nacionais ao efetuarem “reformas” e os rebatimentos específicos nas formações econômico-sociais periféricas. A partir desta concepção foram analisadas as Organizações Sociais com contratos de gestão assinados com o município do Rio de Janeiro, a partir da aprovação da Lei Municipal de 2009. Procurou-se compreender os seguintes aspectos: a história institucional, a configuração de governança, as áreas geográficas e técnicas de atuação, as relações político-institucionais de seus diretores e conselheiros e a conformidade com as normas de conduta públicas. As categorias de análise documental foram: quem são, quando e como foram formadas, quem são seus órgãos de direção, como funcionam, quem participa de seu corpo diretivo e executivo, conduta e resultados. Como síntese dos resultados pode-se explicitar que das OS consideradas, ou seja, das 14 que assinaram contratos de gestão com a prefeitura, oito foram fundadas no próprio estado, uma no Paraná e cinco em São Paulo, estado pioneiro. Com exceção de uma que tinha natureza jurídica fundacional, e outra, formada irregularmente como Fundação, sendo todas associações sem fins lucrativos. Outra questão a ressaltar que das 14 OS com contratos com a prefeitura, oito estiveram envolvidas com denúncias de irregularidades na imprensa, quatro passaram por processos no Ministério Público (SP, RN, PB e PR), sendo que em dois casos resultou em condenações de seus diretores. Uma delas teve investigação do Tribunal de Contas da União (RJ). Foram identificadas também cinco tipos de Organizações Sociais: 1 - Órgãos públicos como Fundações de Apoio ou mantenedoras que atuam também como OS. 2 – Entidades filantrópicas de saúde tradicionais

que se diversificam para também atuar como OS. 3 – Organizações não governamentais que se constituem no período neoliberal para ocupar espaços de execução de políticas públicas, em geral de assistência social, de combate a pobreza, a violência urbana e aproveitaram oportunidades abertas pelo setor da saúde com as OS. 4 - Organizações não governamentais que se criam especificamente para atuarem como OS a partir das oportunidades abertas pela legislação. 5 – Entidades sem fins lucrativos ligadas a grupos empresariais que também aproveitam oportunidades abertas pelo setor saúde com as OS, integrando o conjunto das empresas do grupo.

No capítulo 8, Andreia Assis vai apresentar a privatização e reordenamento da política de transplantes no Estado do Rio de Janeiro abordando alguns elementos de como vem sendo implantado no Estado do Rio de Janeiro, a mercantilização na gestão da saúde, utilizando como elemento de estudo a Política Estadual de Transplantes. Cabe destacar que o projeto de privatização da saúde do Estado é embasado no repasse das unidades próprias – ou mesmo contratação de unidades privadas – para a gestão de Organizações Sociais e da Fundação Saúde. No caso específico da Política Estadual de Transplantes, o artigo destacará como a criação do Programa Estadual de Transplantes foi o motriz para a implantação deste projeto nesta área, apontando quais as principais transformações que ocorreram no campo da política de transplantes no Rio – desmonte de serviços públicos de excelência nacional, acompanhado de incentivos de serviços de transplantes privados contratados pelo SUS – e o importante papel que o ente federativo Estado vem exercendo nesta trajetória, especialmente no campo de repasse de recursos.

A Parte 3 da coletânea vai ressaltar as resistências às *Organizações Sociais por diversos sujeitos sociais e as lutas por saúde* e contém quatro capítulos também. Os mesmos buscaram mapear as resistências ao processo de privatização da saúde, investigando as novas configurações do sistema de saúde que resultam das interações entre Estado e mercado. Dessa forma, algumas questões nortearam os capítulos, a saber: quem são os grupos que tem manifestado resistências ao projeto privatista no município do Rio de Janeiro? Que resultados têm logrado?

No capítulo 9, vai ser enfatizado o controle social na saúde no município do Rio de Janeiro: a resistência às Organizações Sociais (OS), tendo como autores Juliana Souza Bravo de Menezes; Maria Inês Souza Bravo; João Pedro Rodrigues e Débora Barbosa da Silva. O objetivo do capítulo foi refletir sobre a importância do Controle Social na área da saúde, fazendo uma análise do posicionamento do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMS-RJ) e das conferências frente ao processo de terceirização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), via Organizações Sociais, no período de 2009 a 2012. Procurou-se identificar como as forças políticas e os sujeitos que compõem as instâncias de controle social na saúde no Rio de Janeiro se posicionaram frente ao processo de adesão aos “novos” modelos de gestão expressos na proposta de Organizações Sociais. Para o alcance dos objetivos foi realizada pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa documental envolveu o levantamento e análise do conteúdo das atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e dos relatórios finais das Conferências Municipais. A partir desse levantamento, buscou-se apresentar o posicionamento desta instância de controle social com relação às Organizações Sociais na gestão das unidades de saúde e pontuar os limites, possibilidades e desafios presentes nesses espaços de participação social. Podemos perceber que o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Conferên-

cias Municipais tiveram, por maioria absoluta, um posicionamento contrário à implementação das Organizações Sociais no município. Não foi por unanimidade, até porque, temos a clareza da heterogeneidade da sociedade civil, de que o Controle Social não é um espaço de consenso, mas ainda assim, a maioria votou contra esse projeto privatizante.

Regina Simões Barbosa vai apresentar no capítulo 10, a perspectiva do movimento sindical em saúde frente às Organizações Sociais. A autora analisa a perspectiva do movimento sindical em saúde frente aos processos de privatização do sistema de saúde no município do Rio de Janeiro. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco sindicalistas de categorias de saúde, sendo um deles representante de uma central sindical. O roteiro abordou os seguintes temas: concepções e análise crítica do direito à saúde e o papel do SUS na promoção da saúde da população brasileira; análise crítica sobre o modelo OS de gestão e seus impactos sobre os/as trabalhadores/as; o papel e a atuação do sindicato no enfrentamento dos processos de precarização do trabalho em saúde. Os resultados revelaram que esses sindicatos são comprometidos com a luta pelo SUS público e universal. Porém, estão enfrentando uma série de dificuldades resultantes dos processos de privatização da gestão, que acarretam sérios problemas para os trabalhadores, resultando em fragmentação, competição e violência nas relações de trabalho. Apesar dessas questões fragilizarem as lutas coletivas, esses sindicatos permanecem na defesa intransigente do direito universal à saúde, representando um segmento importante de profissionais de saúde que estão engajados nessa luta.

No capítulo 11 – *Partidos políticos e a luta pela saúde no município do Rio de Janeiro: a saúde como elemento tático-estratégico* – Carolina Alves de Oliveira tem como principal objetivo a análise sobre a atuação dos partidos políticos, na área da saúde, considerando esta última como elemento tático-estratégico. O referencial teórico-metodológico utilizado pauta-se no legado marxiano de análise. A partir das análises empreendidas, pôde-se concluir, ainda que de modo preliminar, que a saúde, apesar de se constituir enquanto elemento importantíssimo na luta pela emancipação, de modo geral, tem uma participação ainda reduzida nos debates dos partidos políticos sobre a transformação societal. Entretanto, as ações que têm se estabelecido têm sido importantíssimas para a construção histórica da luta pela transformação. A participação em espaços contra-hegemônicos, como o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro tem contribuído para estas ações.

Para finalizar, é apresentado o capítulo 12, que analisa *O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e a luta contra a Mercantilização da Vida*, de Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes, João Pedro Rodrigues e Cleonice Cardoso Viegas. Tem como objetivo destacar o papel da sociedade civil na defesa da Saúde, enfatizando o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro como uma nova forma de resistência na saúde e novo espaço de participação popular, tendo como referencial os pressupostos preconizados no projeto de Reforma Sanitária brasileira dos anos 1980. O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro teve sua origem no final do ano de 2005 e no início do ano de 2006, sendo um espaço de discussão, de formulação de propostas, enfim, como um lugar para se construir uma unidade de objetivos, uma frente anticapitalista na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal e de qualidade. O capítulo vai ressaltar a caracterização do Fórum, as principais ações e a agenda de lutas. O Fórum e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde têm colocado também como desafios aos movimentos sociais na atualidade: a recomposição da esquerda no Brasil, em articulação com a América

Latina na perspectiva do Internacionalismo; a articulação das lutas dos movimentos sociais e o Socialismo na agenda.

O conteúdo desta coletânea pretende ser um instrumento de democratização da informação, potencializando o debate e fortalecimento da política pública de saúde e das lutas contra a retirada dos direitos. A defesa da saúde considerada como melhores condições de vida e trabalho tem que ser uma luta organi-

zada e unificada das frações da classe trabalhadora articulada com os conselhos, movimentos sociais, partidos políticos para que se possa avançar na radicalização da democracia social, econômica e política.

Rio de Janeiro, junho de 2015.

As Organizadoras

PARTE I

A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL



CAPÍTULO I:

O SUBFINANCIAMENTO E A MERCANTILIZAÇÃO DO SUS NO CONTEXTO DO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO EM CRISE

Áquilas Mendes

Introdução

Desde 1980 até o período atual, isto é, nos tempos de vigência de dominância do capital financeiro no movimento do capital e do neoliberalismo, não foi possível identificar a retirada do Estado da economia, mas ao contrário, assistiu-se a uma particular forma de sua “presença”. Particularmente, nessa presente crise do capitalismo, estamos assistindo a adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais, inclusive da política de saúde, intensificando mecanismos de mercantilização no seu interior, presentes no contexto dos países capitalistas centrais e no Brasil. Além disso, verifica-se ainda, a permissão do Estado à apropriação do fundo público pelo capital. Para se ter uma ideia, no contexto da crise do capitalismo contemporâneo, sob dominância do capital financeiro, o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal. Constatam-se vários aspectos que vêm enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Destacamos: as crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSS) – de gestão privada –; a permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei nº 13.097/2015; a aprovação da EC 86/2015 que consolida o subfinanciamento histórico do SUS; a manutenção da Desvinculação da Receita da União (DRU) por 21 anos; o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no imposto de renda e das concessões fiscais as entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e a indústria químico-farmacêutica e, ainda, a adoção de um ajuste fiscal para 2015 por parte do governo federal com corte de recursos significativos para a saúde.

No nosso país, fazem 27 anos que se vivenciam intensos conflitos por recursos financeiros que asseguram o desenvolvimento de uma política pública universal da saúde. Isso é explícito no problema do financiamento do SUS, que se manifesta desde sua criação na Constituição de 1988. Esses 27 anos são justamente aquele período em que o capital financeiro (capital portador de juros, em Marx), principalmente na sua forma mais perversa de capital fictício, manteve-se soberano entre os diferentes tipos de capital. Sua forma de atuação tem, entre outros efeitos, prejudicado os orçamentos do fundo público, o que compromete a manutenção dos direitos associados ao Estado do Bem-Estar Social ou a concretização dos novos direitos introduzidos naqueles países de capitalismo tardio, tal como o Brasil. Destaca-se o direito universal à saúde, que embora tenha sido inscrito na Con-

stituição de 1988, se viu constrangido no âmbito da nova fase do capitalismo contemporâneo, sob a dominância financeira.

A manutenção da política econômica fundamentada no tripé – metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante –, adotada pelo governo federal desde o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) até o Governo Dilma Roussef, deu origem a constantes dificuldades que impedem o pleno desenvolvimento da saúde universal no país, dada a situação de subfinanciamento que impõe ao SUS. O quadro econômico, que se seguiu à criação do SUS, é significativamente diferente daquele quando os países capitalistas avançados, principalmente europeus, construíram seus sistemas universais de saúde. Se antes, era possível verificar grande magnitude de recursos, atualmente estes são disputados com o capital financeiro, cujo interesse é manter o pagamento dos juros da dívida pública e acessar recursos antes a ele proibidos.

Nesse contexto, este artigo tem como objetivo analisar os limites da implantação do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo e sua crise, dando particular destaque à problemática de seu financiamento e a força da adoção de mecanismos de mercantilização no seu interior. Para tanto, o artigo está estruturado em duas partes: a primeira busca analisar a natureza da crise, identificando tendências do desenvolvimento do capitalismo nos últimos 35 anos, com destaque para a lei marxiana da tendência da queda da taxa de lucro e sua manifestação sob a forma de superacumulação e superprodução e, ainda, para a dominância do capital portador de juros no centro das relações econômicas e sociais. A segunda parte aborda os impactos dessa crise ao direito universal da saúde, particularmente, a partir dos anos 1990, acentuando as incertezas do financiamento do SUS e a ascensão do movimento de apropriação do capital sobre os recursos das políticas da seguridade social, principalmente a saúde.

A dinâmica do capitalismo contemporâneo em crise

Os tempos contemporâneos são marcados pela problemática da crise do capitalismo, no seu modo de funcionamento da tendência declinante da queda da taxa de lucro e da dominância do capital portador de juros (capital financeiro) no movimento do capital. Vários economistas vêm afirmando que a crise atual é de natureza financeira, em que fica patente a sua contaminação na economia real, e que as dívidas europeias podem ser resolvidas por meio de cortes no gasto público, especialmente no âmbito das políticas sociais¹. Diferentemente desses enfoques, argumentamos que eles

1 - Entre os diversos economistas do *mainstream* que apresentam esses argumentos, destacam-se os trabalhos do editor econômico chefe do Financial Times, Martin Wolf, ver Callinicos (2010).

não compreendem a natureza do processo experimentado pelo padrão da acumulação capitalista, principalmente nos últimos trinta e cinco anos. Além disso, não entendemos que a crise do capitalismo se refere a uma crise do neoliberalismo. Esse último sim foi uma tentativa de resposta da classe proprietária para enfrentar a crise.

Parte-se do pressuposto que o fundamento da crise do capitalismo reside num contexto mais amplo de existência de duas principais tendências, articuladas entre si, especialmente a partir do final dos anos 1960. São elas: a tendência de queda da taxa de lucro nas economias capitalistas, com destaque para a norte-americana, em todo pós-guerra; e, como resposta a essa tendência, o sistema capitalista entra no caminho da valorização financeira, em que o capital portador de juros (capital financeiro), especialmente a sua forma mais perversa, o capital fictício, passa a ocupar a liderança na dinâmica do capitalismo nesse período, principalmente depois de 1980. (CHESNAIS, 2005)

Desse modo, o poder dominante desse capital, em especial a sua forma assumida, o capital fictício, não pode ser tomado como um descontrole ou distorção, mas, sobretudo, como o sentido desse capital em buscar insaciavelmente sua valorização – no contexto de recuo do capital produtivo –, mesmo ela sendo fictícia, sem produzir mais-valia e funcionando de maneira especulativa e parasitária (CANCANHOLO; NAKATANI, 1999). Trata-se de um desenvolvimento da própria lógica do movimento do capital. Esse desenvolvimento com a lógica do capital da valorização fictícia não esteve sempre na história do capitalismo, em razão de controles impostos a ele, como resultado das circunstâncias históricas e específicas, como o período dos “trinta anos gloriosos”.²

Na dinâmica da valorização do capital, como descrito por Marx, a crise atual se refere a uma crise do capital e não a uma crise provocada por uma distorção qualquer, seja ela ausência de regulação de mercados financeiros, seja pela busca de lucros exorbitantes dos bancos nas últimas décadas. O fato de a crise ter começado no sistema financeiro não significa que ela foi gerada por ele, como advoam os keynesianos.³

Marx ao tratar da crise capitalista destaca que como resultado da sua dinâmica, o capitalismo sempre se desenvolve acumulando contradições, que periodicamente levam a crises (MARX, 1985). Uma contradição fundamental foi denominada por Marx de “tendência decrescente da taxa de lucro”, a qual se encontra exposta, nos capítulos XIII a XV do terceiro volume de *O Capital* (MARX, 1987). Isto quer dizer que a acumulação prolongada de capital, com introdução de progresso técnico, remete ao aumento relativo de parte do capital investida em meios de produção como instalações, equipamentos e matéria prima, isto é, capital constante ou mesmo trabalho morto para Marx, e a diminuição da parte do capital investida em força de trabalho, capital variável, ou seja, trabalho vivo, elevando a composição orgânica do capital. (MARX, 1987) Como os lucros são provenientes do valor adicionado pela força de trabalho, mantendo assim a taxa de exploração constante, a taxa de lucro (mensurada pela relação entre a massa de lucros e o montante de capital investido) tende a sofrer queda. No momento em que essa queda ocorre, constata-se uma crise de superacumulação que é explicada, não pela insuficiência da demanda efetiva, mas pela ausência de lucros.

Para Marx, a solução que o próprio sistema capitalista fornece a essa problemática decorre da própria crise, principalmente

por meio de três estratégias: o aumento da taxa de exploração – obrigando os trabalhadores a aceitar uma diminuição dos salários e condições de trabalho precárias; a reorganização de novas linhas de produção; e a desvalorização e destruição de parte do estoque acumulado de capital, isto é, se não ocorrer uma desvalorização de capital suficiente, por meio de falências, baixas e afins, o resultado é a contínua superacumulação. Para Marx (1987), essa última – desvalorização – constitui-se principal estratégia para a economia sair da crise, aumentando a massa de lucros e diminuindo a quantidade de capital, o que causaria a elevação da taxa de lucro e se direcionar a outro período de acumulação. Obviamente, a saída da crise e a forma com que se dará, depende de vários fatores, entre eles da própria luta de classes.

Na literatura marxista, principalmente anglo-saxã, emergente na esteira da crise econômica que começou em 2007 e 2008, há várias visões que enfatizam que a crise eclodiu como resultado das tendências de longo prazo dentro do processo capitalista de produção, a partir do declínio na taxa de lucro nas décadas do pós-guerra e que não foi, posteriormente, invertida totalmente. Dentre alguns expoentes desta posição, destacam-se Andrew Kliman (2012), Michael Roberts (2013) e Callinicos (2010). Não se trata de analisarmos neste artigo a contribuição de cada um desses autores frente à crise contemporânea do capitalismo, apenas salientamos os argumentos principais dessas visões, que de alguma forma podem ser sintetizadas na contribuição de Kliman.

Segundo Kliman (2012), a recuperação da taxa de lucro, mesmo que não de forma estritamente econômica, ocorreu após o final da Segunda Grande Guerra. Diante da massiva destruição de ativos ocorrida antes e durante os anos dessa guerra mundial, foi possível constatar no pós-guerra um crescimento substantivo de acumulação e das economias que se alastrou por volta de 25 anos. Contudo, esse crescimento no período posterior prejudicou a sua base de subsistência. Isso porque, no momento em que o capital foi sendo acumulado, ocorreu um declínio constante da taxa de lucro, tendo como resultado, a perda progressiva do próprio crescimento econômico. Mas é interessante destacar que, segundo esse autor, no caso dos Estados Unidos, houve uma persistente queda da taxa de lucro no setor corporativo das empresas industriais e financeiras no período pós-Segunda Guerra: queda de 41,3%, entre 1949 a 2001.⁴

Para que a taxa de lucro dessas empresas não declinasse progressivamente entre 1949 a 2001, teria sido necessário empreender uma destruição maciça de capital acumulado na forma de ativo fixo (imóveis, equipamentos, utensílios, ferramentas e patentes) e na forma financeira, o que não ocorreu. Particularmente, a partir dos anos 1980, observa-se uma leve recuperação da taxa de lucro, mas longe de ser suficiente para restaurar o patamar verificado em 1949. Kliman (2012) argumenta que a economia norte-americana se manteve instável e não se recuperou da crise dos anos 1970, devido ao fato de que a destruição de capital havida no início dos anos 1980, foi insuficiente para recuperar a lucratividade e o dinamismo econômico da principal economia capitalista. Certamente, a existência de uma pequena recuperação da taxa de lucro após a década de 1980 se deveu às políticas econômicas neoliberais que, como se sabe, diminuíram os salários dos trabalhadores e impuseram condições de trabalho bem mais precárias.

2 - Hobsbawn (1995) destaca que esse período foi caracterizado como exceção na história do capitalismo porque nunca as economias dos países centrais tinham atingido um crescimento tão significativo, cerca de um índice médio de 7% do PIB, entre 1945 e 1975.

3 - Ver Ferrari Filho e Paula (2008).

4 - Ver Kliman (2012), cap. 5, Tabela 5.1, p. 82.

Os anos que se seguiram a 1980, a acumulação de capital apresentou um ritmo bastante lento nos países centrais capitalistas, o que em parte foi compensado por uma acumulação mais intensa em novos centros do capitalismo mundial, como a China, a Índia e outros países do sudeste asiático. Mas, especialmente a partir dos anos 1990, assistiu-se parte crescente dos lucros não distribuídos serem dirigidos para a esfera financeira (HUSSON, 2006), o que levou ao crescimento fantástico do capital fictício, seja na forma de títulos públicos, de ações negociadas no mercado secundário ou de derivativos de todos os tipos. Para Kliman (2012), uma queda na taxa de lucro leva a crises apenas de forma indireta, pois à queda se segue aumento da especulação e da acumulação de dívidas que não podem ser reembolsadas; estas seriam, para ele, as causas imediatas da crise.

A entrada da China na Organização Mundial do Comércio, em 2001, contribuiu firmemente para compensar o lento ritmo de acumulação dos países centrais. Mas isso, ao mesmo tempo, aportou novas contradições, endurecendo a concorrência na esfera mundial e elevando a pressão sobre os salários e sobre os direitos sociais nesses países. É nessa perspectiva que podemos compreender a natureza da crise do capitalismo contemporâneo, que intensifica os ataques e questiona duramente o Estado de Bem-Estar Social, de certa forma, reconfigurando-os.⁵

Em relação a uma segunda tendência da acumulação capitalista nos últimos 35 anos, que contribui para o entendimento da crise do capitalismo contemporâneo, destaca-se o crescimento da esfera financeira, por meio do comando do capital portador de juros (capital financeiro) no movimento geral do capital. Esse crescimento da órbita financeira, denominado por “financeirização”, pode ser entendido como resposta dos capitalistas e de alguns estados sem procurarem oportunidades de investimento para além da economia produtiva e não lucrativa. Para se ter uma ideia, entre 1980 e 2007, os ativos financeiros globais aumentaram significativamente, passando de quase 12 a 206 trilhões de dólares, respectivamente (MC Kinsey Global Institute apud CORTÉS, 2013). Nesse mesmo período, esta extraordinária expansão superou de forma considerada o crescimento do PIB mundial: em 1980 os ativos mundiais representavam 120% do PIB, em 1990, 263% e em 2007, 355% (Ibid).

De forma bem diferente do que foi realizado no período em que a proteção social do Estado de Bem-estar europeu e americano se desenvolveu, não era mais o capital industrial que liderava o movimento do capital. Principalmente, a partir dos anos 1980, percebe-se o ressurgimento do capital produtor de juros, de forma duradoura, e ele passa a determinar as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo. “O capital portador de juros”, com o seu desdobramento na forma de capital fictício, acrescenta Chesnais (2005, p. 35), “busca ‘fazer dinheiro’ sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos a título de posse de ações e, enfim, de lucros nascidos da especulação bem-sucedida”.

Em verdade, o capital fictício, ao se constituir na forma mais acabada do capital portador de juros, propicia à relação capitalista atingir a forma mais reificada e fetichizada, como abordado por Marx. É importante retomar o que Marx (1987, p. 373) esclarece sobre a força desse capital. Diz ele: “Temos nessa forma D – D’, o dinheiro que gera mais dinheiro, valor que se valoriza a si mesmo sem o processo intermediário que liga os dois extremos”, isto é, sem passar pelo processo de produção, quando se refere à expressão geral do movimento do capital (D – M – D’) (MARX, 1987).

Marques e Nakatani (2014) mostram que, recentemente, ao contrário do que muitos esperavam, a crise que teve início com as *subprimes*, nos Estados Unidos, em 2007/2008, de que ainda vemos seus efeitos em diversos países, especialmente europeus, não resultou na diminuição do capital fictício. Os títulos de dívida interna dos 35 países acompanhados pelo Banco de Compensações Internacionais (BIS), que em 2005 atingiam US\$ 22,2 trilhões, ampliaram-se para US\$ 42,09 trilhões, em 2011. Já o saldo dos derivativos teve uma expansão ainda mais espantosa: de US\$ 297,67 trilhões, em 2005, para US\$ 632,57 trilhões, em 2012.

Isto posto, parece-nos que a chave para entender a crise está, como já mencionado, na visão integrada entre a acumulação financeira dos últimos 35 anos, sob a dominância do capital portador de juros e a dinâmica da produção do capital, como se pode observar com a tendência de queda da taxa de lucro em todo o período do pós-guerra. O aspecto principal aqui reside no entendimento que procura captar a interação entre a “financeirização”, o processo de acumulação de capital e seus impactos na saúde no Brasil.

A crise do capitalismo e a saúde: as incertezas no financiamento do SUS e o aumento da sua mercantilização

Os impactos da crise contemporânea do capitalismo no SUS ocorreram basicamente na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização. Isso pode ser percebido pela forte presença do capital portador de juros no orçamento público federal e no Orçamento da Seguridade Social, nos incentivos financeiros públicos concedidos à saúde privada por meio da permissão da abertura do capital estrangeiro para a exploração das ações e serviços de saúde no país e da permanência do mecanismo de renúncia fiscal e, ainda, na adoção de um ajuste fiscal com larga redução para os recursos da saúde.

Ao longo das últimas três décadas, o financiamento da saúde foi um dos temas mais debatidos e problemáticos na agenda de implementação da política de saúde no âmbito de países com sistemas universais de saúde, especialmente no Brasil. A problemática do financiamento da saúde no nosso país foi explicitada por meio de montantes insuficientes e indefinidos. Começamos os anos 2010 sem resolução dos grandes embates no âmbito do financiamento.

A Lei nº 141/2012 (regulamentação da EC-29) não garantiu novos recursos financeiros para a saúde universal, especialmente por parte da União e, ainda, nada foi realizado em relação ao estabelecimento de uma política de renúncia fiscal para o setor privado, sem prejuízo dos recursos do Estado, especialmente direcionados às políticas de direitos sociais, como a saúde.

Com a vinculação de recursos para a saúde pública, a partir da EC-29, permitiu-se que o gasto com o SUS aumentasse de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,9% do PIB, em 2012 (sendo 1,8% da União, 1,1% dos Municípios e 1,0% dos Estados) ainda insuficiente para ser universal e garantir o atendimento integral. No entanto, o gasto público brasileiro é baixo em relação ao dos demais países que têm um sistema público universal. Para que o Brasil atingisse o nível desses países, precisaria dobrar a participação do SUS em relação ao PIB, a fim de equiparar à média dos países europeus (Reino Unido, Canadá, França e Espanha), isto é, 8,3% (MENDES, 2012).

Se o artigo 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguri-

5 - Para uma discussão sobre a reconfiguração dos sistemas de proteção social nos países europeus, ver Castel (2009).

dade Social deveriam ser destinados à Saúde, mas isso nunca foi feito. Em 2013, o Orçamento da Seguridade Social foi de R\$ 651,0 bilhões, sendo que se destinados 30% à saúde, considerando os gastos do governo federal, corresponderiam a R\$ 195,3 bilhões, mas a dotação é a metade disso. Isso mostra claramente o subfinanciamento.

Para enfrentar o subfinanciamento estrutural do SUS é necessário defender a rejeição da política econômica conhecida como o famoso tripé econômico – juros altos/metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante –, que restringe a possibilidade de gastos públicos, mesmo os sociais, incluindo a saúde. Essa política vem sendo adotada pelo governo federal desde 1995, em consonância com as prioridades dos arautos do capital financeiro, a fim de garantir a valorização de seu capital frente à crise. A rigor, não há diferença da lógica dessa política econômica no decorrer de diversos governos posteriores. Para enfrentar a fragilidade do financiamento do SUS nesse contexto da fase de acumulação financeira do capitalismo e sua crise, deve-se defender a mudança dessa política econômica que prioriza o pagamento de juros da dívida pública – forma de financeirização do orçamento público. Para se ter uma ideia, em 2014, o orçamento executado do governo federal foi de R\$ 2,2 trilhões, sendo que o pagamento para juros e amortizações da dívida correspondeu a 45,1% do seu total, enquanto para a saúde foi alocado apenas 4,0%. Ao se refletir sobre essa problemática, é possível dizer que a sociedade brasileira, em geral, e o setor saúde, em particular, deveriam reivindicar uma auditoria dessa dívida, a fim de possibilitar maiores recursos disponíveis para a seguridade social (saúde, previdência e assistência social), assim como fez o Equador, de forma bastante equilibrada, com a participação de parlamentares de diversos países. Nesse país, depois dessa medida, 70% da dívida foram declarados ilegais e o governo equatoriano admitiu pagar os outros 30%, restando recursos para serem destinados às políticas sociais.⁶

Em 2015, duas medidas tiveram o apoio do governo federal que acabaram por prejudicar ainda mais o subfinanciamento do SUS: 1) uma diz respeito à nova lei que permite a exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde, inclusive o filantrópico, por meio da permissão de aquisição das Santas Casas – instituição que basicamente é financiada pelo Estado brasileiro –; 2) a outra medida refere-se à EC 86/2015 que modifica a base de cálculo do financiamento federal da saúde, reduzindo-o ainda mais do baixo nível de gasto que se alcançou até recentemente (1,7% do PIB em 2014, sendo 3,9% incluindo os três níveis de governo).

Em relação à primeira medida, em janeiro de 2015 foi aprovada no Congresso Nacional a Lei nº 13.097/2015 que, dentre outros aspectos, promove a abertura da saúde para o capital estrangeiro. De acordo com essa medida provisória, empresas e capitais estrangeiros poderão instalar, operar ou explorar hospitais (inclusive filantrópicos) e clínicas. Também poderão atuar em ações e pesquisas de planejamento familiar, e serviços de saúde exclusivos para atendimento de funcionários de empresas. Atualmente, a presença do capital externo já existe em outras áreas da saúde, a exemplo dos planos e seguros de saúde, e de farmácias. Essa nova lei altera a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90), que originalmente proíbe os investimentos estrangeiros no setor, e fere também a Constituição Federal de 1988, em seu artigo nº 199.

Imediatamente após essa aprovação, várias entidades vinculadas à saúde, com destaque para a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNPS), redigiram manifestos se posicionando contra essa Lei e apontando o seu desrespeito ao texto constitucional. Diante dessa inconstitucionalidade, as entidades como a

FNPS, mantendo seu compromisso com a preservação do direito universal à saúde e com a responsabilidade do Estado na garantia desse direito, vem realizando esforços contrários a essa nova lei e defendendo que o Supremo Tribunal Federal decida pela aprovação da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN). Entendemos que essa luta não deve ser apenas jurídica, mas, sobretudo política, no sentido de incorporarmos em nossa agenda o repúdio à essa medida e ao posicionamento do governo federal que vem mantendo o seu argumento a favor.

Na realidade, o governo federal tem insistido no argumento de que a primeira “brecha” para a entrada de capital estrangeiro no mercado de saúde brasileiro ocorreu em 1998, com a lei que regulamenta Planos de Saúde e, sendo assim, a Lei n.º 13.097 não constitui uma novidade nesse campo. A partir da Lei de 1998, operadoras de saúde de capital internacional, sob a liderança do capital financeiro, foram autorizadas a comprar planos no Brasil. Sabe-se que desde então, a empresa United Health adquiriu a Amil e o grupo americano Bain Capital – fundo de private equity e venture capital – comprou a Intermédica. Contudo, os arautos dessa argumentação esquecem de dizer a respeito da resistência por parte de várias entidades vinculadas ao SUS quando da aprovação dessa lei e, principalmente, os problemas que essa decisão foi prejudicando a defesa do direito universal à saúde. Sem dúvida, a Lei n.º 13.097 veio para agravar ainda mais a possibilidade de ampliarmos a conquista desse direito pela sociedade brasileira e assegurar a insaciabilidade do capital na forma de apropriação do fundo público.

No tocante à segunda medida que insinifica o subfinanciamento do SUS, destaca-se a Emenda Constitucional (EC) n.º 86/2015. Nessa EC que institui o “Orçamento Impositivo” (obrigatoriedade de execução total das emendas parlamentares no orçamento) foi incluída uma nova base de aplicação do governo federal na saúde (arts. 2º e 3º), alterando a base de cálculo de Receita Corrente Bruta para Receita Corrente Líquida (RCL), inclusive sendo executada de forma escalonada em cinco anos, isto é, 13,2% dessa RCL, para o primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa EC (2016), até alcançar 15% da mesma, no quinto exercício financeiro, respectivamente. Já há vários cálculos realizados que indicam uma redução dos recursos do SUS. Há quem aponte uma perda de cerca de R\$ 9,2 bilhões para as ações e serviços públicos de saúde já no primeiro ano de implantação da EC, em 2016 (FUNCIA, 2015). Assim, o tamanho do problema é significativo, com diminuição dos recursos por meio da EC 86.

Além disso, a EC 86/2015 traz dois graves problemas: a) os recursos referente ao Pré-Sal deixará de ser um excedente para a saúde, como estava previsto na Lei 12.858/2013, passando a incorporar a nova base de cálculo determinada pela PEC e, conseqüentemente com perdas de alguns bilhões de reais; b) um aumento das emendas parlamentares para um teto de 1,2% da Receita Corrente Líquida, sendo que 0,6% seriam retiradas do orçamento da saúde. Dessa forma, a situação de restrições ao financiamento do SUS será ainda maior.

Essa EC 86/015 ainda incluiu o aumento do quórum para novas mudanças do financiamento da saúde federal. Isso porque, somente poderão ser feitas modificações no financiamento por meio de emenda constitucional e não mais por lei complementar, tornando mais difícil aumentar os recursos para a saúde, pois serão necessários maioria de três quintos dos votos.

A EC 86 indica que o cenário futuro para o financiamento do SUS ficará bem distante da necessidade de financiamento para asse-

6 - Para um breve relato dessa experiência, ver Cunha (2013).

gurar um sistema universal de saúde. O subfinanciamento histórico permanecerá. Ademais, sabemos que as emendas parlamentares, na sua maioria, não são articuladas com o planejamento desenvolvido e construído democraticamente com a sociedade e em sintonia com a política de saúde do SUS. Percebemos nesse movimento que o orçamento impositivo veio para responder a uma imposição dos parlamentares a seus específicos interesses. Não sabemos aonde vamos parar. Todos os poderes querem impor seus interesses sem discutir conjuntamente o que seria melhor para as políticas públicas. Sem dúvida, a situação de restrições ao financiamento do SUS será ainda maior a partir dessa EC do Orçamento Impositivo.

Ainda, merece comentário que essa EC 86 do Orçamento Impositivo já está influenciando os legislativos estaduais e municipais a adotarem o seu conteúdo. Isso porque, têm-se notícias que existem vários parlamentares nessas instâncias de governo que já estão apresentando projetos inspirados no Orçamento Impositivo dessa EC. Precisaremos ficar atentos a esse movimento. Nessa direção, o SUS poderá ser ainda mais prejudicado.

Parece-nos fundamental cobrar desses poderes que a saúde ganhe prioridade na agenda da política pública no país. Para tanto, as entidades e movimentos da saúde pública universal devem cobrar insistentemente do governo federal e de seu poder legislativo, em extensão às demais esferas de governo, o cumprimento de suas responsabilidades. Exigir que os poderes sejam transparentes nas suas decisões, sempre comunicando-as aos órgãos de controle público, antes de qualquer definição. Não parece ser uma tarefa simples, porque o que vimos assistindo é o contrário. Por exemplo, somente depois da aprovação da Lei nº 13.097, que permite a entrada do capital estrangeiro na saúde, é que o governo federal saiu em sua defesa, aliando-se ao legislativo. As entidades e os movimentos não haviam sido chamados antes da aprovação da lei para um diálogo e debate. Desse modo, fica claro que as entidades, nesse contexto mais recente, não podem e não devem esperar propostas que fortaleçam o SUS público e universal por parte desses poderes. Os “ventos” estão em sentido contrário. Devem manter-se alertas e resistentes de maneira permanente.

A situação é alarmante. A lógica da política econômica austera, levada há anos pelo governo federal (aliás, por diversos governos desde 1995), parece não ser alterada. Ao contrário, vimos cada vez mais o seu fortalecimento, sempre em direção a corte de gastos das políticas de direito, como é o caso da saúde, para responder ao superávit primário e às metas de inflação. Nada é anunciado em relação à ampliação do investimento de recursos das políticas sociais de direito, como a saúde.

Parece que o governo federal vem funcionando bastante sintonizado à lógica da dinâmica do capitalismo contemporâneo e sua crise, em que a prioridade do gasto público vincula-se muito mais aos interesses de apropriação do capital financeiro no orçamento público, do que à alocação de recursos para a política pública de saúde universal. Essa ideia é sustentada pelos argumentos do governo federal quando questionado sobre o porquê de não investir maior magnitude de recursos na política de saúde? Sua contestação sempre se refere à insuficiência de fonte específica para tanto. Ora, é conhecido de todos que o Orçamento da Seguridade Social (OSS), formado pela saúde, previdência e assistência social, vem demonstrando superávits há vários anos. Mais recentemente, registre-se: em 2010, R\$ 53,8 bilhões; em 2011, R\$ 75,8 bilhões; em 2012, R\$ 82,7 bilhões e, em 2013, R\$ 76,2 bilhões (ANFIP, 2014). Como forma de seguir a lógica de apropriação do capital financeiro sobre o fundo público nessa fase contemporânea do capitalismo, grande parte

desse superávit vem sendo transferido para o pagamento de juros da dívida, em respeito, como dissemos, à política de manutenção do superávit primário e corte dos gastos das políticas de direitos sociais, como a saúde. O mecanismo criado para isso, desde 1994 e ainda em funcionamento, é bastante conhecido por muitos, intitulado Desvinculação das Receitas da União (DRU), em que 20% das receitas da seguridade social são retiradas e destinadas a essas finalidades. Os recursos retirados pela DRU foram: em 2010, R\$ 45,9 bilhões; em 2011, R\$ 52,4 bilhões; em 2012, R\$ 58,1 bilhões e, em 2013, R\$ 63,4 (Ibid). Isso significou uma extração, em média, de cerca de 55% do saldo superavitário do OSS, a partir de 2010. Entre 1995 a 2013, a perda de recursos para a Seguridade Social com a DRU correspondeu a cerca de R\$ 641 bilhões. Sabe-se que a continuação da DRU está garantida até 2015, quando possivelmente será colocada pelo governo federal a sua prorrogação, como o fez sistematicamente desde sua criação. A sociedade brasileira precisa saber disso e aí, sim, rejeitar a continuidade da DRU.

Em consonância com a insaciabilidade do capital portador de juros nesses últimos 35 anos, pode-se dizer que grandes volumes de capitais não encontram espaços de valorização, buscando o OSS como locus privilegiado para tanto. Em sintonia com esse processo, as políticas macroeconômicas adotadas levaram – e ainda levam – à diminuição dos gastos públicos com direitos sociais, em destaque na saúde, aumentando os riscos da “desuniversalização” e “desassistencialização” das políticas sociais. Tais expressões foram emprestadas de Behring (2009), justamente por contribuírem para essa ideia sintética e preocupante. Segundo essa autora, elas esclarecem os efeitos das políticas neoliberais, materializados por meio de redução dos gastos sociais, ao contribuírem para o equilíbrio financeiro do setor público e à lógica de dominação do capital portador de juros. Além disso, essas políticas encontram sintonia com a linha de menor resistência das classes dominantes em adotarem saídas mais imediatas para o enfrentamento da crise estrutural do capitalismo, sua tendência declinante da taxa de lucro.

Outro aspecto que merece ser salientado no contexto do subfinanciamento do SUS, refere-se ao incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de Imposto de Renda a pagar da Pessoa Física ou Jurídica, o que é aplicada sobre despesas com Plano de Saúde e/ou médicas e similares. Além disso, há que acrescentar as renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos e a indústria farmacêutica, por meio de seus medicamentos. Nota-se que o total desses benefícios tributários à saúde privada vem crescendo de forma considerada. Registre-se: R\$ 3,67 bilhões, em 2003; passando para R\$ 8,70 bilhões, em 2006, R\$ 15,85 bilhões em 2009 e, por fim, R\$ 19,98 em 2012.⁷ Não resta dúvida que o aumento desses incentivos fiscais ao capital privado vem respondendo à necessidade de valorização desse capital no contexto do capitalismo financeirizado e sua crise.

Quando se analisa o detalhamento desses benefícios ao capital privado, observa-se que, entre 2007 a 2011, as bases projetadas para a renúncia fiscal sempre foram menores aos dispêndios efetivamente gastos, particularmente, no tocante às despesas médicas do Imposto de Renda Pessoa Física. Sabe-se que no Brasil a legislação permite que os abatimentos junto à declaração de IRPF, com despesas médicas privadas, não disponham de limites, diferentemente da área da educação – limite anual individual de R\$ 3.091,35 (anual-cálculo de 2012) (MENDES e WEILLER, 2014). A possibilidade de estabelecimento de limites para a área da saúde deve ser tema de amplo debate no interior desse problemático tema de incentivos ao subsistema privado de saúde no país. Contudo, sua lógica segue a

7 - Dados extraídos da SRF - Previsões PLOA - Relatórios de renúncia que acompanharam os Projetos de Lei Orçamentária Anual. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br>

dinâmica da tendência do capital portador de juros na busca de sua valorização.

Além disso, ao se analisar a participação das principais funções no total dos gastos tributários (nome técnico para as desonerações do sistema tributário, por meio de incentivos fiscais ao setor privado), entre 2003 a 2012, constata-se que a saúde é a terceira maior função, sendo inferior apenas às funções de “Comércio e Serviço” e “Indústria”, respectivamente. Dito de forma específica, para se ter uma ideia desse desempenho da distribuição do total do gasto tributário por funções, em 2012, a saúde corresponde à terceira posição, com 13,6%, logo após a função “Comércio e Serviço”, com 27,6% e Indústria com 15,19% (MENDES e WEILLER, 2014).

Por sua vez, ao se analisar a participação das modalidades de gastos tributários sobre o total de gastos da função Saúde, observa-se que as “Despesas Médicas do IRPF” e “Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados – IRPJ” são as principais. Juntas somam, em 2012, 64,80% do total dos gastos tributários em saúde (Ibid).

Sem dúvida, essa situação nos remete à problemática relação entre o mercado privado e o padrão de financiamento público da saúde universal, e ao mesmo tempo, suas consequências em relação à temática da equidade, tão importante para a sobrevivência do SUS, especialmente. De forma geral, no contexto do capitalismo contemporâneo financeirizado e na atual crise do capital, questiona-se sobre as fragilidades que o fundo público da seguridade social e da saúde vêm sofrendo.

Por fim, não se pode deixar de comentar a recente adoção do Ajuste Fiscal anunciado pelo governo federal ao final de maio de 2015 que constitui mais um ataque aos direitos sociais da população brasileira em geral e à saúde pública, em particular. O Governo Dilma Rousseff segue a mesma linha dos governos anteriores, principalmente a partir do governo tucano FHC, em que a saúde, o SUS, não foi considerada área prioritária no padrão do desenvolvimento brasileiro. Isso porque desde 1995 até 2014, o gasto com ações e serviços de saúde do Ministério da Saúde manteve-se praticamente estático em 1,7% do PIB, enquanto o pagamento de juros da dívida correspondeu, em média, a 6,5% do PIB, nesse mesmo período. Diante da crise econômica mundial e seu impacto no Brasil, o governo federal busca o seu enfrentamento por meio do aumento do grau de exploração dos trabalhadores e da população em geral diminuindo os recursos para as áreas sociais, com maior ênfase para a educação e a saúde. Esses setores são justamente os que não deveriam sofrer reduções de recursos em um momento de crise econômica profunda. Os gastos nessas áreas devem ser entendidos como mecanismos indiretos de redistribuição de renda, isto é, com a crise, se houvesse investimento nesses setores, a população não precisaria “tirar do seu bolso” para pagar por esses direitos. Mas, essa não é a visão do governo federal. Sua resposta para o enfrentamento da crise vem com a adoção de um grande Ajuste Fiscal com corte de recursos, principalmente nas políticas sociais.

Esse ajuste, ao invés de promover uma diminuição no pagamento dos juros da dívida, resultou em um corte de recursos de R\$ 69,9 bilhões em todo o orçamento de 2015, sendo para a saúde R\$ 11,8 bilhões a menos, isto é, diminuindo o orçamento aprovado 2015, de R\$ 103,2 bilhões para R\$ 91,5 bilhões, o que corresponde a uma redução de 11,3%. Nesse sentido, tal volume de recursos para o orçamento da saúde desse ano é menor que o gasto executado em 2014 que registrou R\$ 91,9 bilhões. A situação para 2015 será ainda pior que o fraco e penoso orçamento executado em 2014, que acabou por atrasar as transferências federais de dezembro a municípios, repassando-as apenas no final de janeiro deste ano.

Para se ter a dimensão do impacto problemático no orçamento da saúde, é necessário que se conheça os itens mais gerais

que compõem o orçamento do Ministério da Saúde (MS). Em 2014, o gasto com ações e serviços de saúde correspondeu a: 12,3% com pagamento de pessoal; 50,1% com o atendimento da Média e Alta Complexidade (MAC); 17,8% com a Atenção Básica (AB); 9% com medicamentos, 5,4% com Vigilância em Saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental); 1,8% com ações de saneamento; e, 3,6% com “demais ações”. Quando se discute redução de orçamento, é conhecido tecnicamente que há gastos que são incompressíveis, isto é, não podem sofrer redução, por motivos de ordem legal, como os salários (pagamento de pessoal) e, ainda, no caso específico do SUS, como também as transferências denominadas Fundo a Fundo, isto é, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Essas transferências, que incluem parte dos itens MAC, AB e Vigilância em Saúde, são calculadas a partir de limites pré-definidos no âmbito do SUS e repassadas automaticamente todo o mês. Porém, há uma parte delas que pode sofrer queda à medida que se referem a incentivos financeiros do MS, calculados a partir de projetos específicos que, principalmente, os municípios, enviam a esse ministério. De forma mais clara, é possível que ocorra reduções em projetos que compõem: a) a Média e Alta Complexidade, sem incluir aqueles, obviamente, da “marca” desse governo, como os “Mais Médicos”, mas prejudicando o atendimento de exames mais complexos e serviços hospitalares de forma geral; b) o interior da Atenção Básica, que vem com muita dificuldade buscando ampliar o acesso dos cidadãos brasileiros às consultas referentes às clínicas básicas de saúde; c) as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, fundamentais, como por exemplo, as ações de combate à epidemia atual do mosquito da dengue. Além disso, certamente o item medicamentos será reduzido com o corte do Ajuste Fiscal.

Todos os que lidam com o orçamento público em saúde sabem que esse item é passível de redução de recursos, em que pese a sua importância. Como as transferências para estados e municípios representam mais de dois terços do orçamento do MS, o corte de recursos agravará a situação de asfixia financeira dos estados, e, principalmente, dos municípios. Na prática, não resta dúvida, que o corte de recursos para a saúde pública prejudicará a população brasileira que já sofre com o conhecido histórico desfinanciamento do SUS.

Considerações Finais

Os tempos contemporâneos em que se processa a crise do capital correspondem justamente ao período que se intensifica os conflitos que limitam o desenvolvimento do SUS, particularmente no esquema de seu financiamento e na introdução de mecanismos que valorizem a saúde como uma política mercantil.

Insistimos que essa crise deve ser compreendida como decorrente das tendências de longo prazo na acumulação capitalista, a partir do declínio da taxa de lucro nas economias após a Segunda Guerra Mundial e que não foi, posteriormente, invertida totalmente. Ainda, que a partir da década de 1980, seja possível verificar uma trajetória instável de retomada da queda da lucratividade, em decorrência das políticas econômicas ortodoxas neoliberais, as economias não conseguem alcançar o patamar da taxa de lucro do período anterior. Além desse contexto, acrescentamos à explicação dessa crise, a tendência que decorre do enfrentamento a esse declínio da lucratividade, isto é, o processo da financeirização, em que o capital portador de juros (capital financeiro), particularmente o capital fictício, busca assegurar lucros mais imediatos, passando a desempenhar a dominação na dinâmica do capitalismo nos últimos 35 anos.

É justamente nesse cenário do capitalismo contemporâneo em crise, que o financiamento do SUS transcorreu sobre um longo

processo de tensões. No plano interno da economia brasileira, as decisões de uma política econômica restritiva/neoliberal, mantiveram-se muito firme durante todos os anos 1990 e 2000. Sob essa condução, assistiu-se à fragilidade do financiamento da seguridade social, ao perder recursos de forma sistemática por meio do mecanismo da DRU e sua renovação periódica nesses anos. Acrescenta-se a esse quadro, as medidas do governo federal para remanejamentos e cortes no orçamento da seguridade social e da saúde, em particular, muitas vezes justificados pelos problemas de caixa ou pelos riscos que as contas gerais do governo sofriam, em razão de problemas para assegurar uma escala de superávit primário condizente com as exigências do mundo das finanças e com os interesses das classes dominantes em enfrentarem a queda da lucratividade no âmbito da produção.

Enfatizamos que o problema do financiamento do SUS decorreu, em larga escala, no plano específico e interno do país, da decisão, e não somente de imposição externa, da manutenção de uma política econômica do governo federal, durante esses mais de 27 anos e em sintonia com as demandas do capital financeiro internacional. Tal política tem sido sempre destinada ao cumprimento de metas de inflação e de superávits primários, resultando em forte redução de despesas das políticas de direitos sociais, com montantes insuficientes e inseguros para a saúde pública.

O tamanho do problema para a saúde universal é significativo, com permissão à entrada do capital estrangeiro para explorá-la como mercadoria, com a diminuição dos recursos por meio da EC 86 e, ainda, com o volumoso corte de recursos por meio do ajuste fiscal. Nesta perspectiva, devemos nos perguntar, a quem interessa o subfinanciamento do nosso sistema de saúde e o fortalecimento do setor privado, inclusive com a participação das empresas estrangeiras? Não temos dúvida que não interessa à maior parte da sociedade brasileira que vive do trabalho.

As possibilidades de valorização dos direitos universais à saúde, por meio da prioridade ao financiamento do SUS podem ser alcançadas por outros percursos, muito diferentes de se adotar um ajuste fiscal com considerados cortes de recursos. Um ajuste fiscal, por exemplo, poderia priorizar a adoção de mecanismos de tributação para a esfera financeira – responsável pela grande riqueza/fortuna nos últimos 35 anos –, por meio da criação de uma Contribuição Geral sobre as grandes movimentações financeiras, isto é, para quem movimenta mais de R\$ 2 milhões mensais – e ter destinação vinculada à Seguridade Social. Isto seria o mesmo que dizer sobre a criação de uma Contribuição Geral sobre as Grandes Fortunas, com destinação para a seguridade social, conseqüentemente para a saúde. Já há várias propostas nesse sentido sendo discutidas e, inclusive, presentes no Congresso Nacional. Caminhos com os interesses sociais da população brasileira em geral existem vários, como indicamos. Contudo, estes não foram a opção do governo federal, infelizmente.

Referências

ANFIP. Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social. *Análise da Seguridade Social* em 2013. Brasília: ANFIP 2014. Disponível em: <<http://www.anfip.org.br/>>. Acesso em: jan. 2015.

BEHRING, E. R. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas*. 2.ed. São Paulo: Cortez Editora; 2009. p. 44-63

CALLINICOS, A. *Bonfire of Illusions*. New York: John Wiley; 2010.

CARCANHOLO, R.; NAKATANI, P. *O capital especulativo parasitário: uma precisão teórica sobre o capital financeiro, característico da globalização*. Ensaio FEE, 20(1): 284-304, 1999. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/viewFile/1947/2323>>. Acesso em: dez 2012.

CASTEL, R. *A Insegurança Social: o que é ser protegido?* Endlich LM, tradutor. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2005.

CASTEL, R. *La Montée des incertitudes*. Travail, protections, statut de l'individu, Paris: Éditions Du Seuil; 2009. (La couleur des idées). Grand résumé. Suivi d'une discussion par Frédéric Lesemann et Michel Messu. Disponível em: <<http://sociologies.revues.org/3276>>. Acesso em: 18 jun. 2011.

CHESNAIS, F. (Org.). *A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, conseqüências*. São Paulo: Boitempo; 2005. Cap. I.

CORTÉS, C. L. Profundización de la Crisis Global, Capital Ficticio y Más Allá. In: FLORES, C.; CORTÉS, C. L. (Orgs.). *La Crisis Global y el Capital Ficticio*. Santiago: Editorial – Arcis, Universidad de Arte Y Ciencias Sociales, Clacso, 2013.

CUNHA, J. R. A. "A Auditoria Constitucional da Dívida e o Financiamento do Direito à Saúde no Brasil nos 25 anos da Constituição Brasileira". 2013. Disponível em: <<http://www.auditoriacidada.org.br/campanhas/>>. Acesso em jan 2014.

FERRARI FILHO, F.; DE PAULA, L. F. *A Crise das Finanças Desregulamentadas: o que fazer?* In: Associação Keynesiana Brasileira, organizadores. Dossiê da Crise I, 2008. p. 54-56. Disponível em: <<http://www.akb.org.br/dossies.asp>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

FUNCIA, F. Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº 86/2015 para calcular a aplicação mínima da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde. Idisa. *Domingueira* n.º 4, 12 de abril, 2015. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20004%202015%20-%2012%2004%202015.pdf>>. Acesso Direto em: maio/2015.

HUSSON, M. *Finance, hyper-concurrence et reproduction du capital*. Paris, Presses Universitaires de France, 2006

HOBBSBAWN, E. *Breve Século XX*. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.

KLIMAN, A. *The Failure of Capitalist Production: Underlying Causes of the Great Recession*. London: Pluto, 2012.

MARQUES, R.; NAKATANI, P. A natureza do capitalismo contemporâneo. In: CASSIOLATO, J. E. et al. (Orgs.). *Desenvolvimento e Mundialização: o Brasil e o pensamento de François Chesnais*. Rio de Janeiro, E-papers, 2014.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. 2.ed. Livro Primeiro, Tomo I. Gorender J, apresentador. Singer P, coordenador e revisor. Barbosa R, Kothe FR, tradutores. São Paulo: Abril Cultural; 1985. (Os Economistas).

MARX, K. *El Capital. Crítica de La Economía Política. Libro III. Roces V*, tradutor. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.

MENDES, A. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. *Renúncia Fiscal (Gasto Tributário) em*

Saúde: repercussões sobre o Financiamento do SUS. Trabalho apresentado ao XIX Encontro Nacional de Economia Política. Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP), Florianópolis, maio de 2014.

ROBERTS, M. "From Global Slump to Long Depression", *International Socialism 140* (autumn), 2013. Disponível em: <www.isj.org.uk/?id=914>. Acesso direto em: nov. 2013.

RETROCESSOS NO LEGISLATIVO E IMPACTOS PARA A SAÚDE NO BRASIL

Juliana Fiuza Cislighi

Apresentação

Em outubro de 2014, no segundo turno de um processo eleitoral disputadíssimo e com vários reveses, Dilma Rousseff derrotou o candidato do PSDB Aécio Neves por uma parca diferença de 3,28% dos votos garantindo, assim, seu segundo mandato como presidente, o quarto seguido do Partido dos Trabalhadores (PT).

O processo eleitoral ocorreu pouco mais de um ano após as chamadas “Jornadas de Junho” que levaram alguns milhões de brasileiros às ruas em diversas cidades do país em resposta às contrarreformas supressoras de direitos que colocaram o Brasil no quadro mundial de ascenso da luta dos trabalhadores (Demier, 2013).

Contraditoriamente, apesar de ter sido encarado como o projeto mais à esquerda na disputa, o início do quarto governo petista foi marcado exatamente pela sua rendição à pauta conservadora e neoliberal defendida por seus adversários, processo que não significou uma alteração da rota anterior, mas, um aprofundamento dos benefícios ao capital e da retirada de direitos dos trabalhadores que contraditoriamente foram marcos dos governos do PT. A presença do “Chicago Boy” Joaquim Levy no Ministério da Fazenda, da representante máxima do agronegócio Katia Abreu no Ministério da Agricultura, do ex-prefeito de São Paulo Gilberto Kassab no Ministério das Cidades deixaram claro que o ajuste fiscal, o qual Dilma acusou Aécio de arquitetar durante a campanha eleitoral, enterraria de vez a retórica novo-desenvolvimentista de seu primeiro mandato.¹

Associado às denúncias de corrupção na Petrobrás e ao desaquecimento da economia o governo viu rapidamente sua popularidade despencar em poucos meses, e parte da população voltou às ruas contra o PT e o governo, dessa vez com um viés conservador.² Segundo Braga (2015) estamos assistindo ao esgotamento do modelo de desenvolvimento lulista, graças ao aprofundamento da crise internacional e da redução dos investimentos domésticos, o que põe em xeque a hegemonia do seu projeto.

Nesse cenário de disputas e incertezas o Congresso Nacional aparece como um dos protagonistas da supressão de direitos históricos conquistados pela classe trabalhadora brasileira nas últimas décadas (talvez no último século!). Nesse artigo iremos discutir

algumas leis aprovadas em cinco meses de mandato legislativo que causam graves e regressivas consequências ao sistema de saúde brasileiro. Iniciaremos analisando a composição do atual Congresso e como chegamos até aqui.

“O melhor Congresso que o dinheiro pode comprar” (BAVA, 2015) ou como o sistema político foi definitivamente apropriado pelo poder econômico

Desde 1997, a lei nº 9504/97 permite que empresas possam financiar candidatos e campanhas eleitorais. Baseado no modelo norte-americano, a possibilidade das empresas financiarem candidatos sem intermédio dos partidos, permitiu que seus interesses fossem representados diretamente em troca de um financiamento que cada vez precisa crescer mais. Em 2014, o gasto total das campanhas alcançou 5,1 bilhões de reais, quase na sua totalidade doações feitas por empresas. Um deputado federal gastou em média 1,4 milhão de reais para se eleger, onze vezes mais que a média dos não eleitos (Bava, 2015). Em outras palavras, no sistema político brasileiro hoje, sem o aporte econômico das empresas é quase impossível eleger-se para qualquer cargo.

Esses recursos, além disso, são oriundos de poucas empresas. Em 2014, metade do total doado veio de 19 grupos privados. O maior deles foi o grupo JBS, do setor de alimentação. Entre os grandes doadores se destacam ainda grupos do setor financeiro, das empreiteiras e do setor de mineração.³

Os planos privados de saúde doaram o total de 54,9 milhões de reais para 131 candidatos no executivo e no legislativo federal e dos estados, o que representa 263% a mais do que haviam investido na campanha de 2010. Na Câmara de Deputados foram 29 deputados eleitos com esse financiamento, entre eles o deputado Eduardo Cunha, presidente atual da Casa, um dos cinco maiores beneficiados da chamada “bancada da saúde” (privada). No Senado, os planos de saúde elegeram três dos quatro candidatos beneficiados. A presi-

1 - Para Ruy Braga o governo Rousseff deixou de ser desenvolvimentista no seu segundo ano quando privatizou portos e aeroportos, financiou projetos duvidosos do capital e passou a perseguir a redução do custo trabalho. Em: <http://www.cartacapital.com.br/economia/lei-da-terceirizacao-e-a-maior-derrota-popular-desde-o-golpe-de-64-2867.html> Consulta em 20/05/2015. Consulta em 20/05/2015. É polêmico, porém, se os governos do PT poderiam em algum momento ser considerados desenvolvimentistas.

2 - Segundo dados enunciados por Braga (2015) 70% dos manifestantes nas passeatas de 15 de março ganhavam acima de 5 salários mínimos e se colocavam contra o PT, a corrupção e os efeitos da desconcentração de renda entre os que vivem do trabalho que fizeram com que a classe média perdesse alguns privilégios como seu monopólio no acesso ao ensino superior público. Além disso, 5% dos manifestantes, muito mais gravemente reacionários, defendiam um novo golpe militar no Brasil.

3 - Em: <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,doacoes-de-campanha-somam-r-1-bi-das-quals-metade-vem-de-19-empresas-imp-,1560289>. Consulta em 11/05/2015.

dente Dilma também recebeu generosas doações: só da Amil R\$ 7 milhões, 48% do total doado por esse grupo.⁴

Apesar de todos os eleitos beneficiados por esses recursos negarem sua vinculação aos interesses privados desses grupos, as trocas de favores são bastante evidentes. Avaliaremos as principais ações favoráveis ao setor privado de saúde nesse início de mandato, mas, antes, vejamos o que foi concedido ao capital privado estrangeiro na saúde, ao apagar das luzes de 2014.

MP 656/14 – a entrada de capital estrangeiro na saúde

A Lei nº 8080/90, que regulamenta o SUS, e o artigo 199 da Constituição Federal vedam o investimento direto de capital estrangeiro na assistência à saúde, ou seja, em hospitais e unidades de saúde no Brasil. Já existe investimento estrangeiro na saúde, mas ele se limita a planos e aos subsetores de medicamentos e equipamentos. Desde 2009, tramita no Senado proposta de lei do Senador Flexa Ribeiro (PLS 259/2009) que permitiria a entrada de capital estrangeiro no subsetor de serviços de saúde. No entanto, no apagar das luzes de 2014 em 17 de dezembro, últimos dias do primeiro governo Roussef e imediatamente após sua reeleição, a Medida Provisória 656 foi aprovada e sancionada, já no seu segundo mandato, em 17 de janeiro de 2015 como a Lei nº 13097/2015. Um dos únicos vetos da presidenta era uma medida progressista para os trabalhadores na MP: a correção monetária da tabela do Imposto de Renda em 6,5% para pessoas físicas, incluída pelos parlamentares.⁵

No seu *caput* a MP “reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores, prorroga benefícios, altera o artigo 46 da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõe sobre a devolução ao exterior ou a destruição de mercadoria estrangeira cuja importação não seja autorizada, e dá outras providências”. A redução de COFINS por si só já é um ataque ao financiamento da saúde (Cislaghi, 2014). Mas numa manobra, que costuma ser chamada por parlamentares de “batalha”,⁶ foram acrescentados 32 temas à MP entre os quais a cessão de servidores federais ao serviço social autônomo, a permissão ao Legislativo e ao Judiciário para realizar parcerias público-privadas (PPP), refinanciamento de dívidas de clubes de futebol, autorização para a construção de um aeroporto privado, redução de impostos para armas, além da abertura da saúde para o capital estrangeiro (Frente contra a Privatização da Saúde, 2014).

Segundo a emenda, proposta pelo deputado Manoel Júnior (PMDB-PE) que se tornou o artigo 142 da lei, passa a ser permitido ao capital estrangeiro a exploração, instalação e operação de hospitais

e clínicas, inclusive filantrópicos, ações e pesquisas de planejamento familiar, atendimento a funcionários de empresas e seus dependentes, alterando a Lei nº 8080/90 e ferindo o artigo 199 da Constituição.

Orçamento impositivo – EC 86/2015

Aprovada em 10 de março de 2015 e sancionada pela presidente no dia 17 do mesmo mês, a emenda constitucional 86 traz grave implicações para o financiamento, o planejamento e o controle social na saúde. O objetivo principal da emenda é tornar obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais no orçamento da União na ordem de 1,2% da receita corrente líquida prevista no projeto de lei orçamentária. Nominalmente isso representaria em valores de 2014, R\$ 7,7 bilhões divididos entre os 594 parlamentares da Câmara e do Senado.⁷ No Senado, foi incluído na emenda que metade desses recursos devem ser destinados a ações de saúde, compondo os percentuais mínimos de aplicação da União na saúde, percentuais que também foram alterados pela EC 86. Passa a vigorar a partir de 2016 a obrigatoriedade de aplicação de 13,2% da receita corrente líquida da União na saúde, percentual que aumenta progressivamente até alcançar 15% da receita líquida em 2020. São mínimos rebaixados em relação às propostas dos movimentos sociais em saúde que apontam para os mínimos de 10% da receita corrente bruta⁸ ou 10% do PIB.⁹

Assim, de um lado rebaixa-se o debate sobre as necessidades para o financiamento do SUS que estava em curso entre seus defensores e ao mesmo tempo permite-se aos parlamentares destinarem parte desses recursos ao que quiserem, independente de todo o planejamento e todo controle social dos conselhos de saúde.

Lei das Terceirizações – PL 4330/2004

Em 08 de abril de 2015 a Câmara aprovou o projeto de lei 4330/2004, após 10 anos de tramitação. A lei permite que todas atividades, inclusive as atividades fim, de empresas, empresas públicas, sociedades de economia mista, produtores rurais e profissionais liberais possam ser terceirizadas para outras empresas contratantes. A extensão da lei para as empresas públicas foi um dos pontos mais polêmicos e chegou a ser retirado e recolocado pelo PSDB na sessão que votou as emendas ao texto base.¹⁰ O projeto foi para votação no Senado e, caso aprovado sem destaques, segue para a sanção de Roussef.

A votação do PL gerou muitas polêmicas e forte oposição de centrais sindicais, inclusive da Central Única dos Trabalhadores

4 - Em: <http://cebes.org.br/2015/03/doacoes-de-planos-de-saude-nas-eleicoes-de-2014-crescem-263-e-vao-a-r-55-milhoes/>. Consulta em 11/05/2015.

5 - Em: <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/dilma-sanciona-mp-656-mas-veta-correcao-da-tabela-do-ir> Consulta em 20/05/2015.

6 - Bacalhau porque inclui vários assuntos que não estão tratados no *caput*, ou seja, são propostas “sem cabeça” o que serve para acelerar a aprovação de medidas polêmicas sem os trâmites necessários no legislativo.

7 - Em: <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,camara-aprova-pec-do-orcamento-impositivo,1632555>. Consulta em 25/05/2015.

8 - A proposta de destinação de 10% da receita bruta da União para a saúde é defendida pelo Movimento Saúde Mais 10 e virou projeto de lei de iniciativa popular. Em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/453441-PROPOSTA-POPULAR-DESTINA-10-DA-RECEITA-BRUTA-DA-UNIAO-PARA-A-SAUDE.html> Consulta em 28/05/2015.

9 - A Frente contra a Privatização da Saúde defende a aplicação de 10% do PIB exclusivamente em saúde pública e estatal. Outros movimento também vêm incorporando essa proposta que foi aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde. Em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/453441-PROPOSTA-POPULAR-DESTINA-10-DA-RECEITA-BRUTA-DA-UNIAO-PARA-A-SAUDE.html> Consulta em 28/05/2015.

10 - Em: <http://cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/PL-4330-Camara-aprova-terceirizacao-da-atividade-fim-e-estende-regras-para-empresas-publicas/4/33328> Consulta em 20/05/2015.

(CUT), ligada ao PT, de maneira que até o final de sua tramitação haverá processos de luta e resistência contra a medida.

Se aprovada e sancionada, porém, a lei promete piorar ainda mais as medidas de flexibilização de relações trabalhistas em curso por meio dos chamados “novos modelos de gestão” na saúde. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que é legalmente uma empresa pública a serviço, entre outras formas de privatização, do fim do Regime Jurídico Único (RJU) nos hospitais universitários federais passa a poder contratar todos os trabalhadores inclusive médicos, enfermeiros, assistentes sociais entre outros profissionais de saúde responsáveis por atividades fim, por terceirização. Ou seja, os profissionais serão contratados por empresas privadas para trabalhar nos hospitais geridos pela EBSERH. A precarização dos contratos e direitos de trabalho aprofunda-se ainda mais. Além de acabar com o RJU, a terceirização acabaria também com o vínculo direto dos trabalhadores com a EBSERH pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) regime atualmente praticado, ficando o trabalhador ligado às empresas responsáveis pela terceirização. Pesquisas sobre a terceirização apontam que trabalhadores contratados por esse regime ganham em média 30% menos, trabalham 3 horas a mais e têm sindicatos mais frágeis, o que permite ampliação da rotatividade, aprofundamento da exploração e redução da autonomia dos trabalhadores.¹¹

PEC 451/2014

De autoria do presidente da Câmara, deputado Eduardo Cunha, a PEC 451 foi desarquivada logo no início de seu mandato. A PEC inclui entre os direitos constitucionais de trabalhadores urbanos e rurais um plano privado de assistência à saúde oferecido pelos empregadores. Na justificativa da PEC está o artigo 196 da Constituição, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, ignorando completamente a existência do SUS.

Se aprovada, a medida enterra de vez a ideia de um sistema único de saúde, seccionando seus usuários. Os trabalhadores com vínculos formais ficarão reféns dos planos privados, que passam a ter um mercado cativo para seus serviços, e aos trabalhadores sem vínculo formal resta um sistema público cada vez mais sucateado e com menos financiamento. Segundo manifesto assinado, entre outras entidades, pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES)¹² esse arranjo retira parcialmente a responsabilidade do Estado pela garantia da saúde, repassando-a aos empregadores, e constrói um modelo ainda pior que o Inamps pois ressuscita o seguro saúde para os trabalhadores formais sem, porém, a gestão do Estado. O “direito à saúde” é repassado e gerido integralmente pelo capital, dono dos planos. Além disso, ao contrário da imagem que se tenta vender de que a saúde privada significa maior qualidade na assistência, quase

metade dos planos de saúde oferece serviços considerados abaixo do satisfatório pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e se utiliza de serviços do SUS, sobretudo os mais caros e complexos, de forma complementar para seus usuários sem os devidos ressarcimentos legais (Bahia e Scheffer, 2010). Com a massificação obrigatória dos planos a qualidade se tornaria, provavelmente, pior.

O enterro da CPI dos planos de saúde

A CPI dos planos de saúde foi proposta pelo deputado Ivan Valente (PSOL-SP) no início da nova legislatura. Apesar de ter conseguido todas as assinaturas para abertura da CPI e um parecer favorável da consultoria legislativa da Câmara, Eduardo Cunha arquivou o pedido alegando “falta de foco”¹³. O deputado recorreu ao Superior Tribunal Federal (STF) por meio de mandado de segurança em 13 de abril de 2015, negado em 30 de abril pela Ministra Carmen Lúcia¹⁴, que alega não haver prejuízo do direito ao esperar o julgamento do mérito da ação, o que, no entanto, pode levar anos para acontecer.

Enquanto isso os planos de saúde lideram o ranking de reclamações ao Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) e seguem batendo recordes de lucro anualmente. A Agência Nacional de Saúde, criada como autarquia especial pela lei de regulamentação dos planos de saúde nº 9656/98, segue questionada pela sua ineficiência na cobrança dos ressarcimentos dos planos de saúde ao SUS e pelo seu atrelamento ao setor privado de saúde (Bahia e Scheffer, 2010). Esse atrelamento deve-se a chamada “porta giratória”, ou seja, a permanente nomeação para a presidência da ANS de quadros provenientes do setor privado, que regressam a ele ao fim de seus mandatos.¹⁵ Os parlamentares patrocinados pela saúde privada, além de não investigarem suas irregularidades ainda garantem vantagens como a proposta de limitação das multas aplicadas aos planos aprovada na MP 627/2013, que na prática perdoaria 2 bilhões em dívidas por mau atendimento dos planos, o que foi vetado por Roussef após grande repercussão negativa na sociedade e na imprensa.¹⁶

Em um curtíssimo período de tempo, a ação de parlamentares que representam diretamente os interesses do setor privado de saúde, incluindo o capital estrangeiro, com o apoio da presidenta Roussef imprimiu vários golpes ao SUS e aos direitos dos trabalhadores.

Nossa hipótese é que todas essas iniciativas fazem parte de um processo de subsunção real ao capital dos serviços de saúde no Brasil. Desenvolveremos esse argumento na próxima sessão do trabalho.

Serviços produtivos e sua subsunção ao capital¹⁷

Iamamoto (2007, p. 420) descreve o produto como mercadoria “dotada de realidade corpórea” ou serviço “que não assume

11 - Em: <http://www.cartacapital.com.br/economia/lei-da-terceirizacao-e-a-maior-derrota-popular-desde-o-golpe-de-64-2867.html> Consulta em 20/05/2015.

12 - Em: <http://www.revistaforum.com.br/rodrigovianna/plenos-poderes/pec-451-de-eduardo-cunha-ameaca-sus-viola-direito-saude-e-atropela-constituicao/> . Consulta em 25/05/2015.

13 - Em: <http://www.cartacapital.com.br/politica/o-sus-na-mira-de-eduardo-cunha-7587.html> . Consulta em 25/05/2015.

14 - Em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=290585> . Consulta em: 25/05/2015.

15 - Em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opinia0/98110-porta-giratoria-na-ans.shtml> e em famoso texto de Elio Gaspari publicado em 26 de maio de 2013 no jornal O Globo chamado “A porta giratória da ANS e das operadoras” em <http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/05/0563.html>. Consulta em 25/05/2015.

16 - Em: <http://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/perdao-de-2-bilhoes-para-os-planos-de-saude-12136524> . Consulta em 28/05/2015.

17 - Os argumentos teóricos apresentados nessa sessão foram desenvolvidos de forma mais aprofundada em minha tese de doutorado intitulada “Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público-privadas e valorização do capital” defendida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Uerj em 29 de abril de 2015 e ainda não publicada..

uma configuração objetiva e uma existência separada do seu prestador” determinações que se referem ao valor de uso, sendo indiferente para o valor a forma em que os produtos se apresentam.

Para Dúmenil, a diferença entre serviços e mercadorias é, apenas, que os primeiros têm seu uso simultâneo à produção, enquanto a mercadoria tem materialidade, “o que não muda nada de fundamental, exceto que os serviços não podem se acumular, como as mercadorias” (2011, p. 233). Wood (2014, p. 132) também concorda que “o trabalho pode produzir mais-valor para o capital não apenas na produção de bens materiais, mas também na prestação de serviços, e isso significa que, mesmo no capitalismo industrial, o trabalho ‘produtivo’ não está necessariamente confinado na produção industrial”.

Nesse sentido, do ponto de vista do valor, não existe algo como “setor de serviços”. Trabalhos que produzem, do ponto de vista concreto, resultados objetivos caracterizados como serviços podem ser parte, indistintamente, do capital comercial, produtivo, bancário, financiados pelo fundo público ou por meio da renda para atividades pessoais.

Rubin (1980) aponta que, ao definir o trabalho como produtivo, Marx abstrai seu conteúdo, caráter e resultado concreto, tratando-o apenas do ponto de vista de sua forma social. Não diferencia, portanto, se a necessidade atendida é material ou espiritual, se o trabalho é físico ou intelectual, se gera uma mercadoria material ou se é consumido no momento de sua produção, como serviço.

Segundo Rubin (1980), o que determina se um trabalho gera ou não mais valia depende de ser organizado sobre princípios capitalistas. Nos termos de Cotrim (2012, p. 194), “conquanto o trabalho esteja subsumido ao capital, mesmo que esta subordinação seja apenas formal, este trabalho é produtivo”.

Partindo desses pressupostos a produção de serviços pelo Estado como direito, portanto, improdutivo ou como serviço produtivo, produtor de valor e mais valia, no qual a saúde está incluída, se modifica de forma histórica e por algumas mediações. Em primeiro lugar é pela correlação de forças na luta de classe, pela capacidade de reivindicação e mobilização dos trabalhadores, que essas necessidades sociais se afirmam como direitos, combinada com as condições objetivas do capitalismo, em seus momentos de ascenso ou de crise, que essas políticas irão tomar forma e amplitude.

Hoje, no momento de crise do capitalismo tardio setores historicamente improdutivos como a medicina, exercida em outros momentos hegemonicamente como profissão liberal numa relação direta entre o trabalhador médico e o consumidor de seus serviços, passam ao domínio do capital.

Assim, fazem parte do setor saúde que pode ser produtivo, gerando mais-valia, mercadorias como medicamentos e equipamentos, mas também serviços médicos, de enfermagem, nutrição, serviço social entre outros, consumidos no momento que são produzidos. Os cuidados de saúde (bem como a educação) tornam-se, assim, serviços produtivos, valores de troca que contém mais-valia.

Além de serem produtivos, nossa hipótese de trabalho é que aquilo que vem sendo chamado de forma genérica de empresariamento dos serviços de saúde e educação, corresponde ao que Marx chama de subsunção real, como desenvolvimento histórico da sociedade capitalista. Isso se materializa no controle dos processos de trabalho, reduzindo a autonomia dos trabalhadores, com o objetivo de ampliar a mais valia relativa por meio do aumento da produtividade do trabalho nos serviços o que precisa da precarização de contratos de trabalho para dirimir possibilidades de resistência. No caso

do Estado, o aumento da produtividade corresponde à economia de fundo público, que pode ser utilizado em esferas que ajudam na valorização do capital, como quando o Estado atua como consumidor de produtos do setor privado.

Para Marx, existem três formas de subsunção do trabalho ao capital que representam o desenvolvimento histórico do capitalismo, mas seguem se reproduzindo dentro desse modo de produção, ainda que os dois primeiros de forma secundária. A primeira forma é a transitória “o capital já existe desempenhando determinadas funções subordinadas, mas ainda não em sua função dominante”. Nesse caso não há relação direta de assalariamento, “o produtor direto mantém-se como vendedor de mercadorias” ainda que seja extorquido trabalho excedente pelo capital (MARX, 1978, p. 54).

Podemos associar a remuneração a trabalhadores de serviços de saúde por planos de saúde, medicina de grupo e outras formas de empresas de pré-pagamento a essas formas transitórias. O profissional mantém seu consultório e suas formas tradicionais de organização do trabalho, mas o capital compra seus serviços, extraindo trabalho não pago.

A segunda forma de subsunção é chamada de “formal.” Nesse caso há exploração direta do trabalho alheio, com o capitalista enquadrado como dirigente, condutor. O trabalhador vende sua força de trabalho ao capitalista numa relação de assalariamento. Na subsunção formal, porém, não há mudança no processo de trabalho preexistente. O capital pode prolongar a jornada de trabalho para aumentar a extração de mais-valia absoluta, mas apenas isso. A subsunção formal do trabalho nos serviços de saúde se intensifica no Brasil com a organização do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) durante a ditadura civil-militar (Cordeiro, 1980, p. 113). Com o suporte do Estado, o crescimento das instituições hospitalares privadas amplia o assalariamento dos médicos e profissionais de saúde e a subsunção formal do seu trabalho. No início da década de 1970, 82% dos médicos já trabalhavam com alguma forma de assalariamento, mesmo que associadas a consultórios autônomos (Donnangelo, 1975, p.83).

Mas a forma de subsunção especificamente capitalista é chamada de subsunção real do trabalho ao capital. As forças sociais do trabalho por meio da cooperação, divisão sociotécnica, aplicação da maquinária, transformação do processo produtivo pela aplicação consciente da ciência, bem como a ampliação da escala de produção, com a expansão de mercados, são apropriados pelo capital como formas de aumento da produtividade do trabalho e expropriação de mais valia relativa (Marx, 1978, p. 55). Esse é o processo em curso nos serviços de saúde no nosso país.

Iniciativas como a permissão da entrada do capital estrangeiro nos serviços e os planos obrigatórios para os trabalhadores desregulam e abrem novos mercados, favorecendo processos de concentração e centralização do capital no setor que permitirão a ampliação da escala de produção. A retirada de direitos e a precarização dos contratos de trabalho permitem uma maior exploração da força de trabalho e uma redução de sua autonomia e resistência forçando-a a se submeter a processos de trabalho intensificados que não se preocupam com a qualidade do serviço oferecido aos seus usuários. Reduz-se, ainda, o financiamento do SUS com repasses mínimos rebaixados e liberdade de aplicação sem controle social e planejamento público, permitindo cada vez mais a transferência de fundo público para subsídio aos interesses do capital. Todas essas medidas a serviço da subsunção real, que amplia o lucro do capital nessas atividades.

Consideração Finais

No momento em que escrevo esse trabalho a Câmara de Deputados votou o fim do financiamento de empresas às campanhas eleitorais e, no dia seguinte, graças a uma absurda manobra de seu presidente lobista Eduardo Cunha, votou novamente e aprovou a inclusão desse tipo de financiamento na Constituição¹⁸. O caso da saúde, analisado nesse artigo, é apenas mais um a deixar claro o quanto os interesses dos patrocinadores capitalistas de parlamentares e governantes são prontamente atendidos após o fim dos processos eleitorais contrariando os interesses da maioria da população. O SUS, responsável exclusivo pelas ações de saúde para cerca de 70% da população, segue, apesar de seus problemas, sendo um obstáculo às necessidades permanentes e ampliadas de expansão do capital nos serviços de saúde. O sucesso da empreitada do capital nesse setor depende da abertura de mercados. Para isso é necessário destruir e sucatear cada vez mais o SUS, subsidiar a compra de serviços pelo fundo público e obrigar empregadores a pagar planos como salário indireto para superar os limites da baixa renda da população. Além disso, a retirada de direitos e precarização de contratos visa reduzir processos de resistência dos próprios profissionais de saúde à subsunção de seus métodos de trabalho ao capital, ampliando lucros independente da qualidade dos serviços prestados. É o lucro acima das pessoas e a doença como um grande negócio. Resistir a esses processos é, literalmente, uma questão de vida ou morte para os trabalhadores brasileiros.

Referências

- BAHIA, L.; SCHEFFER, M. *Planos e Seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil*. São Paulo: UNESP, 2010.
- BAVA, S. C. *A captura do sistema político*. *Revista Le monde diplomatique*, n.94, ano 8, maio 2015.
- BRAGA, R. *Hegemonia lulista pode estar se esfacelando*. Disponível em: <http://www.correiocidadania.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=10624:manchete230315&catid=34:manchete>. Acesso em: 28 maio 2015.
- CISLAGHI, J. F. *Mecanismos de privatização do fundo público no capitalismo tardio: os gastos tributários e o setor privado de saúde no Brasil*. Anais do XIV ENPES, 2014.
- CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- COTRIM, V. *Trabalho produtivo em Karl Marx: novas e velhas questões*. São Paulo: Alameda, 2012.
- DEMIER, F. *Nas ruas por direitos: uma análise das jornadas de junho de 2013*. Disponível em: <<http://blogconvergencia.org/?p=2805>>. Acesso em: 28 maio 2015.
- DONNANGELO, C. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DUMENIL, G. Economia. In: RENAULT, E. et al. (Orgs.). *Ler Marx*. São Paulo: UNESP, 2011.
- FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. *Não a entrada do capital estrangeiro na saúde!* Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2015/01/0968.html>>. Acesso em: 28 maio 2015.
- IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempos de capital fetiche*. São Paulo: Cortez, 2007.
- MARX, K. *O capital*. Capítulo IV – inédito. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978.
- RUBIN, Isaak Ilich. *A teoria marxista do valor*. São Paulo: Brasiliense, 1980.
- WOOD, Ellen Meiksins. *O império do capital*. São Paulo: Boitempo, 2014.

MOVIMENTO SANITÁRIO HOJE: UM DEBATE ESTRATÉGICO

André Dantas

O cadáver do indigente
É evidente que morreu
E, no entanto, ele se move
Como prova o Galileu

(O malandro n.º 2, Chico Buarque)

Apresentação

Em 2013, por ocasião dos 25 anos da Constituição de 1988 e do SUS, e na esteira das manifestações de rua que tomaram o país, a revista **Cadernos de Saúde Pública** convidou Jairnilson Paim e um conjunto de nomes com importância variada na história do Movimento Sanitário para um balanço da experiência. No arremate de Paim às intervenções, o sanitarista sentenciou a respeito da Reforma Sanitária, lembrando jocosamente Galileu: *eppur si muove!* (PAIM, 2013b, p. 1952). Se tomarmos essa pista como válida, por óbvio concluiremos que também se move o Movimento Sanitário que a formulou e a pôs em prática. Mas estamos falando de uma história que já passou dos 30 e logo completará 40 anos de trajetória. Ao sabor ou na contramão da realidade de desmonte dos direitos dos trabalhadores brasileiros conquistados nos anos 1970 e 1980 – o que inclui, claro, o processo contínuo e cada vez mais acentuado de desidratação do Sistema Único de Saúde (SUS) –, mudaram os sanitaristas, mudou o Movimento. É nossa compreensão que o Movimento Sanitário e as forças políticas classistas em torno das quais gravitou – cuja síntese mais clara, para nós, como apontaremos adiante, é o Partido dos Trabalhadores (PT) –, realizou em boa parte o que pretendeu: institucionalizou-se não apenas nas franjas da aparelhagem estatal, mas alcançou o seu centro de comando – mesmo que apenas formalmente. Se pretendermos, portanto, que as já nascidas célebres Manifestações de Junho de 2013 podem ter marcado o início de um processo de esgotamento de ciclo estratégico¹ da classe trabalhadora² e, de forma inescapável, também de suas principais lideranças de classe até então, teremos o desafio de decifrar – ainda em processo inicial – quem é, o que é e o que quer o Movimento Sanitário nos dias de hoje, como liderança setorial que pretendeu ser e efetivamente foi. Sejamos ou não bem sucedidos na tarefa de longo fôlego que propomos – e que aqui não alcançaremos

para além de um esboço –, o retrato necessário que se está por fazer não será límpido, ausente de borrões e áreas de sombra, posto que típico de momento histórico de crise de horizontes, de aceleração de conjuntura e redefinição de posições até então estáveis. Porém, a construção deste inventário da luta pela saúde, pelo SUS e por um projeto civilizatório distinto do vigente é tarefa central sem a qual não pode haver reação consequente – na perspectiva dos que pretendem reagir, evidentemente.

No entanto, neste curto espaço não teremos condições de explorar em detalhe, com a atenção merecida, as hipóteses e as evidências históricas das últimas décadas que, no nosso entender, parecem apontar, no interior da esquerda brasileira, para um velho que morre e para um novo que ainda não tem condições de nascer – para lembrar Antonio Gramsci.³ Isto exigirá que nos coloquemos, por prudência, na posição de indicar possíveis respostas para os desafios identificados. Através da crítica às táticas adotadas pelo Movimento Sanitário tentaremos notar o “que é igual na aparente diversidade e, ao contrário, é diverso e até mesmo oposto na aparente uniformidade”. (GRAMSCI, 2007, p. 92).

O privilégio da tática institucional: um gigante com pé de barro

Para início de conversa, portanto, diremos o que outros analistas já disseram e que já concebeu também a autocritica de parte dos sanitaristas, para apontar na sequência o que consideramos o nosso problema central: o Movimento Sanitário institucionalizou-se, por tática (DANTAS, 2014; PAIM, 2008).⁴ Pretendeu

1 - Sobre a noção de estratégia de classe, é Mauro Iasi que nos oferece a melhor síntese: “Quando falamos de um determinado comportamento da classe trabalhadora, devemos relacioná-lo a uma estratégia determinada em um certo período histórico (...), como uma síntese que expressa a maneira como uma classe buscou compreender sua formação social e agir sobre ela na perspectiva de sua transformação”. (IASI, 2012, p. 288).

2 - Não ignoramos as significativas mudanças morfológicas sofridas pela classe trabalhadora especialmente ao longo das últimas três décadas, com o processo de reestruturação produtiva do sistema do capital. Porém, como não se trata aqui de abordar estes aspectos, tomaremos a noção de classe trabalhadora expressa por Marx e Engels no Manifesto Comunista (1848), por conter as determinações gerais da caracterização que buscamos: “a classe dos modernos trabalhadores assalariados que, não possuindo meios próprios de produção, dependem da venda de sua força de trabalho para sobreviver”. (MARX; ENGELS, 2005, p. 84).

3 - Para um panorama ampliado do que aqui ficará apenas sugerido, ver DANTAS (2014).

4 - “A estratégia reformista de ocupação de espaços ‘estratégicos’ e a quase absolutização da mudança ao nível formal da institucionalidade democrática encaminharam a Reforma Sanitária para fora das organizações sociais, acucando-as nas torres da academia, nos gabinetes da burocracia e nas ante-salas do Parlamento. A pergunta que permanece nos debates é em que medida esta estratégia estava informada por um paradigma no qual as estruturas tomaram o lugar dos sujeitos, enfim, da própria história?”. (FLEURY apud STOTZ, 1994, p. 264-265).

ocupar postos-chave da máquina do Estado como meio principal de realização de suas bandeiras, desmerecendo a centralidade de um contínuo trabalho de base que pudesse sustentar a musculatura do processo de reforma. Um momento significativo desta inflexão se deu na aclamada 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que selou o rompimento das lideranças do Movimento Sanitário com o Movimento Popular em Saúde (MOPS). A questão? O Estado – tomado por extremos opostos com a mesma simplificação: ferramenta principal para a consecução da luta por reformas em nome da classe trabalhadora ou comitê executivo puro, limpo de contradições, nas mãos da burguesia e, portanto, indisputável. No embate, no interior da classe e também do Movimento Sanitário (se o tomarmos aqui como microcosmo, isto é, uma totalidade no interior de outra totalidade (LUKÁCS, 1968)), vingou a primeira proposição. A vitória contra uma forma de Estado burguês, encarnado pela ditadura empresarial-militar, travestiu-se, no bojo do chamado processo de redemocratização, como vitória contra o Estado burguês por excelência – a partir da qual estaria franqueada a luta legítima por hegemonia entre as classes, senão em condições parelhas, ao menos, ao que se supunha, sob a guarda da Democracia, capaz de vacinar o mesmo Estado contra maus súbitos autoritários, contra o patrimonialismo e o clientelismo. Tomemos aqui, por sintético e representativo, a fala de Eduardo Jorge, militante da causa sanitária nos anos 1970 e 1980, quando atesta a importância da questão democrática na saúde e revela de forma cristalina a tática do Movimento Sanitário: “Uma busca [por] canais institucionais onde a pressão do movimento popular pudesse se refugiar e ter seu curso perene garantido, em tempos de cheia ou em tempos de seca, com as águas sempre correndo, mesmo que pouquinho”. (JORGE apud FALEIROS et. al., 2006, p. 35).

Note-se o Estado concebido como lugar material de poder, como trincheira franqueada ao combatente mais hábil. Tomemos ainda outra contribuição para que reforçemos a caracterização. Dessa vez, é Vicente Faleiros quem destaca a importância da ocupação de espaços *dentro do Estado*, como que a entorpecê-lo de democracia, pondo sob ameaça, por consequência, a hegemonia da classe dominante:

A democracia participativa traz as “ruas” para dentro do Estado, para os espaços do próprio poder executivo (...). Os de baixo passaram a ter mais um espaço para controlar o Estado e regular o mercado. (...) A democracia participativa também se institucionaliza e se torna uma expressão plural da sociedade, não se impõe como um projeto hegemônico, mas vai minando a hegemonia das elites nos espaços dos conselhos, na conquista de lugares de voz, de pressão, de fiscalização, numa guerra de posições, na expressão gramsciana. (...) o Estado passa a ser inquirido como lugar de exclusividade do poder das elites ou de arranjos de poder dos dominantes e se torna um lugar público, onde o paradigma do direito passa a fazer parte da agenda do governo e do próprio Estado. (FALEIROS, 2006, p. 19-22).

Temos, então: uma sociedade civil de boa índole, democrática, a invadir o Estado, com o texto constitucional em punho, para controlá-lo de perto e também ao mercado. Na medida em que avança a institucionalização de espaços democráticos, vão perdendo terreno as classes dominantes (“elites”, como chama o autor). O Estado se torna um lugar público, aberto à disputa das classes, em condições legítimas (isto é, sob regras aceitas e pactuadas por ambos os contendores). E como não poderia faltar, a ilusão jurídica também se faz presente, sob o vulgo de “paradigma do direito”. Em suma, um prato cheio de mistificações. Recorramos às suas origens recentes.

Embora, como já adiantamos, uma estratégia de classe não se resume a um partido, não podemos ignorar o papel central exercido pelos partidos na produção da síntese ou das formas mais acabadas de uma estratégia de classe. Neste sentido, se coube ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), entre as décadas de 1940 e 1960, conduzir a estratégia democrático-nacional (EDN) (que previa, em aliança com uma suposta burguesia nacional progressista, o cumprimento das tarefas emancipatórias não-realizadas pela inexistência, no Brasil, de uma revolução burguesa de tipo clássico), a partir dos anos 1980 coube ao PT sintetizar a crítica à estratégia liderada pelo PCB – que se havia provado equivocada – e dar os contornos finais à uma nova estratégia, a que se chamou de democrático-popular (EDP). Em síntese, a EDP considerava já realizada a revolução burguesa no Brasil e rechaçava a aliança com a burguesia nacional, posto que a própria ideia de uma burguesia nacional não passava de puro subjetivismo, sem sustentação na realidade dos fatos – uma vez que esta mesma burguesia havia deixado bastante clara a sua posição harmônica em relação ao capital internacional imperialista, e antagônica em relação aos trabalhadores, quando do golpe empresarial-militar de 1964. Apontava, assim como a estratégia anterior, para a necessidade da luta pelo socialismo, mas também assim como a anterior – embora afirmasse sempre em contrário –, sugeria a existência de uma etapa prévia à luta direta pelo socialismo, que se expressaria na conquista do Estado pelos trabalhadores e na realização, pelos mesmos trabalhadores, das “tarefas em atraso” – segundo a expressão de Florestan Fernandes (2005) – deixadas no caminho pela burguesia. (IASI, 2012 e 2006; DANTAS, 2014).

No documento do 5º Encontro Nacional do partido, que deu forma final à EDP, tal propósito fica mais claro:

Para extinguir o capitalismo e iniciar a construção da sociedade socialista, é necessário, em primeiro lugar, realizar uma mudança política radical: os trabalhadores precisam transformar-se em classe hegemônica e dominante no poder de Estado (...). Não há qualquer exemplo histórico de uma classe que tenha transformado a sociedade sem colocar o poder político – Estado – a seu serviço (PT, 1987, p. 8-9).

Note-se que aqui “tomada do poder” não parece equivar-se à via insurrecional, mas sim à chegada ao poder de governo. Chegada esta ao poder que, coordenada à construção permanente do poder popular, funcionaria como a construção mesma, ainda dentro da ordem burguesa, de formas embrionárias de um socialismo democrático, como propugnara Carlos Nelson Coutinho, em 1979, no seu famoso ensaio sobre a *democracia como valor universal*. Afirma-se ainda, neste mesmo documento, que o momento conjuntural não permite “a luta pela tomada do poder, nem a luta direta pelo socialismo” (PT, 1987, p. 5), sem maiores diferenciações entre os sentidos de um e outro processo. A alternativa só poderia ser a luta indireta pelo socialismo, dentro da ordem, com os instrumentos da ordem e sem negá-la frontalmente.

A despeito das indefinições, no entanto, o centro da estratégia, nos parece, era o Estado. A tática consistiria em ocupar os espaços institucionais e promover a luta na base, a um só tempo. Esta dupla articulação, a ser operada pelo partido, seria a estratégia que orientaria a conquista do socialismo. Eis os elementos da “teoria da pinça”, que ficou gravada como a imagem da EDP: “Nosso movimento de longo prazo consiste no estabelecimento de um cerco à dominação burguesa sob a forma de uma pinça, onde a luta institucional e a pressão de massa representam os dois braços do instrumento”, afirmava um importante quadro do partido (VANNUCHI, 1990, não paginado).⁵

5 - Juarez Guimarães, também militante do partido, em texto de 1990 sobre o mesmo tema, afirmou: “Nosso movimento político está tensionado para o desvio estratégico de direita – reformista ou socialdemocrata (...). Utilizando a imagem da ‘pinça’, é como se ela estivesse desequilibrada: o seu braço esquerdo (a construção do movimento socialista de massas) está deprimido e subordinado ao seu braço direito (a ocupação de posições na institucionalidade). E precisaríamos ter exatamente o inverso” (GUIMARÃES, 1990, não paginado).

É digno de nota que a mesma autocrítica do Movimento Sanitário em relação ao seu forte processo de institucionalização, a que nos referimos há pouco, também não tenha passado despercebido ao PT. Em texto de 1989, em plena euforia com a realização das primeiras eleições livres para a Presidência da República, Vladimir Palmeira e Carlos Vainer, militantes do partido à época, alertaram:

Ela [a prática institucional] ameaça o PT, que pode ser domesticado pelo sistema institucional, envolvido pela institucionalidade e pelos compromissos que ela cobra de seus participantes (...). Neste processo, são vários aqueles que começam a acreditar que os gravíssimos problemas de nosso povo poderiam ser resolvidos no interior mesmo do capitalismo, por meio de reformas da própria institucionalidade burguesa (...). Em outras palavras, o que precisamos ter claro é que se a participação no jogo institucional burguês pode trazer, e tem trazido, importantes ganhos do ponto de vista da luta e organização dos trabalhadores, ela pode também fortalecer – e já começou a fazê-lo – tendências no interior do partido que o impulsionam para a adesão a projetos de reformas do sistema que poderiam ser operadas sem rupturas com a institucionalidade vigente. (1989, não paginado).

Mas o pessimismo da razão não bastou. Na ausência do movimento de massas – concebido como coadjuvante mesmo antes de sua imensa derrota histórica e global, na passagem dos anos 1980 para os 1990, com o esfacelamento do Bloco Socialista –, apostou-se tudo na tática institucional. Não nos parece que seja outra a expressão de Sarah Escorel, importante nome entre os sanitaristas:

A partir de 1983, o movimento sanitário conseguiu pôr em prática uma de suas estratégias, a ‘ocupação dos espaços institucionais’. Na tentativa de modificar o direcionamento da política pública, passou a fazer das instituições de saúde um locus de construção da contra-hegemonia. Com a adoção dessa estratégia, separou-se ainda mais do movimento popular. Ao privilegiar as instituições de saúde, relegou a segundo plano a ampliação e o aprofundamento da aliança com as classes populares e trabalhadoras – às quais o projeto dirige suas propostas e ações. (ESCOREL, 1999, p. 195).

Outra passagem se mostra reveladora do que estamos apontando sobre o papel atribuído ao Estado e também acerca do caráter abrangente que assume uma estratégia de classe. Diz Escorel sobre os embates travados no interior do Movimento Sanitário, em depoimento concedido há alguns anos:

Eu acho que teve uma outra percepção que foi importante, e que foi objeto de discussão bastante acalorada naquele início (76 a 79 (...)), que era a coisa do papel do Estado. Se entrar no Estado, assumir alguma função num órgão governamental era se corromper completamente, fazer o jogo da ditadura, ou se era a possibilidade de por dentro do aparelho de Estado tentar iniciar uma transformação. Então isso era uma briga acalorada (...). Essa linha de entrar no aparelho de Estado se revelou a mais correta, porque a briga foi travada por dentro, e muitas coisas que depois foram feitas, que conseguiram ser viabilizadas, foram porque pessoas ligadas a esse movimento eram contratadas como técnicas, pelo seu currículo, sua capacidade técnica, mas conseguiam dentro dessas instituições às vezes promover pequenas mudanças (...) de rumo da política. (ESCOREL, 2005, não paginado).

O que parece que temos aqui, por minimamente evidenciado que seja, é o que Engels caracterizou como “fé supersticiosa no Estado” – que abonaria, em última análise, a ausência da classe. “Fantasma da classe ausente”, sugestivamente, foi a expressão cunhada por Escorel para designar o que interpretou como a incapacidade do Movimento Sanitário de se articular sistematicamente com as

“classes populares”, uma vez que pretendia falar em nome delas. (ESCOREL apud FALEIROS et al., 2006, p. 64). Vejamos também como Sonia Fleury Teixeira e Maria Helena de Mendonça interpretaram o mesmo processo:

A fragilidade do Movimento Sanitário decorria principalmente da incapacidade de ampliar suas bases de apoio, de forma a englobar os supostos principais interessados na mudança da política de saúde: a população deserdada pelo modelo econômico altamente concentrador levado a cabo pelos governos autoritários (...). Apenas uma pequena parcela distinguia-se dessa massa pouco politizada, estando organizada nas CEBs [Comunidades Eclesiais de Base] vinculadas à Igreja Católica progressista, adepta da Teologia da Libertação. Neste caso, porém, predomina uma ideologia radical que rejeita qualquer possibilidade de alteração na política pública como estratégia de mudança social. (TEIXEIRA; MENDONÇA, 2006, p. 206-7).

Em suma, os poucos que havia não se encaixavam bem, uma vez que, assim como no caso do Movimento Popular em Saúde (MOPS), a radicalidade da crítica ao desenvolvimento da luta em âmbito institucional punha em risco a tática central do Movimento Sanitário. Não se trata de entrarmos no mérito da pertinência ou não do teor da crítica ao Estado por parte dos trabalhadores organizados em torno das CEB e do MOPS para, a partir daí conferirmos ou não razão às lideranças do Movimento Sanitário, mas sim de sugerirmos que tais lideranças, também como expressão da compreensão majoritária da própria classe, depositaram a maior parte de sua energia na tática institucional, prioritariamente. Uma vez redemocratizado o Estado e, em função da luta social, viabilizada a entrada no aparelho de Estado, o trabalho de base e a permanente organização da classe foram tornando-se crescentemente secundários. Processo este agravado pela debilidade organizativa da classe trabalhadora brasileira – mesmo que pujante nos anos 1970 e 1980 – e pela retomada de terreno da burguesia a partir dos anos 1990, em plano global. A tática institucional foi, ao fim das contas, o que sobrou, é verdade, mas o fundamental a ser dito é que o seu elogio indiscriminado, sob o apelo e a defesa das regras do jogo democrático da sociedade burguesa, parece ter sido tesouro dado de mão beijada ao inimigo como parte da própria derrota histórica dos trabalhadores.

Mas passadas quase quatro décadas de formulação e execução da EDP, em meio ao crescente abandono da perspectiva socialista em nome da chamada questão democrática, olhemos para o Movimento Sanitário nos dias atuais, em busca da revisão da tática e da estratégia, uma vez que o diagnóstico da institucionalização da luta e do distanciamento consequente das bases populares é bastante aceito. Por opção metodológica, coerente com a perspectiva que estamos adotando quanto à urgência de um balanço, tomemos como representativo dos posicionamentos atuais do Movimento, mas sem esgotar o espectro de sua abrangência, algumas manifestações recentes de importantes atores individuais e coletivos, com reconhecido papel de liderança desde os seus momentos iniciais.

Começemos por Roberto Passos Nogueira que, em texto de 2011, identificou no processo político construído em torno da candidatura de Dilma Roussef, do PT, à Presidência da República, uma nova fase na história do Movimento Sanitário. Para o então presidente do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), a aliança e a proximidade política do Movimento em relação ao governo – expressa na composição de cargos do Ministério da Saúde – abria novas perspectivas em torno da realização de suas bandeiras. Distinguindo os “contornos de uma nova conjuntura” na comparação com os dois últimos governos Lula (2003-2010), Nogueira sugeria uma retomada do que teriam sido os tempos áureos da luta pela Reforma Sanitária: “Com as devidas reservas, é algo parecido como o que

aconteceu em 1985 no início da Nova República”.⁶ (NOGUEIRA, 2011, não paginado). A diferença, seguia Nogueira, era que para além da ocupação de postos governamentais o Movimento havia agora se renovado e ampliado, a ponto de, através de “condições subjetivas e objetivas”, construir “aproximação e simpatia” com o Executivo. “O fermento da mudança vem de uma ampla e entusiasmada juventude militante do PT, bem como de antigos e novos militantes do movimento, com ou sem filiação a partidos de esquerda”. (NOGUEIRA, 2011, não paginado). A despeito de não termos encontrado manifestação posterior do autor, a tirar por alguns documentos que nos anos seguintes vieram a público – inclusive do próprio CEBES –, a expectativa não se confirmou.⁷ Senão, vejamos.

Em 2014, o mesmo CEBES divulgou a sua tese para o biênio 2014-2015, sob o título *Novas vozes, novos rumos: por mais democracia, mais direitos e mais saúde!*, em tom crítico ao que chamou de “modelo de desenvolvimento em curso no País” (CEBES, 2014, p. 7). Reforma política, radicalização da democracia, criação de uma outra hegemonia, de novos consensos, e ampliação da consciência sanitária, são alguns dos caminhos sugeridos que poderiam encorpar “um novo projeto político democrático para a saúde”. (CEBES, 2014, p. 10). A “hegemonia dos interesses conservadores” é debitada ao “velho sistema político” brasileiro, herdado da sua condição passada de colônia e também do recente regime militar. (CEBES, 2014, p. 4-5). Reformar o sistema político e, por consequência, o *modus operandi* da máquina estatal, seria a grande tarefa da “população”, dos “movimentos sociais”, dos grupos e frações comprometidos com o SUS e com o fortalecimento da cidadania, a promoção dos direitos e da justiça social. “A democracia participativa poderá ser a experiência que superará a crise política pela qual passa o Brasil”, sentencia o documento. (CEBES, 2014, p. 15).

Ainda mais recentemente, ao longo dos primeiros meses de 2015, também é possível encontrar manifestações de históricas lideranças do Movimento Sanitário, na mesma linha do que estamos observando. Em fevereiro, Ana Maria Costa, atual presidente do CEBES e coordenadora geral da Associação Latino Americana de Medicina Social e Saúde Coletiva (ALAMES), em texto escrito em parceria com José Antonio Sestelo (núcleo CEBES-Bahia), dá o tom das primeiras impressões e do consequente (novo) desapontamento com o governo da presidente Dilma, recentemente reeleita: “A vaca tosse,⁸ vai para o brejo e pode atolar o SUS” – provoca o título do artigo publicado no sítio Viomundo. (COSTA e SESTELO, 2015, não paginado). O centro da crítica é a admissão da presença de capital estrangeiro na Saúde, sancionado pela presidente. Tal medida teria frustrado o Movimento Sanitário que, segundo os autores, se engajou, em sua maioria, na campanha pela reeleição. Denunciando a existência de uma articulação internacional para a exploração do mercado brasileiro de planos de saúde, com a qual o governo do país estaria associado,

os autores concluem: “O que fica evidente hoje para o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) é que se trata de um processo que vem sendo costurado há algum tempo por dentro do governo”. (COSTA e SESTELO, 2015, não paginado). Acostumado com as articulações palacianas, o desamparo do Movimento é patente:

A presidente tem ouvido os empresários em vários momentos ao longo do último ano, mas nunca abre as portas ao movimento sanitário, àqueles que estudam o setor e são comprometidos com o direito universal à saúde. Ao contrário, esses segmentos são desqualificados nos debates com representantes do governo e o discurso das mudanças do capitalismo brasileiro em relação aos tempos da constituinte são frases de efeito frequentes entre estes gestores públicos do SUS. (COSTA e SESTELO, 2015, não paginado).

Em conjunturas tais – em que falha a tática institucional, diríamos nós –, “só a mobilização da sociedade correndo atrás dos prejuízos das perdas de direitos sociais pode ainda salvar essa vaca do atoleiro” (COSTA e SESTELO, 2015, não paginado) – atentam, ao final, os autores.

No mesmo período, a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), que compõe o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (FRSB),⁹ cerrou fileiras, em seu boletim trimestral, ao repúdio contra a entrada de capital estrangeiro na saúde brasileira e contra o contingenciamento orçamentário sobre as áreas sociais. Alegando surpresa, alertava para a ameaça explícita à agenda de direitos dos trabalhadores, face aos interesses do capital na saúde. E apelava:

Voltamos então a conchamar governantes, agora eleitos, para que não traíam as conquistas pelas quais a população brasileira tanto luta para manter e ampliar. Para que escutem a mensagem de manutenção da agenda de redução da desigualdade, e que não governem de ouvidos e olhos dirigidos a interesses corporativos mercantis e de acumulação de bens e riquezas. Que não se deixem levar pelo cálculo da agenda eleitoral e trabalhem para o fortalecimento da ainda débil institucionalidade republicana, sustentáculo de uma sociedade justa e democrática em nosso país (...). Que ampliem sua escuta com os setores que procuram se articular em torno do avanço democrático de nosso arranjo político (...). (APSP, 2015, não paginado).

Se avançarmos, desde fins do mês de março do ano corrente se pode encontrar no sítio do CEBES a seguinte chamada: “Movimento da Reforma Sanitária se reúne com Ministro Miguel Rosseto”. A notícia dá conta de que sete entidades¹⁰ cobraram do governo uma postura de defesa do SUS e a adoção consequente de medidas que pudessem conter o seu esvaziamento como política pública de grande monta, uma vez que tal processo só tem beneficiado o capital privado, nacional e internacional. O grupo protestou junto ao ministro contra o caráter deletério da política de incentivo que vem sendo adotada nos últi-

6 - Ministro da Saúde dos governos Lula, José Gomes Temporão explica o processo referido por Nogueira: “Com o fim do regime militar, muitas outras lideranças do movimento são alçadas a postos no Estado, no nível federal, ampliando uma tendência que já vinha ocorrendo antes de 1985. Assim, o que já vinha se processando morosamente – a institucionalização do movimento sanitário – nesse novo cenário político, tende a se aprofundar. Destaca-se marcadamente, nessa conjuntura, a ‘ocupação’ do Inamps, do Ministério da Saúde e da Fiocruz, instituições-chave para o processo da Reforma Sanitária e estratégicas para o movimento”. (apud FALEIROS, 2006, p. 73-74).

7 - Ver, entre outros documentos, o manifesto do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade, emitido em 2014 e assinado pelas seguintes entidades: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), CEBES, Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Rede Unida e Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa). Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/o-sus-pra-valer-reduzido.pdf>

8 - Em setembro de 2014, em plena campanha para a reeleição, a presidente Dilma declarou que não mexeria nos direitos trabalhistas em hipótese alguma, “nem que a vaca tosse”. (FSP, 17/9/2014). Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2014/09/1517323-nem-que-a-vaca-tossa-governo-mexe-no-13-e-nas-ferias-afirma-dilma.shtml>. Consultado em 5/5/2015.

9 - O FRSB começou a se reunir em 2005, na esteira do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, realizado na Câmara Federal em junho do mesmo ano, ao final do qual foi lançada a Carta de Brasília. O Fórum foi inicialmente composto pelas seguintes entidades: Abrasco, Abres, Ampasa, Cebes e Rede Unida. (BRAVO; MENEZES, 2008).

10 - Foram elas: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), APSP, CEBES, Instituto de Direito Sanitário (IDISA) e Sociedade Brasileira de Bioética (SBB).

mos anos pelo governo. Manifestou ainda a importância da retomada dos canais institucionais de diálogo entre o governo e o Movimento Sanitário, de modo a equilibrar o peso político de que as entidades privadas têm gozado na interlocução com o Executivo. Como resposta, obtiveram do ministro da Secretaria Geral da Presidência da República a garantia da centralidade do SUS na ação governamental para o setor, além da promessa de que tal agenda seria levada ao ministro da Saúde. Ao fim da notícia, se pode ler:

Em nossa avaliação esta reunião foi importante, pois, ao que ficou evidente, as análises do MRSB¹¹ quanto aos últimos e graves acontecimentos, não haviam chegado até o Palácio, o que, necessariamente, não muda a correlação de forças, mas amplia a chance de entendimento e clareza quanto ao que está sendo decidido e encaminhado na contramão do direito à saúde. (CEBES, 2015, não paginado).

Em abril foi a vez de Nelson Rodrigues dos Santos, atual presidente do IDISA. Analisando, à luz da sua experiência como formulador de decisões ministeriais – ora mais próximo, ora mais distante, segundo revela –, o que considera a dinâmica do jogo político que cerca a gestão do Ministério da Saúde, ofereceu, na mídia, os contornos da “governabilidade” possível do ministro diante da política do “núcleo duro” dos governos. Para Nelsão, as tensões permanentes e contrárias ao SUS podem ser amortecidas se o ministro, pessoalmente, lograr a aproximação e construção de relações com aliados estratégicos:

Um fator que provê maior espaço ao Ministro é a sua ligação, ausculta e interação sincera, interessada, frequente e respeitosa aos interlocutores da Comissão Intergestores Tripartite, aos colegiados do CONASS, CONASEMS, dos COSEMS, do CNS¹² e suas comissões, dos movimentos sociais e entidades da sociedade civil, inclusive as ligadas ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (CEBES, ABRASCO, ABRAS, AMPASA, Rede Unida, APSP, IDISA, SBB e outras). (SANTOS, 2015, não paginado)

Por fim, queremos destacar a mais recente tese do CEBES, produzida em função da XV Conferência Nacional de Saúde – programada para ocorrer nos meses finais de 2015. O tom da crítica e das consequentes apostas não sofreu modificações substanciais, podemos dizer. Partindo do diagnóstico do esgotamento do modelo de desenvolvimento calcado numa relativa distribuição de renda (incapaz de promover efetiva mobilidade social, porém) e da crescente precarização dos serviços públicos sob responsabilidade do Estado, em benefício direto do avanço do capital nas mesmas áreas, propõe “a construção de uma nova hegemonia na sociedade e no interior do Estado”, “um novo acordo em nome do interesse público”. A defesa do socialismo reaparece, vale notar, como “horizonte de todos os movimentos sociais comprometidos com um mundo melhor”. No imediato, a reforma política e a radicalização da democracia devem ser bandeiras fundamentais da luta por um “Estado democrático participativo”. (CEBES, 2015b, p. 4-6).

Passemos agora a rápidos comentários críticos.

O leitor mais atento já deve ter percebido uma grande linha de continuidade presente no posicionamento teórico-prático do Movimento Sanitário ao longo de sua trajetória, a despeito dos

conflitos internos ao próprio Movimento que, embora outrora presentes, nunca assumiram importância suficiente para pôr em xeque a supremacia da tática institucional (DANTAS, 2014). O auto-reconhecimento do desprestígio do Movimento junto aos seus aliados originais, hoje no governo central, ao contrário de desmerecer, ao que parece apenas tem reforçado a aposta nessa tática como meio privilegiado de defesa do SUS, e apenas dele – uma vez que a redução brutal dos horizontes emancipatórios, a despeito da referência nominal ao socialismo, é mais do que latente. Uma de nossas preocupações reside no fato de que, a despeito da crise estratégica que vivemos atualmente, a romantizada questão democrática continua na ordem do dia, compreendida como lenitivo indistinto para todos os desgovernos e ataques do capital privado aos direitos conquistados dos trabalhadores e às políticas públicas. O Estado concebido como lugar central de poder, a partir do qual emanariam as decisões verdadeiramente importantes e definidoras do maior ou menor equilíbrio de forças entre as classes, bem como a hegemonia tomada por uma disputa no plano das ideias, a partir da qual se construiriam consensos em nome do interesse público e através de pactos sociais, são as expressões mais claras de uma ótica em crise, que não se sustenta diante de uma análise cuidadosa das experiências históricas mais ou menos recentes, no Brasil ou em outras partes.

Não é por outra razão, além da simpatia e da expectativa com o governo, que Nogueira (2011) não tenha nada a acrescentar à tática institucional que defende. Da mesma forma, a aposta no controle democrático do Estado, como se o problema fosse a sua forma particular assumida em cada contexto específico, e não o sentido precípuo de sua existência, é que permite à parte da esquerda e às entidades que costumam falar em nome do Movimento Sanitário considerar a reforma política como o elixir capaz de recolocar o conflito de interesses sobre patamares que seriam minimamente aceitáveis, extirpando da ossatura do Estado os “interesses conservadores” próprios do atraso de uma formação social marcada pelo passado colonial e pelo autoritarismo ou mesmo superando a sua condição de classe. A nova hegemonia e o novo consenso mais se assemelham à proposta de construção de um novo pacto social, alcançado pelo convencimento, quase moral, em torno de uma política pública robusta e eficiente e uma sociedade mais socialmente justa e democrática, no interior mesmo do capitalismo, à moda do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State).¹³

A luta política considerada relevante parece passar apenas ou preponderantemente pela institucionalidade e, como tal, a tarefa central deve ser a conquista dos corações e mentes (dos gestores), a construção de canais institucionais sólidos que franqueiem a ausculta do governo na relação com os detentores dos melhores conhecimentos, argumentos e sugestões sobre a saúde no Brasil – no mínimo, em pé de igualdade com as forças que detêm o capital. A intenção é pelo esclarecimento racional. A solução da assimetria em relação aos espaços que o setor privado e o Movimento Sanitário têm no governo é a pedra de toque e o caminho através do qual se poderia equilibrar o jogo. Curiosamente, a percepção dos desvios promovidos pelo governo militar passava pela mesma constatação desta assimetria – mas à época a assimetria era atribuída à própria existência do regime. E agora? Das duas, uma: ou as ex-

11 - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

12 - Pela ordem, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Saúde.

13 - Vale a citação de um trecho de um editorial da revista Saúde em Debate, editada pelo CEBES, dos primeiros meses de 2011: “Em primeiro lugar, devemos fazer finca-pé na persistência e pertinência da questão democrática. (...) Quanto a isso, é imperioso que haja instâncias de diálogo e de deliberação entre Estado e Sociedade Civil. Em segundo lugar, é preciso haver garantias de que os frutos do desenvolvimento possam ser revertidos para objetivos sociais de relevância nacional e que favoreçam a maturação progressiva de um Estado de Bem-Estar”. (CEBES, 2011, p. 5).

pectativas em torno da democratização estavam descompassadas da realidade concreta e, uma vez corrigido o rumo, será preciso investir mais 30 ou 40 anos na mesma tática, com energia dobrada; ou o descompasso estava no verdadeiro alcance do objetivo estratégico, na relação com a leitura da realidade concreta que se promovia e com a percepção de quais efetivamente eram as ferramentas de luta disponíveis ou a se construir para uso exclusivo ou compartilhado da classe trabalhadora.

Atualmente, no plano estratégico, não parece haver nada de muito substancial no *front*. Nenhum indício de que estejamos diante do momento histórico da formulação de uma nova estratégia da classe trabalhadora. No entanto, a negação do que tem se evidenciado como fracasso é condição para a superação da crise – embora não a garanta automaticamente. Neste registro, vale notar então a novidade que o quadro contemporâneo do Movimento Sanitário parece apresentar, em consonância, como não poderia deixar de ser, com o movimento de rearticulação da classe em tempos muito recentes e ainda de modo bastante incipiente. Estamos falando do surgimento, nos últimos anos, em diversos estados e municípios, de fóruns de saúde,¹⁴ que reúnem sindicatos, centrais, federações, partidos, associações profissionais, representantes de universidades e militantes em geral, reconhecendo a importância de se retomar o trabalho de construção e mobilização junto à base, por uma perspectiva classista que seja capaz de reivindicar a radicalidade da Reforma Sanitária. Por sua vez, estes fóruns e entidades vêm se articulando autonomamente através da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS),¹⁵ no bojo da reação contra os processos de privatização que têm promovido a captura do fundo público (SILVA, 2014). Outra movimentação, ainda muito recente, mas que merece ser notada, é a rearticulação de diversos núcleos regionais do próprio CEBES, que, diante do cenário de derrota estratégica da classe trabalhadora e do Movimento Sanitário nas últimas décadas, talvez aponte para algo distinto do caminho exclusivista da institucionalidade que discutimos ao longo do texto.

É certo que tais movimentações não resolverão de imediato a lacuna deixada pelo abandono do trabalho de base nas últimas décadas, em função da reificação da tática institucional, mas elas nos parecem, no mínimo, dados consistentes a serem considerados por qualquer análise que se pretenda histórica a respeito do tema. O que parece claro é que o sentido e a condução da Reforma Sanitária continuam em franca disputa. Mas um alerta: a simples existência da disputa não elide o fato de que a retomada da luta dos trabalhadores, dentro ou fora do campo da saúde, requererá o protagonismo da classe e a reformulação de sua estratégia e de suas táticas.

Para finalizar, se retomarmos o debate promovido pela revista **Cadernos de Saúde Pública**, a que fizemos referência, notaremos que o autor do texto debatido aponta, em linhas gerais, para

o processo que tentamos demonstrar: o enredamento da Reforma Sanitária Brasileira nas teias do mesmo Estado que tentou reeducar, diríamos. Além do destaque para o transformismo de sujeitos da luta antes em prol da Reforma, o autor aponta para o filtro da revolução passiva – processo ao qual o transformismo se conjuga, como apontou Gramsci – como agente direto do atrofamento da luta, que se expressa em boa medida nas carências, deficiências e baixa efetividade do SUS (PAIM, 2013). Uma de suas comentadoras, Amélia Cohn, embora concorde com Paim em diversos pontos de sua abordagem, confirma o que apontamos: “O processo de sua implementação [a democratização da saúde] centrou-se no Estado, distanciando-se da sociedade” (COHN, 2013, p. 1937). Paim, em sua tréplica, endossa a compreensão de Cohn (PAIM, 2013b). Mas a despeito das duas posições de peso, é forçoso reconhecer que a tática se mantém com força, e frouxamente combinada a uma intenção constantemente anunciada, renovada, mas quase inerte, de reaproximação com os movimentos sociais, de reativação da sociedade civil, de rearticulação das forças organizadas da classe trabalhadora ou de superação do “fantasma da classe ausente” – podemos dar o nome que quisermos. Eis, como diria Florestan, o “buslís da questão”.

Considerações Finais

“Na política, o erro acontece por uma inexata compreensão do que é o Estado (no significado integral: ditadura + hegemonia)”. (GRAMSCI, 2007, p. 257). A clareza do comunista italiano nos servirá aqui, nestas palavras finais, como importante mote para sugerir o quanto os desdobramentos da luta iniciada nos anos 1970 – que atualmente, como sabemos, se expressa em transformismo da vanguarda de esquerda, redução de direitos e forte teor privatista –, já estavam colocados como riscos em potencial quando das formulações táticas e estratégicas que absolutizavam a democracia e relativizavam o papel de classe do Estado.

Mas só podemos concordar com Paim, quando afirma que a Reforma Sanitária não tem prazo de validade, se for possível conceber esta sentença como parte de uma luta maior pela superação da ordem capitalista, posto que parece ser o único meio de garantir o projeto civilizatório pretendido pelo Movimento Sanitário e pela estratégia democrático-popular, na radicalidade da sua formulação original – mediante, claro, a revisão das táticas até hoje empregadas. Se as conquistas e as reformas no interior da ordem capitalista são necessárias e incontornáveis para qualquer estratégia da classe que venha a ser concebida, a surpresa com as oscilações próprias dos meios convencionais de expressão destas reformas e conquistas, no interior da mesma ordem capitalista, só pode ser dar para os que depositam toda a energia e todas as fichas nesta luta parcial – tomada

14 - Atualmente, espalhados por 18 estados, 14 municípios e o Distrito Federal, há 33 fóruns em funcionamento no país. (ver página da web da FNCPS - <http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>).

15 - A FNCPS foi criada em 2010, pela articulação dos fóruns de saúde dos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina, em torno da procedência de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn), contrária à lei 9.647/98, que instituiu a figura jurídica das Organizações Sociais (OS). Aos poucos, diversas organizações foram se incorporando à luta, ampliando o escopo de ação da Frente. Atualmente, o seu objetivo é fortalecer as lutas contra a privatização em estados e municípios, articulando-as nacionalmente, além de lutar pela Reforma Sanitária tal qual formulada nos anos 1970 e 1980, na perspectiva da busca pelo socialismo. Compõem a Frente as seguintes entidades: ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social), ANDES-SN (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior), ASFOC-SN (Sindicato dos Trabalhadores da Fiocruz); CMP (Central de Movimentos Populares), CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), CSP-CONLUTAS (Central Sindical e Popular), CTB (Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil), DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina), FASUBRA (Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras), FENASPS (Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social), FENTAS (Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde), Fórum Nacional de Residentes, INTERSINDICAL (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora), MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), Seminário Livre pela Saúde, os Fóruns de Saúde (Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Pernambuco, Minas Gerais, Ceará, Rio Grande do Sul, Paraíba, Goiás, Maranhão, Pará e Mato Grosso); os setoriais e/ou núcleos dos partidos políticos (PSOL, PCB, PSTU, PT e PCdoB), Consulta Popular e representantes de Instituições Educacionais (UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFF – Universidade Federal Fluminense, UFAL – Universidade Federal de Alagoas, UEL – Universidade Estadual de Londrina, EPSJV/Fiocruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, CESTE/ENSP/Fiocruz – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, UFPP – Universidade Federal da Paraíba, USP – Universidade de São Paulo). (FNCPS, 2011).

como a própria luta em sua essência. O nem tão recente, mas ultimamente agravado desmonte das conquistas de décadas dos Estados de Bem-Estar Social europeus dão bem a medida da vulnerabilidade que caracteriza as conquistas inscritas no interior da ordem capitalista, sempre submetidas aos ciclos de crise do sistema e à gangorra da correlação de forças da luta de classes – e vale dizer que a saúde combatida do capital não permite apostar nem mesmo na reedição desta configuração particular do processo de acumulação e do Estado capitalista. Sobretudo em tempos de ampliação significativa da exploração da força de trabalho e de sérias iniquidades ambientais – base da ampliação dos estados de adoecimento crônico das populações expostas em maior medida a tais condições em todo o planeta –, o debate das determinações sociais da saúde parece enfrentar hoje, mais do que nunca, uma imposição lógica ineliminável em favor da superação da ordem do capital, a ponto de perder-se em pura retórica.

Porém, distantes e ainda pouco permeáveis aos sensíveis movimentos da base, as históricas lideranças do Movimento Sanitário, individuais ou coletivas, em boa parte parecem ignorar que, diante dos cada vez mais duros ataques às bandeiras históricas e conquistas que encabeçaram – no interior da mesma ordem legítima que defenderam e ajudaram a construir, se este cadáver ainda se move é urgente que refundemos a nossa prática política, que tenhamos clareza dos nossos aliados e ex-aliados e estabeleçamos de antemão onde exatamente queremos chegar.

Referências

- APSP – ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA. *Notícias APSP – Boletim*. São Paulo, jan./fev.mar. 2015, p. 1. Disponível em: <<http://apsp.org.br/wp-content/uploads/2012/05/Boletim-APSP-jan-fev-mar-15.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2015.
- BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. Política de saúde no governo Lula. In: BRAVO, M. I. S. et al. (orgs.). *Política de Saúde na atual conjuntura – modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrij-SSind, 2008. p. 17-21.
- CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Movimento da Reforma Sanitária se reúne com Ministro Miguel Rosseto*. Cebes, 2015a. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/03/movimento-da-reforma-sanitaria-se-reune-com-ministro-miguel-rosseto/>>. Acesso em: 5 maio 2015.
- CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Tese para a XV Conferência Nacional de Saúde – Saúde não é negócio nem mercadoria, é direito de cidadania*. Cebes, 2015b. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/04/Tese-Cebes-15-CNS_Final.pdf>. Acesso em: 5 maio 2015.
- CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Tese 2014-2015*. Cebes, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/02/TesedoCEBES2014-Web-22.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2015.
- CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 4-5, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>>. Acesso em: 23 abr. 2014.
- COHN, A. Comentário do texto de Jairnilson Paim: discordando mas nem tanto. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 29(10), p. 1937-1938, out. 2013.
- COSTA, A. M. e SESTELO, J. A. *A vaca tosse, vai para o brejo e pode atolar o SUS*. Viomundo (web). Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/ana-costa-e-antonio-sestelo-vaca-tosse-vai-para-o-brejo-e-deixa-o-sus-atolado.html>>. Acesso em: 5 maio 2015.
- DANTAS, A. V. *Do Socialismo à Democracia: dilemas da classe trabalhadora no Brasil recente e o lugar da Reforma Sanitária Brasileira*. 2014. 379 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ESCOREL, S. [Depoimento]. Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil (A trajetória de Sergio Arouca). Programa de Pós-Graduação em Memória Social (UNIRIO). Entrevistadores: Regina Abreu e Guilherme Franco Neto, 14 abr. 2005. Disponível em: <<http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/>>. Acesso em: 2 nov. 2013.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde – origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- FALEIROS, V. de P.; VASCONCELLOS, L. C. F. de; SILVA, J. de F. S. da; SILVEIRA, R. M. G. *A construção do SUS – histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.
- FERNANDES, F. *A revolução burguesa no Brasil – ensaio de interpretação sociológica*. São Paulo: Globo, 2005.
- FNCPS – FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. *Em defesa do SUS – público, estatal, universal e de qualidade!*, nov. 2011, 11 fls. (folder). Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>>. Acesso em: 21 abr. 2014.
- GUIMARÃES, J. R. Debate: A estratégia da pinça. *Teoria e Debate*, São Paulo, n. 12, não paginado, out. 1990. Disponível em: <<http://www.teoriaedebate.org.br/materias/politica/debate-estrategia-da-pinca?page=full>>. Acesso em: 1 nov. 2013.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*, vol. 3 (C. N. Coutinho, M. A. Nogueira.; L. S. Henriques, Eds.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- IASI, M. L. Democracia de cooptação e o apassivamento da classe trabalhadora. In: SALVADOR, E. et. al. (Orgs.). *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Cortez, 2012. p. 285-317.
- IASI, M. L. *As metamorfoses da consciência de classe – o PT entre a negação e o consentimento*. São Paulo: Expressão Popular, 2006.
- LUKÁCS, G. *Introdução a uma estética marxista*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- MARX, K.; ENGELS, F. Manifesto do Partido Comunista. In: A. Bogo (org.); *Teoria da organização política (escritos de Engels, Marx, Lenin, Rosa, Mao)*, vol. I. São Paulo: Expressão Popular, 2005. p. 83-125.
- NOGUEIRA, R. P. Desafios na nova conjuntura do movimento sanitário. IDISA (web), 2011. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_4526_0__desafios-na-nova-conjuntura-do-movimento-sanitario.html>. Acesso em: 23 mar. 2015.
- PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de

Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 29(10), p. 1927-1936, out. 2013a.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: eppur si muove*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 29(10), p. 1952-1953, out. 2013b.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira – contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PT – PARTIDO DOS TRABALHADORES. *V Encontro Nacional - Resoluções Políticas*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1987. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/memoria-e-historia/documentos-historicos/resolucoes-encontros-nacionais-do-pt>>. Acesso em: 1 nov. 2013.

SANTOS, N. R. dos. [Entrevista]. Página 13, 15 abr. 2015. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/04/nucleo-duro-dos-governos-lula-e-dilma-barrou-todas-as-iniciativas-para-repor-o-desfinanciamento-do-sus/>>. Acesso em: 5 maio 2015.

SILVA, A. X. da. A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade:

resistência ou consenso. *Katálysis*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, jul./dez. 2014.

STOTZ, E. N. Movimentos Sociais e Saúde: notas para uma discussão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 10(2), p. 264-268, abr./jun. 1994.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reformas sanitárias a Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária - em busca de uma teoria*. São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez; ABRASCO, 2006. p. 193-232.

VAINER, C.; PALMEIRA, V. PT – ameaçador ou ameaçado? *Teoria e Debate*, São Paulo, n. 8, não paginado, out. 1989. Disponível em: <<http://www.teoriaedebate.org.br/materias/politica/pt-ameacador-ou-ameacado?page=full>>. Acesso em: 1 nov. 2013.

VANNUCHI, P. Adeus às armas? *Teoria e Debate*, São Paulo, n. 11, não paginado, jul. 1990. Disponível em: <<http://www.teoriaedebate.org.br/materias/politica/adeus-armas?page=full>>. Acesso em: 1 nov. 2013.

PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE VIA NOVOS MODELOS DE GESTÃO: ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (OSS) EM QUESTÃO

Maria Valéria Costa Correia
Viviane Medeiros dos Santos

Introdução

A privatização acontece quando o Estado abdica de ser o próprio agente econômico produtivo e empresarial, através da venda das estatais, e quando ele abdica de ser o executor direto de serviços públicos através do incentivo ao setor privado como fornecedor destes serviços, mediante repasse de recursos públicos ou isenção de impostos. As raízes da privatização da saúde estão, historicamente, determinadas pelos interesses do capital na área de saúde, em usá-la como mercadoria e fonte de lucro. Neste artigo, será abordado como estes interesses se explicitam na atualidade através dos denominados novos modelos de gestão – Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Será dada ênfase às Organizações Sociais (OS), modelo de gestão mais consolidado na área da saúde e disseminado nos estados e municípios brasileiros.

O estudo teve como objetivo, inicialmente, inserir o debate sobre os novos modelos de gestão no contexto mais amplo da contrarreforma do Estado brasileiro em curso e de financeirização do capital, sob a égide da administração gerencial e do repasse do fundo público para entidades privadas. Foi utilizada a pesquisa bibliográfica para dar sustentação teórica a esta abordagem, necessária para a compreensão mais ampla de como tem se dado a privatização da saúde em contraponto à histórica defesa da sua estatização progressiva pelo Movimento da Reforma Sanitária.

O segundo objetivo do estudo aqui apresentado foi apontar as contradições entre o preconizado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRE), especialmente no Programa de Publicização, sobre a eficiência¹ e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas entidades privadas qualificadas como Organizações Sociais,² e o que de fato vem acontecendo onde ela já foi implantada em termos de ineficiências, maiores gastos estatais e irregularidades. Para tal, foi desenvolvida uma pesquisa aos documentos, que evidenciam estes problemas, a partir dos inquéritos civis públicos e levantamentos de irregularidades, elaborados pelos órgãos de controle interno e ex-

terno – Ministério Público Federal e Estadual, Tribunais de Contas dos Estados e da União – e de denúncias publicadas em jornais.

SUS: estatização da saúde ou privatização progressiva?

Em plena ditadura militar, contexto em que o capital financeiro, sob condições monopolísticas, passou a determinar as ações do Estado brasileiro, situa-se o alinhamento da saúde aos interesses do capital por dentro do setor previdenciário, através da implementação de um complexo médico-industrial, que beneficiou empresas internacionais de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; e através da compra de serviços médicos privados, a qual proporcionou o crescimento das empresas médicas lucrativas (BRAVO, 2011). O questionamento deste alinhamento foi o que unificou os movimentos sociais no Movimento da Reforma Sanitária em torno da defesa da saúde pública e contra a privatização.

O Movimento da Reforma Sanitária teve como eixo o posicionamento contrário à saúde como mercadoria e fonte de lucro. Este posicionamento foi expresso durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, ao defender a estatização progressiva da saúde: “O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor.” (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS, P. 12, 1986). Também foi defendida a exclusividade da alocação do Fundo Público no Setor Público Estatal: redirecionamento dos fundos públicos [...] para financiamento exclusivo da rede do setor público estadual e municipal; a suspensão imediata de financiamento, por parte destes fundos [...], para ampliação, reforma e construção de estabelecimentos privados ou para compra de equipamentos (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS, p. 16, 1986).

Entretanto, durante a construção do Sistema Único de Saúde (SUS),³ na década de 1990 e de 2000, foi trilhado um caminho inver-

1 - O princípio da eficiência na administração gerencial é eminentemente econômico, pois orienta a atividade administrativa a alcançar os melhores resultados com menor custo e utilizando os mesmos meios de que dispõe.

2 - O objetivo formal da chamada “Lei das OS” foi o de “qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (art. 1º, Lei 9.637/98).

3 - O SUS é fruto de lutas sociais, na década de 1980, capitaneadas pelo Movimento da Reforma Sanitária que travou uma batalha contra o modelo “médico assistencial privatista” centrado no atendimento individual e curativo do sistema previdenciário, nos anos de 1970 e 1980.

so, em vez da progressiva estatização da saúde, houve um processo de privatização progressiva por dentro do SUS,⁴ além dos incentivos estatais para o crescimento do livre mercado da saúde. Contexto em que o Estado tem se colocado, cada vez mais, a serviço dos interesses do capital.⁵ Nas palavras de Dias (1999) “trata-se do ideologicamente Estado Mínimo, que é na prática o ‘Mercado Máximo.’” A condenação retórica do Estado tem a função de ocultar a sua minimização “em relação às classes trabalhadoras e a sua maximização na sua articulação com a burguesia” (DIAS, 1999, p. 121).

Está em curso uma tendência crescente de repasse da gestão e do fundo público para o setor privado (denominado “público não-estatal”) ou para instituições ditas “estatais”, mas com personalidade jurídica de direito privado. Estas últimas permitem a regência dos interesses do mercado dentro das instituições “estatais”, liberando-as das amarras impostas pelas regras da administração direta do Estado. Esta tendência foi explicitada,⁶ desde 1995, no PDRE do governo de Fernando Henrique Cardoso que tinha como princípio que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las, transferindo a execução destas para o setor ‘público não-estatal’ que na realidade é regido pela lógica do privado. Tem-se assim um conflito quanto à concepção do público, já que nessa percepção o público não é sinônimo de estatal. Os recursos, o patrimônio, os equipamentos e os recursos humanos são públicos, mas a gestão e a lógica que o ordenam são privadas. Nessa direção, Soares (2010) afirma:

Para isso, opera-se um feito digno de ilusionismo: cria-se uma entidade que se afirma ser meio pública e meio privada, aglutinando os interesses do espaço público e a eficácia e agilidade da lógica privada. No entanto, essa criação é ideal, ou ideológica. No concreto, na materialidade do real, é impossível tal constituição, tendo em vista que ao dispor de instrumentos da lógica privada na gestão, tal entidade constitui-se um ente privado. O mais grave é que a racionalidade que organiza esse ideário e essa lógica institucional, ao misturar o público com o privado no âmbito do discurso, reproduz a ideia de que independentemente dos interesses privados presentes na gestão pública, esta sempre será pública. Isso traz consequências drásticas para as práticas sociais no cotidiano do sistema. (SOARES, 2010, p. 85).

Neste Plano Diretor, através do denominado programa de publicização, propôs-se o repasse de serviços, antes de responsabilidade do Estado, para “entidades de direito privado” executá-los, mediante o repasse de recursos e gestão pública. (CORREIA, 2011).

Contrarreforma do Estado, administração gerencial e privatização das políticas sociais

Apesar do caráter público e universal da saúde ter sido assegurado legalmente na Constituição Federal e nas leis orgânicas da

saúde, a condução da política de saúde brasileira tem levado a sua desestruturação como política pública, com a quebra de seu caráter universal, tendo como um dos fatores determinantes a sua privatização, no contexto mais amplo do enfrentamento da crise do capital que tem exigido a intervenção crescente do Estado, para a manutenção de seus interesses, neste processo. Tal condução vem sendo tomada no Brasil com maior visibilidade a partir de 1995, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso com a contrarreforma⁶ proposta, sob o comando do então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, e continuou a ser empreendida nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, sob forte orientação dos organismos financeiros internacionais, especialmente o Banco Mundial.⁸

Segundo Behring (2008), a reforma dividiu o Estado em quatro setores: núcleo estratégico, atividades exclusivas, serviços não-exclusivos e o setor produção de bens e serviços para o mercado. As políticas sociais foram consideradas serviços não-exclusivos do Estado, neste setor o Estado divide a atuação com outras organizações públicas “não-estatais” e privadas. Assim, segundo a autora, o governo argumentava que era preciso descentralizar para o “setor público não-estatal” os serviços que não envolvem o exercício do poder do Estado, mas devem, ser por ele subsidiado, como educação e saúde. Este processo é conhecido como publicização, a qual atinge diretamente as políticas sociais.⁹

Os argumentos do então governo, expressos no PDRE defendiam que a Reforma do Estado era necessária, pois a crise decorria da ineficiência burocrática e administrativa do Estado de intervir no econômico e no social. Ainda de acordo com o PDRE (1995), a crise brasileira da última década foi uma crise do Estado, o qual se desviou de suas funções básicas, ocasionando a deteriorização dos serviços públicos, mais o agravamento da crise fiscal e da inflação. Como suposta saída para a crise, foi proposto um reordenamento do papel do Estado: “reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado.” (MARE, 1995, p. 12).

A então reforma gerencial do Estado tinha como suposto argumento a viabilização de uma maior eficiência do Estado, em que “pretende-se reforçar a governança – a capacidade de governo do Estado – através da transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, [...] para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão”. (MARE, 1995, p. 13)

Analisando tais argumentos de que o Estado brasileiro passaria de uma administração burocrática, identificada como ineficiente, para uma administração gerencial sinônimo de eficiência, Souza Filho, explicita que a “principal determinação do gerencialismo é a identificação da administração pública com a administração privada” (2011, p.178). Ainda de acordo com o autor, o gerencialismo não distingue a administração destinada a fins públicos – administração pública – da destinada a fins lucrativos – administração empresarial. O autor

5 - O processo de privatização da saúde vem se dando de várias formas que não serão objeto de estudo a ser apresentado neste artigo. Elegeu-se apenas a forma deste processo expressa nos novos modelos de gestão.

6 - O capital buscou o enfrentamento da crise, a partir da segunda metade da década de 70, via reestruturação produtiva baseada no aprofundamento da liberdade do mercado, com um novo padrão de acumulação flexível e destruição dos direitos sociais e trabalhistas, até então conquistados (CORREIA, 2007).

7 - Neste trabalho, utilizaremos a expressão contrarreformas para designar o processo regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora, das “reformas” desenvolvidas a partir dos governos Fernando Henrique Cardoso e prosseguidas nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff.

8 - Em fevereiro de 2007, foi elaborado um documento do Banco Mundial – Governança do Sistema Único de Saúde no Brasil: Aumento da Qualidade do Gasto Público e da Administração de Recursos –, que se propôs a expor avaliações e propostas para “aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto público” do SUS. A ênfase dada à necessidade de desenvolver e implementar maior autonomia e accountability (autoridade para gerenciar recursos) às unidades de saúde, aponta para “vários modelos de gestão autônoma [...] tais como o modelo das Organizações Sociais, entre outros” (Banco Mundial, 2007, p.79).

9 - O caderno elaborado pelo MARE nº 13, de 1998, e intitulado A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, apresentou as propostas para a reforma na saúde mais explicitamente.

afirma que o gerencialismo do governo FHC tinha como estrutura a manutenção da dominação tradicional, em que estão presentes traços patrimonialistas: “Na verdade a contrarreforma administrativa, através da dimensão flexível/gerencial, repõe o patrimonialismo sobre as bases racionais-legais”. (2011, p. 215, grifos do autor).

Nesta direção, o autor conclui que “o projeto gerencialista ataca a finalidade de universalização de direitos [...] Ratifica-se uma finalidade fundada no atendimento de necessidades mínimas da população, coerente com a proposição neoliberal de reforço do mercado.” (2011, p. 96)

A captura do fundo público pelo setor privado

Destaca-se que o processo de contrarreforma do Estado Brasileiro atende aos interesses do grande capital no atual contexto de crise contemporânea, em que o Estado por meio dos ajustes neoliberais tem alimentado o processo de financeirização do capital, seja com o desvio do orçamento da seguridade social para o pagamento da dívida pública através da Desvinculação das Receitas da União (DRU),¹⁰ seja por meio da privatização das políticas sociais e, ainda, pela priorização dos programas de transferência de renda condicionados.

Atendendo aos ditames do grande capital através dos organismos multilaterais como Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Estado brasileiro vem redimensionando suas ações nas políticas sociais, dando ênfase a uma política focalista, assistencial e privatista. As “reformas” do Estado recomendadas pelos organismos internacionais estão centradas na racionalização de gastos na área social e no fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços coletivos. O Banco Mundial afirma que “muitos países em desenvolvimento que desejam reduzir a magnitude de seu desmesurado setor estatal devem conceder prioridade máxima à privatização”. (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 7). Essa instituição orienta os governos a darem prioridade máxima aos “setores sociais fundamentais”, os mais vulneráveis, promovendo políticas públicas focalistas a fim de conferir eficácia e equidade aos gastos sociais. Nesse processo, ocorre uma diminuição da intervenção estatal na área social, simultânea ao repasse da gestão de serviços públicos para a rede privada, mediante a transferência de recursos públicos. (CORREIA, 2007)

Observa-se a crescente tendência da utilização do fundo público para o financiamento da acumulação de capital em detrimento do financiamento da reprodução do trabalho. O que está em curso é o repasse dos custos de reprodução do capital para o conjunto da sociedade e para o próprio trabalhador, transformando-o em *cidadão-consumidor*.¹¹

Salvador (2010) deixa claro que “o fundo público ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital. A presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo”. (SALVADOR, 2010, p. 79).

O supracitado autor ressalta o papel ativo do fundo público no capitalismo contemporâneo, onde exerce uma função ativa tanto nas políticas macroeconômicas, com vistas a garantir a acumulação

produtiva, como também nas políticas sociais, em que o alargamento destas garante a expansão do mercado de consumo.

Uma das saídas do capital diante de sua crise contemporânea tem sido o processo de financeirização do capital, novo estilo de acumulação, que tem se caracterizado pelo predomínio financeiro e rentista; no processo denominado por Chesnais (1996) de mundialização do capital.¹² De acordo com Silva (2011) “esses rentistas darão a direção política e ideológica ao Estado e requisitarão a atuação do fundo público diretamente em favor de seus interesses” (SILVA, 2011, p.11).

Chesnais (1996) identifica um crescimento acentuado da esfera financeira nos últimos 15 anos, a qual vem comandando cada vez mais a repartição e a destinação social da riqueza produzida. Este crescimento vem se alimentando segundo o autor de dois mecanismos diferentes: “Os primeiros referem-se à ‘inflação do valor dos ativos’, ou seja, à formação de ‘capital fictício’. E os outros se baseiam em transferências efetivas de riqueza para a esfera financeira” (CHESNAIS, 1996, p.15). Neste último o autor destaca o importante mecanismo da dívida pública.

Silva (2011) analisa que estamos diante de um vasto processo de desmonte das políticas sociais, especialmente sobre as mais universais, destinadas a reprodução da classe trabalhadora, alargando-se a apropriação privada de parte do fundo público pelos rentistas donos do capital que porta juros. Os mecanismos utilizados se dá na transferência de crescente recursos sociais para a esfera financeira por meio de contra-reformas das políticas sociais e do repasse de recursos do fundo público para o pagamento da dívida pública. (SILVA, 2011, p.10)

Para Fontes (2011) “o avanço de entidades privadas no fundo público significa um processo crescente de privatização da gestão, e um aumento da exploração dessas atividades por empresas, que se responsabilizam por fazer uma parcela da política social com a contraparte dos recursos públicos”. (FONTES, 2011, p. 21).

A transferência da gestão dos serviços de saúde para o “setor público-não estatal que na realidade é privado” (CORREIA, 2011, p. 43), mediante “Contrato Gestão”, no caso das OS e de “Termo de Parceria” se for (OSCIP), através do repasse da gestão, dos recursos, das instalações públicas e de pessoal, se configura como forma de privatização do que é público, e contraria diretamente a Constituição Federal de 1988. Alguns autores têm considerado que este tipo de privatização, por meio dos novos modelos de gestão, como “privatizações não clássicas’ porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão com mais e não menos estado!” (GRANEMANN, 2011, p. 54).

Privatização da saúde e os novos modelos de gestão

A apropriação privada do fundo público da saúde, ou seja, o repasse de recursos públicos para o setor privado, tem se dado de várias formas, em especial, como destacamos neste artigo, através dos denominados “novos modelos de gestão”: Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OS-

10 - A DRU tem permitido transferir 20% dos recursos da seguridade social para o orçamento fiscal, com vista ao pagamento da dívida pública.

11 - Expressão utilizada por Mota (1995).

12 - De acordo com Chesnais (1996, p. 17), “a expressão ‘mundialização do capital’ é a que mais corresponde mais exatamente à substância do termo inglês ‘globalização’, que traduz a capacidade estratégica de todo o grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque e conduta ‘globais’”.

CIP), e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e, mais recentemente, através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Trata-se da privatização e da terceirização dos serviços públicos, na medida em que o Estado abdica de ser o executor direto desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento e instalações públicas e de pessoal para entidades de direito privado, permitindo fazer tudo o que o setor privado faz no espaço estatal e quebrando as amarras impostas pelo direito público.

As Organizações Sociais foram concebidas como instrumento de viabilização e implementação de Políticas Públicas. O objetivo formal da chamada “Lei das OS” 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, a proteção e preservação do meio ambiente, a cultura e a saúde” (Art. 1º, Lei nº 9.637/98). As OS podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos¹³ da administração pública. Assim, a instituição de OS abre precedentes para a flexibilização de vínculos e, conseqüentemente, para a precarização do trabalho, além da perda de direitos trabalhistas e previdenciários.

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas em 1999, pela Lei Federal nº 9.790, instituem uma nova forma de transferência das funções do Estado para o setor privado, através do “Termo de Parceria”. Nas OSCIP, a prestação de serviços públicos é transferida para as Organizações Não-Governamentais (ONG), cooperativas, associações da sociedade civil de modo geral, por meio de “parcerias”.

Em julho de 2007, o governo Lula propôs o Projeto de Lei Complementar nº 92/2007,¹⁴ que cria as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), com personalidade jurídica de direito privado, para desenvolverem atividades nas áreas da saúde, assistência social, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, comunicação social, entre outras. As FEDP são viabilizadas através de contratos de serviços entre a fundação e o poder público, com “autonomia gerencial, orçamentária e financeira”.

Em 30 de dezembro de 2010, foi editada a Medida Provisória nº 520 para criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). No entanto, devido ao esgotamento do prazo para a sua votação no Senado, o seu conteúdo foi retomado através do Projeto de Lei nº 1.749/2011, que “autoriza o Poder Executivo a criar a EBSERH como empresa na estrutura do Estado, de natureza privada e sob a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos”. Em 15 de dezembro de 2011, foi sancionada a Lei nº 12.550 que cria a EBSERH.¹⁵ Trata-se de uma Empresa pública com personalidade jurídica de direito privado. Constitui uma via de privatização do maior sistema hospitalar

público brasileiro – os 47 Hospitais Universitários.¹⁶

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

A seguir, serão descritas as contradições que se apresentam a partir da Lei Federal nº 9.637/1988 que cria as OS, desde a sua inconstitucionalidade até as evidências que a pesquisa documental revelou em termos de ineficiência dos serviços públicos administrados pelas OS, o aumento de gastos estatais nas unidades de saúde geridas por este modelo de gestão, e os desvios de recursos públicos proporcionados com a sua adoção.¹⁷

Contradições na efetivação das Organizações Sociais: inconstitucionalidade da Lei nº 9.637/98

A Lei 9.637/98, que cria as OS prevê a extinção do órgão público e a absorção de suas atividades por uma entidade privada, qualificada como OS. Esta Lei tem sido considerada inconstitucional, uma vez que entidades privadas passam a executar serviços típicos de Estado, como a saúde.

A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 admitem a prestação de serviços privados de saúde de forma complementar ao SUS e não substitutiva a serviços ou órgãos do SUS, como se pode observar no Artigo nº 199, § 1º da CF/88, que estabelece que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.” Neste sentido, a previsão da complementaridade estabelecida nesse artigo não diz respeito ao repasse da gestão, pessoal e patrimônio público a entidades privadas, mas ao uso de serviços ofertados pela iniciativa privada, através de contratos ou convênios.

Há questionamentos judiciais a respeito da Lei nº 9.637/98, que instituiu as OS. Existem duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade – ADI, em trâmite no Supremo Tribunal Federal: a nº 1.923, demandada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo Partido Democrático Brasileiro (PDT), em 1998 e a requerida pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, em 1999. Após 13 anos, no dia 31/3/2011, a ADI nº 1.923/98 entrou na pauta do SFT. O voto do relator, então Ministro do STF, Ayres Britto, foi favorável parcialmente a esta ADI:

[...] Fácil notar, então, que se trata mesmo é de um programa de privatização. Privatização, cuja inconstitucionalidade, para mim, é manifesta [...] O que me parece juridicamente

13 - Os controles externos e internos da administração pública fazem parte do controle institucional do Estado. Estes controles estão previstos nos artigos 70, 71 e 74 da Constituição Federal brasileira que estabelece que o controle institucional cabe essencialmente ao Congresso Nacional, este responsável pelo controle externo, com o auxílio do Tribunal de Contas da União, e a cada Poder, por meio de um sistema integrado de controle interno. (Cf. CGU, 2010). O controle interno é realizado por uma unidade administrativa que integra a estrutura dos órgãos das esferas federal, estadual, distrital e municipal. No Poder Executivo Federal, o trabalho das unidades de controle interno é coordenado pela Controladoria-Geral da União (CGU).

14 - Apesar de não existir uma lei federal que crie as FEDPs, elas foram criadas no Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe e no Rio Grande do Sul.

15 - A EBSERH desvincula na prática os Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), comprometendo a formação e qualificação dos profissionais de saúde que trabalham na saúde pública e a produção do conhecimento na área de saúde. Tem como referência o Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que reserva espaços públicos para atendimentos de planos de saúde privados. Uma ação civil pública, ajuizada pelo Ministério Público Federal (MPF), em janeiro de 2009, tem como réus o próprio hospital, a União, Estado e o município de Porto Alegre, solicita que o HCPA realize 100% de seus atendimentos via SUS.

16 - Até o mês de março de 2014, do total de 47 Hospitais Universitários vinculados às 33 Universidades Federais, 23 Hospitais já estavam com contrato com a EBSERH, e 24 não.

17 - Ressalta-se que, neste artigo, serão apresentadas apenas parte das referidas evidências resultantes da pesquisa documental. Foi necessário eleger algumas, devido ao grande volume de irregularidades levantadas.

aberrante, pois não se pode forçar o Estado a desaprender o fazimento daquilo que é da sua própria compostura operacional: a prestação de serviços públicos (Voto do Ministro do STF, Ayres Britto, relator da ADI 1.923/98, em 31/03/2011).

O Ministério Público Federal já se posicionou pela inconstitucionalidade das OS, como consta no documento do Grupo de Trabalho da Saúde, da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal, “Fundamentos básicos para atuação do MPF contra a terceirização da gestão dos serviços prestados nos estabelecimentos públicos de saúde”:

A Lei Federal e as leis estaduais e municipais que admitem e disciplinam a transferência de serviços públicos de saúde para pessoas jurídicas de direito privado (instituições privadas), são inconstitucionais, pois colidem frontalmente com os princípios e regras da Constituição da República e da Lei Orgânica da Saúde que regem a promoção do direito à saúde através do SUS. (Ministério Público Federal, 2010).

Segundo o MPF (2010), há o descumprimento da regra constitucional que determina a prestação dos serviços do SUS diretamente pelo poder público (art. 196, caput), e que a participação da iniciativa privada, fica autorizada em caráter complementar (199 caput e § 1º da CF e art. 24, da Lei 8080/90). O papel da iniciativa privada na prestação de serviços do SUS é, portanto, acessório, de modo que toda e qualquer tentativa de investir a iniciativa privada na condição de protagonista confronta o texto constitucional e a Lei Orgânica da Saúde.

As contradições na efetivação das Organizações Sociais: ineficiências, maiores gastos estatais e irregularidades

O argumento do governo FHC para implementar os novos modelos de gestão – OS OSCIP – era de que eles promoveriam a “eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas instituições privadas” (Rezende, 2008, p.27). No entanto, este argumento tem sido desmascarado pelos dados de realidade, que revelam o contrário nos serviços públicos geridos por OS. Nas unidades de saúde de estados e municípios brasileiros onde as OS foram implantadas, ocorre uma série de problemas que estão sendo apurados pelo TCU, TCE e Ministério Público Estadual e Federal, em relação aos maiores gastos, às irregularidades e ao desvio de recursos públicos.

A gestão da saúde pública por OS, adotada pelo estado de São Paulo e que tem sido seguida como modelo para outros esta-

dos brasileiros, foi alvo de estudo do Tribunal de Contas do Estado (TCE) paulista que comparou os dois métodos de administração, por OS e pela administração direta do Estado. Este estudo demonstrou alguns efeitos negativos na qualidade dos serviços quando são gerenciados por OS:

fica claro, por exemplo, que os custos das OS são mais altos, os doentes ficam mais tempo sozinhos nos leitos, a taxa de mortalidade geral é maior e que há uma ampliação da desigualdade salarial entre os trabalhadores. Enquanto os chefes ganham acima da média, os escalões inferiores recebem menos que seus pares dos hospitais geridos pelo estado. Para ter uma ideia, do ponto de vista do resultado econômico, os hospitais analisados custam 60 milhões de reais a mais nas OS do que nas gestões diretas – uma variação de 38,52 % de menor eficácia. Outro exemplo significativo: o custo do leito por ano nas OS foi 17,60% maior que nos hospitais da administração pública (CARTA CAPITAL, 2011, p.38).

Constata-se que os hospitais geridos por OS em São Paulo, computados os gastos tributários, apresentam um prejuízo econômico maior que os geridos pela administração direta (TCE/SP, 2011). O gasto com terceirização dos serviços, especificamente na área da saúde através das OS, tem dobrado no estado de São Paulo.¹⁸

No Mato Grosso, o TCE instaurou uma Comissão Técnica para investigar possíveis superfaturamentos nos pagamentos da Secretaria Estadual de Saúde para cinco OS responsáveis por administrar hospitais nesse estado (Diário Oficial Eletrônico de 4/4/2013). Neste estado foi constatado pelo Conselho Estadual de Saúde que o governo gastou mais com OS do que com a gestão pública de saúde; um dos hospitais chegou a receber oito vezes mais ao ser administrado por OS, no período de um ano, do que quando o era sob a administração direta do Estado.¹⁹

O Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte, em 2012, abriu procedimento Investigatório Criminal envolvendo a OS denominada Instituto Pernambucano de Assistência a Saúde (IPAS),²⁰ considerando que esta fazia parte de uma “complexa e bem estruturada organização criminosa, que atua com voracidade e tenacidade no desvio de recursos públicos do Município de Natal, cuja sangria de dinheiro se daria por intermédio da Secretaria de Saúde do Município de Natal” (MPE, 2012),²¹ Houve o cancelamento do contrato desta Secretaria com o IPAS.

As OS também têm prejudicado os usuários, como pode ser constatado numa auditoria realizada pela Auditoria-Geral do Estado (AGE) do Mato Grosso, que descobriu 25 falhas cometidas pela OS IPAS na gestão da Farmácia de Alto Custo. Entre as quais, que centenas de remédios “apodreceram” após terem perdido o prazo de validade. [...] Os medicamentos de alto custo deveriam ser destinados para o tratamento de pacientes com câncer, problemas neurológicos e outras doenças graves.”²²

18 - Em 2006, o governo de São Paulo gastou R\$ 7,95 bilhões em terceirizações, no ano de 2007, 52 bilhões. Entre 2006 e 2009, os gastos com OSs aumentaram em 114%. No mesmo período o orçamento do estado cresceu 47%, ou seja, as despesas do estado de São Paulo com a terceirização da saúde cresceram mais que o dobro do aumento do orçamento público. (CORREIA, 2011, p. 47 apud REDE BRASIL ATUAL, 2010).

19 - Governo de MT gasta mais com OSS do que com gestão pública de saúde, G1. 09 jul. 2013 Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2013/07/governo-de-mt-gasta-mais-com-oss-do-que-com-gestao-publica-de-saude.html>. Acesso em: 27 jul. 2013.

20 - Esta mesma OS, que também administra o Hospital Dr. Clodolfo Rodrigues - situado no município de Santana do Ipanema, Alagoas – foi alvo de auditoria do Departamento Nacional de Auditores do SUS (DENASUS), em 2011, a pedido do Ministério Público Estadual. No relatório nº 10.499 do DENASUS, consta superfaturamento em compras de equipamentos, ilegalidade no contrato entre a prefeitura e a OS IPAS, irregularidades em dezenas de licitações para aquisição de equipamentos. Os auditores recomendaram que a então prefeita e a então secretária de saúde devolvam ao Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde R\$ 3.755.973,00, devidamente atualizado monetariamente e acrescido de juros de mora, devido ao IPAS ter recebido os recursos sem executar ações de saúde, quando o hospital ainda estava fechado para a população.

21 - Ministério Público Estadual/RN. Pedido de Busca e Apreensão e de Prisão Temporária e Preventiva. Decisão. Relator: Juiz de Direito Auxiliar José Armando Ponte Dias Junior. Natal: Ministério Público Estadual, 2012.

22 - Relatório da Auditoria-Geral do Estado (AGE) do Mato Grosso, 2014.

A administração sob a responsabilidade das OS também tem prejudicado os trabalhadores. Em Goiás, foram detectadas inúmeras irregularidades pelo Ministério Público Estadual, dentre as principais irregularidades sinaliza-se “a terceirização ilícita de mão de obra [...], violação ao princípio da dignidade da pessoa humana, por imposição de sofrimento moral aos servidores públicos, decorrente de ameaças e outras formas de constrangimento, para forçá-los a sair das unidades de saúde.”²³

Todavia, vale destacar que existem vitórias no campo jurídico contra a propagação das Organizações Sociais pelo país, as quais são resultado de um conjunto de mobilizações sociais e representações de entidades sindicais ou de movimentos sociais junto aos órgãos de controle do Estado. A resistência às OS pelo país também tem se dado pela atuação dos Fóruns de Saúde – são 20 Fóruns estaduais e 14 municipais – que integram a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.²⁴ Esta Frente tem se articulado nacionalmente para o enfrentamento da privatização da saúde através dos novos modelos de gestão.

Em Santa Catarina, a justiça determinou que o estado reasumisse o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), após ter sido entregue para a Organização Social Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM, em agosto de 2012.²⁵ Em Aracaju, a justiça, através de uma liminar, determinou que a prefeitura de Sergipe não contratasse as Organizações Sociais, aprovadas pela maioria dos vereadores. A decisão foi dada em favor de um requerimento da Promotoria de Saúde do Ministério Público Estadual. A juíza fixou multa de R\$ 5 mil por dia de descumprimento, total ou parcial, do que fora determinando acima, no limite de R\$ 200 mil, importância que deveria ser revertida ao Fundo de Reconstituição do Bem Lesado, a ser paga pessoalmente pelo prefeito do Município de Aracaju ou qualquer outro gestor, ordenador de despesas, que promova algum obstáculo ao cumprimento da ordem, sem prejuízo das ações penais e cíveis cabíveis (Despacho da 3ª Vara Cível, 19/6/2013, sobre o Processo nº 201310300797, Ação Civil Pública do MPE/SE).

O estado de Goiás também foi alvo de proibição da justiça no que se refere à terceirização da gestão de hospitais públicos para serem geridos por Organizações Sociais. A decisão foi do juiz da 2ª Vara da Fazenda Pública Estadual, em ação civil pública proposta pela promotoria de justiça. O juiz considerou graves as irregularidades e ilegalidades apontadas pelo Ministério Público Estadual nos contratos firmados entre a Secretaria Estadual de Saúde e OS.²⁶

Conclusão

Cabe afirmar que os problemas enfrentados pelo SUS hoje não estão centrados no seu modelo de gestão; ao contrário, a não viabilização dos meios materiais necessários à efetivação do modelo de gestão já assegurado na sua legislação – descentralizado, com uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços; com acesso uni-

versal e com integralidade da atenção à saúde; com financiamento tripartite; e com controle social – é que se constitui o problema a ser enfrentado. A Insuficiência de financiamento e a precarização do trabalho em saúde são também problemas a ser enfrentados. Os denominados novos modelos de gestão têm sido apresentados como a resolução dos problemas do SUS, ao restringe-se tudo à má gestão pública, apresentando-se como saída a sua terceirização para entidades de direito privado, que em nome de uma suposta modernização, autonomia e flexibilização, trariam uma maior eficiência aos serviços de saúde prestados.

O estudo desenvolvido constatou que os novos modelos de gestão, especialmente as OS, têm se constituído em uma forma de privatização do fundo público da saúde, dentro do preconizado pela contrarreforma do Estado. Também demonstrou, a partir da pesquisa documental, que os serviços públicos executados pelas OS, contrariamente ao que foi anunciado no programa de publicização, têm sido ineficientes, provocado maiores gastos estatais, convertendo-se em alvo de irregularidades apontadas pelos órgãos de controle interno do Estado, sobretudo no que diz respeito ao desvio do erário. Evidencia-se que os hospitais geridos por OS gastam mais que os hospitais administrados diretamente pelo setor público e recebem mais recursos.

Os novos modelos de gestão estão alinhados às contrarreformas do Estado brasileiro em curso, no contexto de financeirização do capital e de crescente apropriação privada do fundo público. Com a adoção destes modelos de gestão, o Estado repassa o fundo público para entidades privadas executarem serviços públicos, forma de consubstancializar a privatização progressiva da saúde, tomando um curso inverso ao historicamente defendido pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira: estatização progressiva da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. *Caderno MARE*, n. 13. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/CadernosMare/caderno13.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2011.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2011.

BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 4.ed. São Paulo: Cortez. 2011.

23 - MP/GO. 02 jul. 2013. Disponível em: http://www.mppo.mp.br/portal/arquivos/2013/07/02/18_14_45_714_ACP_IMPROBIDADE_ADMINISTRATIVA_SA%3%9ADE_ORGANIZA%3%87%3%95ES_SO-CIAIS_SERVIDORES.pdf. Acesso: 13 de mar. 2014.

24 - Criada em 2010, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde retoma como fonte unificadora de lutas, a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980: o combate à privatização da saúde, como a privatização via os novos modelos de gestão – OS, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – que promove a entrega de patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos para entidades privadas. Em relação às OS, a Frente desenvolvendo várias ações como: visita aos Ministros do STF, acompanhamento à votação da ADI 1.923/98 no STF, solicitação de resolução do Conselho Nacional de Saúde contra as OS, entre outras.

25 - Justiça manda Estado de Santa Catarina reasumir o SAMU, Sindsaude. 27 ago. 2013. Disponível em: <http://www.sindsaude.com.br/index.php/noticias/850-justica-manda-estado-reasumir-o-samu.html>. Acesso em: 28 de ago. 2013.

26 - Estado é proibido de transferir gestão, Associação Médica de Goiás. 15 de dez. 2012. Disponível em: <http://www.amg.org.br/amg/clipping.php?sc=18&id=213&pg=0>. Acesso em: 13 de junho de 2013.

CARTA CAPITAL. Tribunal disponibiliza estudo comparativo entre o gerenciamento da administração direta dos Hospitais Estaduais Paulistas e aqueles feitos pelas Organizações Sociais da Saúde, *Carta Capital*. Disponível em: <http://www4.tce.sp.gov.br/sites/default/files/2011-10-03-Carta_Capital.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2014.

CHESNAIS, F.A *Mundialização do Capital*. Trad. Silvana Finzi Foá. São Paulo: Xamã, 1996.

CORREIA, M.V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS?. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B (Org.) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.

_____. A Saúde no contexto da crise contemporânea do capital: O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. *Temporalis*. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. n.13, Recife, Ed. Universitária da UFPE, 2007.

_____. *O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais*. Recife, 2005. Tese (Doutorado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

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

FONTES, V. Público e privado na saúde: o SUS e a filantropia. In: *Revista POLI: saúde, educação e trabalho*. Ano IV – nº 20 - nov./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/EdicoesRevistaPoli/R22.pdf>>. Acesso em: nov. 2011.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B (Org.) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ, 2011.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. *Fundamentos básicos para atuação do MPF contra a terceirização da gestão dos serviços prestados nos estabelecimentos públicos de saúde*. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/pfdc/institucional/grupos-de-trabalho/saude/temas-trabalhados/financiamento-a-saude/atuacao-do-gt/Relatorio-Terceirizacao-GTSAude>>. Acesso em: 28 jun. 2010.

REZENDE, C. Modelos de gestão na saúde. In: BRAVO, M. I. S. et. al. (Org.) *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: Rede Sirius – ADUFRJ Ssind, 2008.

SALVADOR, E. Financiamento tributário da política social no pós-real. In: BEHRING, E. R. et al. (Orgs.) *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. *Fundo público e seguridade social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, G. S. da. Financeirização do Capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B (Org.) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius – ADUFRJ, 2011.

SOARES, R. C. A contrarreforma da política de as saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. Recife, 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.



PARTE 2

A SAÚDE NO RIO DE JANEIRO E OS IMPASSES DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS



CAPÍTULO 5:

SAÚDE, CIDADE E A LÓGICA DO CAPITAL: O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM QUESTÃO

Carolina Alves de Oliveira

E a cidade se apresenta centro das ambições
Para mendigos ou ricos e outras armações
Coletivos, automóveis, motos e metrô
Trabalhadores, patrões, policiais, camelôs
A cidade não para, a cidade só cresce
O de cima sobe e o de baixo desce

Chico Science

Introdução

O presente artigo tem como objeto central a análise das propostas apresentadas para a área da saúde, nos documentos de planejamento da administração do município do Rio de Janeiro, entre 2009 e 2013 – o Plano Estratégico 2009-2012 e o Plano de Governo 2013-2016.

Tal estudo contém relação intrínseca com o debate sobre o espaço urbano enquanto mercadoria e, conseqüentemente, com a discussão sobre a lógica do capital mundializado. Nesse sentido, em um primeiro momento, serão lançados alguns comentários sobre a cidade e a órbita do capital. Logo após, a fim de dar início ao debate sobre a saúde, realizar-se-á uma breve apresentação histórica sobre essa área no município do Rio de Janeiro. A seguir, serão expostos os documentos de planejamento da administração da cidade, bem como as avaliações a seu respeito.

O Rio de Janeiro e a lógica do capital

É certo que o município do Rio de Janeiro guarda uma importância política e econômica de grandes proporções. Tendo sido a capital do Brasil pelo período de 1763 a 1960, foi constituído em Estado da Guanabara, mesmo após sua substituição por Brasília, pelo período de quinze anos – 1960-1975. Hoje, como capital do estado do Rio de Janeiro, garante uma considerável infraestrutura de serviços públicos, ocupando a posição de segunda maior metrópole do Brasil. Principal rota turística da América Latina, o Rio de Janeiro é um dos mais importantes centros econômicos do País, representando o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil – 209.366.429 reais.¹

Semelhantes relevâncias, econômica e política, não poderiam deixar de estar situadas nas pretensões capitalistas em tempos de financeirização. Em um contexto de mundialização, onde o

grande capital busca apoderar-se de territórios que potencializem seu processo de acumulação capitalista, o antigo Estado da Guanabara parece ser um dos espaços privilegiados para esse fim.

Assim, o município do Rio de Janeiro faz parte de um processo de reestruturação urbana, a nível mundial que, de acordo com os estudos realizados por Sánchez (2001), vem se desenhando desde a década de 1990. Desse momento em diante, as cidades passariam a ser “vendidas” sob uma mesma diretriz: a produção global do espaço – fruto de um processo de mercantilização urbana, que atinge outro patamar com o desenvolvimento do capital global.

É nesse sentido que as formas de administração do município são afetadas. Através do que se denominou como Plano Estratégico, uma nova concepção de cidade começava a se desenhar.

Essa nova concepção, que hoje se faz mais aparente com a realização da Copa do Mundo de 2014 e dos Jogos Olímpicos de 2016, já se apresentava no plano estratégico de 1993 e 1994 – gestão do prefeito César Maia. De acordo com Vainer (2011, p. 3), o plano guardava as seguintes características:

No lugar do planejamento moderno, compreensivo, fortemente marcado por uma ação diretiva do Estado, expressa, entre outros elementos, nos zoneamentos e nos planos diretores, um planejamento competitivo, que se pretende flexível, amigável ao mercado (market friendly) e orientado pelo e para o mercado (market oriented) (VAINER, 2011, p. 3).

Assim, uma proposta de reestruturação urbana, submetida à lógica mercantil mundial, é apresentada, onde, o governo local, os atores hegemônicos do município (com interesses localizados) e os organismos multilaterais, integram uma ação combinada para tal fim.

A cidade, portanto, passa a se modelar às orientações dessa ação combinada, capitaneada por acordos internacionais, implementando o que é denominado de “novo consenso urbano”, através de

1 - Dados obtidos através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

uma falaciosa imagem de “cidade-modelo”. Conduzido pelo que se considera como planejamento competitivo, tal consenso está orientado pelo e para o mercado (VAINER, 2011; SÁNCHEZ, 2001).

Ante as sinalizações apontadas, não parece nada conflituoso afirmar que existe uma forte integração da cidade aos pressupostos da contrarreforma do Estado² e, conseqüentemente, ao modelo de sociedade social-liberal.³

À vista disso, voltado para uma ação, dita, mais dinâmica e moderna, o Estado passa a atuar de maneira a garantir a competitividade da cidade. A partir da premissa da ineficiência do Estado, é colocada em prática uma reforma gerencial, voltada para o controle dos resultados e à produtividade do serviço público. Dessa forma, transferem-se para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado e, para o setor público não-estatal, os serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, como a saúde. Esse é o movimento chamado de publicização, ou seja, transferência das responsabilidades, que antes eram designadas ao Estado, para a chamada “sociedade civil”.⁴

Seguindo-se, portanto, as recomendações dos organismos internacionais – em especial do Banco Mundial –, tem-se um duplo processo: a transferência de responsabilidades do Estado para organizações sociais, ou da sociedade civil e, por outro lado, a crescente mercantilização nas prestações das necessidades sociais (IAMAMOTO, 2009). Ou seja, o que se tem é uma priorização da lógica de mercado em detrimento da ótica dos direitos.

Nesse sentido, a cidade deve estar submetida ao movimento do mercado, exercendo o papel de uma verdadeira empresa. Segundo Vainer (2002), nesse novo modelo de cidade não cabe espaço de participação política.

A instauração da cidade-empresa constitui, em tudo e por tudo, uma negação radical da cidade enquanto espaço político – enquanto polis. Afinal, como lembrava Marx, na porta das empresas, dos laboratórios secretos da produção capitalista está escrito: “No admittance except on business”. Aqui não se elegem dirigentes, nem se discutem objetivos; tampouco há tempo e condições de refletir sobre valores, filosofia ou utopias. Na empresa reina o pragmatismo, o realismo, o sentido prático; e a produtividade é a única lei.” (Vainer, 2002, p. 91)

A cidade, segundo o autor, passa a ser tratada como um espaço livre de conflitos, onde as questões que se colocam em debate se resumem à ordem administrativa. Dessa forma, haveria apenas um interesse comum: a produtividade e competitividade urbanas, como se as diferentes formas de vida social, dadas através da divisão entre as classes sociais e suas condições de existência, fossem depuradas em uma única identidade sintética. A participação é estimulada, mas apenas em políticas e programas oficiais. Assim, a participação é legitimadora e não transformadora da realidade, uma participação

contemplativa, ligada à idéia de cidade-pátria, já que é necessário transmitir a imagem de uma atmosfera propícia aos negócios, segura e atrativa aos novos investimentos (SÁNCHEZ, 2001).

Observa-se que os cidadãos sentem-se partícipes e beneficiados por essas políticas; não obstante isso, assistem a um espetáculo de transformações para o qual são convidados para um lugar aparentemente preferencial, mas que resulta ser apenas uma parte do cenário (SÁNCHEZ, 2001, p. 42).

Esse é o discurso dominante a respeito do urbano, ou seja, a emergência de lugares comuns, mundializados. “Ao operar com imagens-síntese retira-se da cidade o que lhe é politicamente essencial: a multiplicidade enquanto coexistência e possibilidade de conflito, de exercício da política” (SÁNCHEZ, 2001, p. 37). Assim sendo, a atuação de espaços políticos organizados é relegada a um papel desnecessário, desordeiro e retrógrado, em contraposição a um pretenso projeto de modernidade.

Desse modo, a participação política passa a ser substituída pela figura carismática do prefeito, ou no caso do Rio de Janeiro, uma frustrada tentativa de construção de uma imagem de um líder.

Segundo Vainer (2011, p. 6), “as principais características do poder estratégico, simultaneamente conseqüências e condições da cidade-empresa, seriam a despolitização, o desaparecimento dos partidos e o poder carismático individualizado”. Em nome de uma propalada crise gerencial, lança-se mão de conteúdos autoritários e de figuras carismáticas, que centralizam as decisões, negligenciando os organismos participativos, potencializando, dessa forma, o consenso e descaracterizando o dissenso.

No caso do Rio de Janeiro, toda essa gama de intervenções, que objetivam práticas e idéias que potencializam uma proposta de cidade voltada para o mercado mundial, traz conseqüências à população. Utilizando-se dos megaeventos – Copa do Mundo e Olimpíadas – como justificativa para pôr em prática um projeto de cidade para a acumulação capitalista, o que se percebe, de fato, é a cada vez mais feroz e cruel perda de qualidade de vida de seus habitantes. O que de legado já se pode identificar, de acordo com o Comitê Popular Copa e Olimpíadas do Rio de Janeiro,⁵ é a expulsão velada da população de áreas pobres, agora valorizadas pela especulação imobiliária; o aumento do custo de vida; os despejos e as remoções forçadas das populações que vivem nas comunidades pobres, que estão entre a Prefeitura e seus novos empreendimentos, como: o Porto Maravilha, Transcarioca, obras no Maracanã, entre outros.

A saúde no município do Rio de Janeiro: considerações históricas

Conforme já foi pontuado anteriormente, o município do

2 - O termo contrarreforma é utilizado para caracterizar o retrocesso na garantia de direitos sociais, posto na década de 1990. O termo se contrapõe ao discurso preconizado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), onde as mudanças ocorridas nesse período se dariam enquanto reformas modernizadoras. A expressão “reforma” está historicamente ligada a mudanças redistributivas e civilizatórias. Dessa forma, analisa-se que o processo posto em prática pelo governo FHC (e por seus sucessores) segue o caminho inverso (BEHRING, 2008).

3 - Sob esse ideário, um Estado pequeno e forte deveria conter as seguintes tarefas: garantir a propriedade e os contratos, promover o bem-estar e os direitos sociais e realizar uma política industrial e de promoção das exportações (BEHRING, 2008).

4 - Aqui, o sentido de sociedade civil está reduzido a um espaço livre de conflitos, identificando-o com o conceito de “terceiro setor” e negligenciando os conflitos de classes. Um estudo detalhado sobre o conceito de terceiro setor, ligado ao de sociedade civil, pode ser encontrado em: MONTAÑO, C. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

5 - O Comitê Popular Copa e Olimpíadas do Rio de Janeiro é um espaço de articulação, resistência e organização de diversos movimentos sociais, instituições acadêmicas, ONG, lideranças populares, contra a construção do que eles denominam de “cidade de exceção”. Vale ressaltar que, apesar da valorosa intenção que esse termo carrega, a intenção de demonstrar o autoritarismo imperante na cidade do Rio de Janeiro, o presente artigo guarda certas críticas a ele, tendo em vista que, em toda a história do modo de produção burguês – em especial no caso brasileiro, tendo em vista as particularidades de seu modelo de desenvolvimento desigual e combinado, não-clássico, cercado de autoritarismos – na busca pela implementação dos imperativos do capital, a exceção sempre foi regra. No caso brasileiro, são evidentes os números vultuosos de Medidas Provisórias, a falta de respeito aos mecanismos de controle social, a repressão policial a movimentos sociais e à população etc.

Rio de Janeiro possui importância política e econômica consideráveis, que se manifestam na área da saúde. Com uma população estimada de 6.429.923 habitantes em 2013 e uma área de 1.200,278 km², o Rio de Janeiro possui, de acordo com informações coletadas no DATASUS (2009), 335 estabelecimentos públicos de saúde, com 2,2 leitos do SUS, por 1.000 habitantes e 2.374 estabelecimentos privados.⁶

Pode-se afirmar que sua condição de capital permitiu uma concentração médico-hospitalar de enormes proporções – a maior em um município –, contendo o número superior de hospitais federais não universitários do país, já que o Estado da Guanabara herdou toda a estrutura montada pelo Distrito Federal, antes de sua passagem para Brasília.

O estabelecimento de tal estrutura teve como principal fator motivador o movimento de fusão entre o Estado do Rio de Janeiro e o Estado da Guanabara, o qual criou a região metropolitana do Rio de Janeiro. Nesse contexto, houve uma reorganização dos equipamentos de saúde, mas que manteve as estruturas do extinto Estado da Guanabara.

A Secretaria de Saúde do novo Município do Rio de Janeiro, produto dessa fusão, não apresenta mudança significativa em sua organização, no modelo assistencial e na forma de financiamento das ações de saúde. A prestação de serviços de saúde se mantém auto-referida, sem articulação, organização e/ou qualquer mecanismo de relacionamento com as unidades e suas direções políticas das instâncias federal e estadual, localizadas no município. Pode-se concluir que, na verdade, ocorreu apenas mudança de status estadual (Guanabara) para municipal (Rio de Janeiro). A capacidade instalada própria que permaneceu no município, somada às unidades do estado, do Ministério da Saúde, no INPS e nos hospitais universitários, conferiu ao Município do Rio de Janeiro a maior estrutura própria pública de assistência médica do país, o que provocará repercussões futuras (PARADA, 2001, p. 35).

Isso se deu por conta da fragilidade do estado frente ao município, em uma conjuntura de redemocratização. O poder central buscava manter sua hegemonia, por meio do fortalecimento das ações municipais, já que diversos governadores de oposição, comprometidos com a reforma do sistema de saúde, foram eleitos no ano de 1982. Isso gerou uma dificuldade de articulação sistêmica entre o Estado e Governo Federal, que se manteve ao longo dos anos.

Contudo, a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS), o modelo organizacional se modificou. Iniciou-se, desde então, o desenvolvimento de um trabalho de integração interinstitucional. Criou-se a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CIMS) em 1983, onde a mesma dividiu o município em Áreas de Planejamento, desenvolvidas sob a ótica da descentralização.⁷ Para administrar tais áreas, foram criadas a Comissão Executiva de Área de Planejamento (CEAP) e o Grupo Executivo Local (GEL).

Contudo, apesar de tais iniciativas – que pareciam acompanhar o processo de mudanças que vinha se processando, na área da saúde, no cenário nacional –, o município do Rio de Janeiro não

aderiu ao SUDS até o ano de 1988, tendo como consequência a sua não descentralização, de fato. Manteve-se, assim, aquela relação distanciada com o Estado. As unidades hospitalares do estado e do Governo Federal não foram repassadas ao município, mantendo-se o nível de complexidade da assistência, sem articulação ou integração com as demais políticas das três esferas de governo.

Assim, o município seguiu uma lógica própria de regionalização. Apenas posteriormente participou de forma mais ativa das discussões sobre municipalização, abrindo-se à possibilidade de acolhimento das unidades estaduais e federais, postas em seu território (PARADA, 2001; BRAVO e MENEZES 2008).

O município do Rio de Janeiro manteve-se em linha independente, com o avanço da regionalização interna, porém sem disposição política para assumir o comando único no município sobre as unidades estaduais e federais, nele localizadas (PARADA, 2001, p. 69).

Somente no ano de 1996 o município municipalizou os PAM do ex INAMPS e iniciou uma gestão semi-plena. Em 1999, 28 hospitais, postos e maternidades foram municipalizados.

Vale ressaltar que, no início dos anos 1990, a saúde do Estado do Rio de Janeiro passava por uma crise, tendo sido decretado estado de calamidade pública, pelo então ministro da saúde Jamil Haddad. Medidas emergenciais foram tomadas, dentre elas a imediata instalação da executiva dos secretários municipais de saúde, da região metropolitana do Rio de Janeiro, para o estabelecimento de um plano de emergência, além da instalação do Conselho Municipal de Saúde, já em andamento anteriormente.

Nova crise se instaurou sob a gestão do Prefeito César Maia, em 2004, quando o mesmo anunciou a devolução ao governo federal das unidades municipalizadas em 1999.⁸ A crise foi tal, que o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro desabilitou o município da gestão plena, em 2005. Porém, no governo do Prefeito Eduardo Paes, a gestão plena foi devolvida.

Tal crise, de acordo com Mattos (2012), iniciou a discussão da implantação de novos modelos de gestão na saúde no município, tendo como principal proposta as Fundações Estatais de Direito Privado. Embora, já na gestão de Marcelo Alencar (1988-1992), tenha-se notado um giro conservador, tendo-se iniciado as privatizações no município e a entrada das cooperativas nos serviços de saúde, pode-se afirmar que, seguindo o movimento nacional, o município passa, a partir de então, a apropriar-se da lógica posta pelo Plano Diretor de Reforma do Estado. Segue, portanto, a discussão dos novos modelos de gestão para a saúde, os quais estão imbricados àquela necessidade do capital de valorizar-se, mercantilizando todas as esferas da vida social, entre elas, a cidade, a saúde e a própria vida.

É no governo do Prefeito Eduardo Paes que tal lógica ganha corpo e se consolida. Os planos estratégicos de governo – 2009-2012/2013-2016 – evidenciam essa proposta. Adiante será apresentado um exame dos mesmos, tendo como foco analítico as orientações para a área da saúde.

6 - Os estabelecimentos são: central de regulação de serviços de saúde; centro de atenção hemoterápica ou hematológica; centro de atenção psicossocial, centro de apoio à saúde da família; centro de parto normal, centro de saúde/unidade básica de saúde; clínica especializada/ambulatorio especializado; consultório isolado; cooperativa; farmácia de medicamento excepcional e programa farmácia popular; hospital-dia; hospital geral; hospital especializado; Laboratório Central de Saúde Pública; pronto socorro especializado; pronto socorro geral; policlínica; posto de saúde; secretaria de saúde; unidade mista; unidade de atenção à saúde indígena; unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia; unidade de vigilância em saúde; unidade móvel fluvial; unidade móvel pré hospitalar /urgência e emergência; unidade móvel terrestre.

7 - As áreas de planejamento se dividiram em número de cinco, ficando definidas como: AP 1 – Centro, Portuária, Rio Comprido, São Cristóvão, Paquetá e Santa Teresa; AP 2 – Norte: Tijuca e Vila Isabel; AP 3.1 – Ramos, Penha e Ilha do Governador; AP 3.2 – Méier e Engenho Novo; AP 3.3 – Irajá, Madureira e Anchieta; AP 4 – Jacarepaguá e Barra da Tijuca; AP 5 – Bangu, Campo Grande e Santa Cruz.

8 - No ano de 2005, o Supremo Tribunal Federal decidiu pela devolução de dois hospitais municipais (Miguel Couto e Souza Aguiar) à gestão da prefeitura e, no mesmo ano, em um acordo firmado entre a prefeitura e o Ministério da Saúde, esse último assumiu quatro unidades (Lagoa, Ipanema, Andaraí e Cardoso Fontes) e a prefeitura se comprometeu com a expansão da estratégia de Saúde da Família e com o apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (BRAVO & MENEZES, 2008).

Os planos estratégicos do governo Eduardo Paes e a saúde

I. Considerações gerais

Conforme já foi pontuado anteriormente, a concepção de cidade-mercado já se fazia presente desde o mandato do ex-prefeito César Maia. Porém, tendo em vista que sua implementação se deu de forma mais efetiva com as gestões do atual prefeito da cidade, o presente artigo vai se limitar ao exame dos planos estratégicos elaborados para suas gestões e às ações propostas para área da saúde.

2. Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro: 2009-2012⁹

Já de início, é possível identificar a orientação que direciona toda a extensão do documento: a necessidade de um Rio de Janeiro mais integrado, competitivo e modernizado, para a recuperação de seu dinamismo econômico e protagonismo político. Esse não se constitui em apenas um discurso vazio e desprezioso, ele faz parte de um projeto de cidade, tal qual foi referido anteriormente – um modelo de cidade que tem nos megaeventos a justificativa de integração orgânica aos ditames impostos pelo capital global, mundializado e financeirizado. O trecho a seguir deixa tais objetivos claros aos olhares mais atentos: “A Prefeitura não pretende apenas orientar e tomar decisões sobre políticas públicas, quer também recuperar seu papel de pensar a cidade, influenciando investimentos e inspirando empresas e pessoas a pensar como agente de mudança.” (RIO DE JANEIRO, 2009, p. 9).

E pensar a cidade não significa, apenas, apresentar propostas para quatro anos de mandato, mas estabelecer metas a longo prazo – conforme o próprio plano aponta – que propiciem a participação do capital – e não da população – enquanto agente de mudanças. Alguns programas propostos demonstram, de forma muito clara, os pressupostos dessa nova maneira de administrar a cidade. O Programa “Rio Ambiente de Negócios é um exemplo: “O programa Rio Ambiente de Negócios consiste em implantar um conjunto de ações e projetos para tornar o Rio o melhor ambiente de negócios no Brasil, bem como promover a cidade para a atração de novos investimentos” (RIO DE JANEIRO, 2009, p. 75).

Além deste, ainda é possível citar o Programa “Rio Capital da Energia”, que vê no desenvolvimento da indústria energética a possibilidade da criação de condições favoráveis para a atração de novos empreendimentos, como as *road shows* com empresas e reurbanização do parque da UFRJ.

Não é necessário, pois, muito esforço para compreender que aquela proposta de reestruturação urbana, própria de um modelo de cidade-mercado, para fins de atratividade para o capital e de busca do lucro, é fator primordial nas atenções do poder público municipal. Entretanto, o objetivo do lucro é incompatível com os interesses da população. Exemplo disso é o fato de que, o panorama traçado pelo plano é manifestamente construído através das parcerias público/privadas, efetivadas através da negligência e desrespeito aos meca-

nismos de controle social.¹⁰ No plano, a participação social se limita a ações individualizadas, nas quais os movimentos sociais, partidos políticos e sindicatos não são bem-vindos. O seguinte trecho trata da participação social na elaboração do documento em questão:

[...] fomos ouvir empresários, jornalistas, líderes de organizações sociais, intelectuais, artistas, políticos e cidadãos comuns. Realizamos mais de cinquenta entrevistas individuais com formadores de opinião; ouvimos cidadãos comuns de diversas áreas da cidade através de grupos de discussão (grupos focais); e promovemos *workshops* com técnicos e gestores da Prefeitura (RIO DE JANEIRO, 2009, p. 11).

Percebe-se aqui, um discurso de valorização do diálogo, onde a prefeitura se mostra atenta a propostas vindas de segmentos da população, assim como de empresários, como se não existissem conflitos de interesses. Todos estariam mobilizados pelo mesmo objetivo: a modernização para a recuperação do dinamismo econômico, do protagonismo político e da melhoria das condições de vida da população, tudo isso sob práticas sustentáveis. A valorização da cidade, portanto, estaria acima dos embates de classe. No entanto, causa curiosidade o fato de a participação de organizações se limitar a entrevistas com líderes, sem que fique claro que tipo de organizações são essas. Parece que aquela noção de “sociedade civil livre de conflitos” é corroborada por esse tipo de prática.

Os técnicos da prefeitura, portanto, ouvem a todas as demandas atentamente e buscam conciliar interesses de empresários, intelectuais, líderes de organizações sociais – as quais não deixam claros os interesses que defendem – artistas, políticos, cidadãos comuns, todos, logicamente, sob o esforço do bem comum, o qual se expressa neste plano. Seria simples, se por trás dele não existisse algo mais complexo: a luta de classes.

Sabe-se que não é possível harmonizar interesses antagônicos estruturalmente construídos. Seria no mínimo ingênuo, crer em um Estado que homogeneiza tais embates.

Além disso, a defesa de ideias como: igualdade de oportunidades e equidade, no plano, dão uma boa pista de que a estrutura social deve ser mantida, enquanto o Estado garante o mínimo necessário para que cada sujeito busque os meios de suprir sua existência. Os objetivos de busca pela redução dos níveis de pobreza e indigência, apenas visam assegurar ganhos estatísticos, sem tocar naquilo que as engendra.

Assim, o planejamento em questão obscurece o fato de que, a saga em busca de cada vez maior acumulação de capital, à custa do trabalhador, resulta em uma pobreza crônica, própria das relações sociais, que se dão no modo de produção vigente.

Dessa forma, parece que a proposta de fortalecimento da cidade está diretamente associada ao fortalecimento do capital. A soberania na utilização dos recursos municipais é substituída pela completa submissão à lógica da acumulação, onde a melhoria das condições de vida da população seria uma consequência deste novo modelo de cidade, voltado para o mercado.

2. A Saúde nesse Processo

Conforme já foi sinalizado anteriormente, o projeto de cidade posto faz parte de um contexto mais geral de financeirização

9 - Nesta fase da exposição pretende-se, apenas, pontuar o sentido ideológico do plano, para que o subitem posterior possa aprofundar as investigações a respeito da saúde. Ideologia é aqui compreendida sob a percepção de Gramsci, onde a mesma seria definida enquanto uma concepção de mundo, ela mesma articulada a uma ética correspondente. Seria algo que transcende o conhecimento, ligando-se diretamente com uma ação voltada para influir no comportamento dos homens. (COUTINHO, 2007).

10 - Tem-se observado, não apenas em nível local, mas também a nível nacional, o constante desrespeito e negligência aos organismos institucionalizados de participação social, como os conselhos e conferências. Houve um caso recente, onde a Prefeitura do Rio de Janeiro lançou a proposta de criação de uma empresa para a saúde, denominada de Rio Saúde, a qual teria como pressuposto gerir os serviços de saúde do município. A proposta foi levada para a Câmara dos Vereadores para ser votada, antes mesmo de ser posta em pauta no Conselho Municipal de Saúde.

e mundialização do capital. Diretamente imbricado a esse cenário, encontra-se o ideário neoliberal, que propõe uma reestruturação dos papéis do Estado, em uma caça à retomada das taxas de lucro dos anos de ouro. Esse processo provoca uma disputa pelo fundo público, o qual passa a servir às necessidades do capital. Assim sendo, as necessidades sociais, tais como a política de saúde, sofrem com a submissão aos ditames do mercado.

No caso específico do Rio de Janeiro, a política de saúde não foge a esse processo. Tida como uma das prioridades da gestão do governo de Eduardo Paes, a saúde se lança como um dos elementos chave para a “modernização da administração”.

De acordo com as análises colocadas no Plano, a gestão de recursos humanos, até então, seria inadequada, com profissionais mal remunerados, mal treinados e mal avaliados. Além disso, haveria uma ineficiente captação de recursos federais; uma central de regulação sem efetividade; precária infraestrutura dos serviços da rede; falta de integração do sistema com as redes estadual, federal e de outros municípios e histórico de desequilíbrio geográfico e funcional na oferta de recursos.

Ainda segundo o plano, o município do Rio de Janeiro sofria de baixa capacidade de investimento. De acordo com o documento, não há uma cultura de gestão de custos ou de projetos enraizada na Prefeitura. O excesso de gastos com pessoal e o isolamento político (com outras esferas de governo e o setor privado) das últimas administrações comprometeram fortemente a capacidade de investimento da Prefeitura. Soma-se a isso, o custo extremamente elevado da dívida municipal e a incapacidade da Prefeitura de tomar novos empréstimos.

Sendo assim, para aumentar a capacidade de investimento, a gestão em questão lança mão do ajuste fiscal, ou seja, do aumento de receitas com redução de despesas. A saída estaria nas parcerias com o setor privado e com outras esferas do governo. Além disso, outra solução seria o aperfeiçoamento dos processos de contratação da Prefeitura, com foco na redução de custos e no suposto aumento da transparência.

Portanto, para superar tais problemas, um novo modelo de gestão de recursos humanos deveria ser implementado. Desse modo, as organizações sociais¹¹ vêm sendo o principal instrumento para tal fim. Dessa forma, há uma entrega de serviços públicos à administração privada, sob o discurso de ineficiência do modelo burocrático e fechado do Estado, até então.

Além do discurso da ineficiência do Estado para a gestão pública, soma-se aos argumentos da Prefeitura a possibilidade do fim dos contratos precários, realizados com Organizações Não Governamentais (ONG), cooperativas e associações, onde a sua substituição pelos contratos com as OS permitiria maior fiscalização (MATOS, 2012). Porém, o que tem se percebido é a permanência de diversos tipos de contratos nos serviços, com profissionais atuando sob diferentes condições e regimes de trabalho, em um mesmo ambiente.

A Lei de Responsabilidade Fiscal – a qual limita o gasto da receita corrente líquida com pessoal a no máximo 60% – é a principal justificativa de impedimento à contratação de pessoal. Contudo, de acordo com o orçamento da saúde do município, o limite da Lei não está sendo sequer alcançado. Tendo como referência o orçamento detalhado da saúde no município, o gasto com pessoal em 2013 esteve no valor de R\$1.269.982.942, 23% do orçamento. Há,

ainda, outro fator com relação ao orçamento que deve ser pontuado. Enquanto que, em 2010, a verba destinada às organizações sociais estava no valor de R\$ 125 milhões, em 2013, o valor destinado a esse modelo de gestão foi R\$ 1.436.753.152, 31% da estimativa. O quadro I apresenta o orçamento detalhado da saúde no município do Rio de Janeiro.

Quadro I – Destinação do Orçamento da Saúde no Município do Rio de Janeiro

	2009	2010	2011	2012	2013	Varição 2012 2013
Pessoal	1.146.416.000	1.311.531.200	1.145.898.102	1.326.012.562	1.269.982.942	-4,23%
Custeio	885.722.499	1.027.377.222	1.711.868.463	2.544.474.276	3.186.571.671	25,23%
Investimento	28.504.060	117.048.592	138.152.694	141.875.027	146.759.467	3,44%
Total	2.060.642.559	2.455.957.014	2.995.919.259	4.012.361.865	4.603.314.000	14,73%

OSs dentro de "Custeio"	Não existem	125.000.000	636.000.000	1.055.000.000	1.436.753.152	36%
-------------------------	-------------	-------------	-------------	---------------	---------------	-----

Fonte: Pinheiro, 2014.

Além disso, é importante sinalizar que, quando há realização de concurso público, o mesmo se dá sob condições extremamente insatisfatórias, constituindo-se enquanto uma chantagem indireta aos profissionais, no sentido de desestimulá-los ao serviço público, obrigando-os, de certa forma, a “optar” pelo contrato no setor privado.

Um exemplo disso foi a realização de um concurso público, em 2011, para a contratação de 1.700 médicos e 880 auxiliares de enfermagem. A remuneração máxima era de R\$1.504,86 para o cargo de médico, enquanto que, no mesmo ano, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil celebrou contrato com OS atuantes na capital fluminense, contratando 80 médicos para as Clínicas da Família, além de formação de cadastro de reserva, com vencimentos podendo chegar a R\$15 mil (salário-base de R\$7.500, mais gratificações específicas), para carga horária de 40 horas semanais. A contratação foi realizada via análise curricular e entrevista, sem aplicação de provas. Ou seja, fica evidente que a contratação de servidores públicos, feita através de concurso público, sob o Regime Jurídico Único, com estabilidade de emprego e maiores garantias de direitos, não tem sido valorizada.

Passando para a análise objetiva dos pontos que compõem as estratégias postas no Plano para a área da saúde, tem-se: Programa Saúde Presente (TEIAS), reestruturação do atendimento de emergência, Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI) e criação de UPA (Unidades de Pronto Atendimento).

No que diz respeito ao primeiro, o Plano afirma que o mesmo consiste na:

[...] implantação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, tendo como eixo fundamental para sua organização a expansão do Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, através da implantação das Clínicas da Família, nas quais cada equipe de saúde da família será responsável pelo cuidado em saúde de 4 mil pessoas. Além das Clínicas da Família, os territórios oferecerão serviços de Policlínica, Centro de Especialidade Odontológica e Centro de Atenção Psicossocial (RIO DE JANEIRO, 2009, p. 35).

11 - A Lei municipal das OS – 5.026/2009 – tem como áreas de atuação a saúde, o ensino, a pesquisa científica, o desenvolvimento tecnológico, a preservação e a proteção do meio ambiente, a cultura e o esporte. Há um documento que apresenta inúmeras denúncias relacionadas a organizações sociais de todo o Brasil, denominado: CONTRA FATOS NÃO HÁ ARGUMENTOS QUE SUSTENTEM AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO BRASIL. Cadernos de Saúde. Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade, Rio de Janeiro, set. 2011. Edição Especial.

Estimou-se aumentar em 35% a cobertura do programa Saúde da Família, em 2012, com atendimentos de melhor qualidade e mais próximos dos cidadãos. Como indicadores de desempenho apresentaram-se: cobertura do Programa Saúde da Família (%); número de atendimentos do Programa; número de usuários atendidos ambulatorialmente fora do território; fluxo de pacientes nas emergências do município (indicador comum com o Programa das UPA) e número de pronto atendimentos no território. As metas a serem alcançadas eram: redução do índice de mortalidade infantil, em pelo menos 11% até 2012, tendo como referência o ano de 2008 e redução da mortalidade materna em pelo menos 19% até 2012, tendo como referência o ano de 2007.

De fato, a ampliação da cobertura do atendimento foi uma promessa cumprida. De acordo com reportagem do Jornal “O Globo”, de 23 de setembro de 2012, foram criados, de 2009 a 2012, 60 consultórios de Saúde da Família, em três turnos. Porém, a qualidade dos serviços é algo duvidoso. Com indicadores de desempenho que se limitam a frações numéricas, não há muita clareza se a qualidade anunciada é de fato prestada.

Além disso, de acordo com estudos realizados pelo Grupo Gestão Democrática na Saúde, da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (em fase de elaboração), todas as Clínicas da Família do município são geridas por organizações sociais contratadas. Desses contratos, foram identificadas, pelo Tribunal de Contas do Município, diversas fraudes, inclusive denunciando a prática de sobrepreços, como é o caso do Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) – organização que mais tem recebido recursos da prefeitura.¹²

Sobre o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), o plano afirma que:

Este programa se subdivide em dois projetos: o de desospitalização que transfere pacientes dos hospitais de emergência para outros locais; e o de atendimento domiciliar que trata dos pacientes com doenças crônicas passíveis de recuperação funcional e autonomia. O atendimento residencial traz três benefícios, entre outros: (I) facilita a recuperação devido a participação efetiva da família; (II) reduz o tempo médio de internação hospitalar e; (III) libera leito para outros pacientes. A primeira fase do projeto contará com seis equipes, que contam com as seguintes categorias profissionais: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, assistente social e técnico de enfermagem. As equipes deverão contar com veículos de suporte. Cada equipe irá realizar 12 atendimentos por dia (RIO DE JANEIRO, 2009, p. 38).

Os indicadores de desempenho são: número de equipes implantadas; número médio de atendimentos por equipe/dia; tempo médio de permanência dos idosos nas unidades atendidas pelo PADI.

De acordo com informações coletadas do Jornal “O Globo”, de 23 de setembro de 2012, foram criadas 63 equipes do PADI e 12 centros de convivência para idosos, sendo que oito encontravam-se em obras, prometidos para ficarem prontos até o final de 2012. A

gestão do programa também se dá via organizações sociais.

Novamente atenta-se para o fato de que, o número de atendimentos ou de equipes implantadas, por si só, não se constituem enquanto elementos suficientes para indicar a qualidade dos serviços. Ademais, o indicador de tempo de permanência dos idosos nas unidades atendidas pelo PADI, pode, inclusive, se configurar enquanto fator contrário às necessidades do usuário, já que, uma perspectiva que pressupõe como meta inicial a alta do paciente, parece não ter como prioridade a sua recuperação.

No que diz respeito à reestruturação do atendimento de emergência, de acordo com a descrição do plano:

Este programa consiste na criação de um Plano de Excelência para a urgência e emergência nos hospitais Miguel Couto, Souza Aguiar, Lourenço Jorge e Salgado Filho, por meio de acolhimento e classificação de risco. As principais iniciativas são: (I) redesenho de processos para melhoria de atendimento e operacionalização; (II) implantação de novas políticas de gestão de RH; (III) implantação de política de humanização; (IV) melhoria dos sistemas de informação; e (V) contratação de médicos pesquisadores (convênio Fio-cruz) (RIO DE JANEIRO, 2009, p. 37).

O Plano também propõe a criação de 20 Unidades de Pronto Atendimento (UPA).¹³

De acordo com informações coletadas no site da Secretaria Municipal de Saúde, as UPA são estruturas de complexidade intermediária, postas entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgências hospitalares. Integrantes do componente pré-hospitalar fixo, prestam atendimentos de baixa e média complexidades, vinte e quatro horas por dia. Tais unidades trabalham através da classificação de risco, ou seja, com a avaliação dos pacientes, com prioridade aos atendimentos de urgência. Seu principal objetivo é concentrar o atendimento aos pacientes menos graves e em alguns de maior gravidade, para que os hospitais possam se dedicar às situações de maior risco de morte.

A primeira UPA municipal foi construída no ano de 2009 e, em maio de 2012, o município já contava com 12 unidades. Hoje, são 14 Unidades de Pronto Atendimento funcionando no município¹⁴.

É sabido que as UPA, em contraposição aos pressupostos colocados no SUS, fortalecem o modelo hospitalocêntrico e médico curativo. Além disso, estudos demonstram a falta de resolutividade nas ações desenvolvidas nas unidades em questão, onde os serviços de baixa classificação de risco acabam não sendo realizados, pela demora no atendimento; a assistência de 24 horas por dia fica comprometida pelas dificuldades de troca de plantão, onde há relatos de fechamento de unidades, por falta de médicos; há recusa de atendimentos, por conta da grande fila de espera; classificações de risco que não condizem com as reais condições dos usuários, que procuram o serviço; encaminhamentos que não correspondem ao critério de regionalização do SUS; não há articulação com os demais serviços e níveis de complexidade, onde as ações de referência e contrarreferência estão subordinadas a uma central de regulação de vagas ineficiente, que só tem servido para eliminar tensões, já que

12 - Segundo o Relatório, o IABAS gerencia quinze unidades no âmbito da CAP 5.1 e terceiriza seus serviços sem qualquer processo seletivo na escolha de seus prestadores e/ou fornecedores [...] Houve sobrepreço em todos os serviços realizados por essa empresa, tais como: 71% nos serviços de portaria; 62% no serviço noturno, afirmando os técnicos a existência de um dispêndio maior do Tesouro Municipal, que em apenas um mês seria de R\$ 89.117,00 e em doze meses esse sobrepreço alcançaria a cifra de R\$ 1.060.404,00” (DARLAN apud MATTOS, 2012, p. 73). De acordo com reportagem do jornal O Globo, em 06 de abril de 2012, o TCM apurou que o IABAS recebeu do município mais de R\$ 2 milhões para pagar serviços que não estavam previstos em contrato, tendo anexado cópias de notas fiscais repetidas nas prestações de contas. A OS teria, ainda, contratado uma empresa de consultoria, Anstafi Serviços Econômicos e Financeiros, que recebeu R\$ 835 mil, despesa também não prevista em contrato. Tal empresa tinha como sócio André Staffa Filho, que à época era um dos diretores do IABAS (apud MATTOS, 2012).

13 - As UPAs fazem parte da Política Nacional de Atenção às Urgências – Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.

14 - As Unidades de Pronto Atendimento estão implantadas nas seguintes localidades: Rocinha, Alemão, Manguinhos, Engenho de Dentro, Madureira, Costa Barros, Rocha Miranda, Cidade de Deus, Vila Kennedy, Senador Camará, Magalhães Bastos, Sepetiba, Santa Cruz e Paciência

as filas passam de presenciais a virtuais; insuficiência de profissionais, com falta de pediatras e dentistas; dificuldades de encaminhamentos para internações em unidades hospitalares, onde, por inúmeras vezes, os usuários necessitam de apoio judicial para conseguirem uma vaga em algum leito da cidade; falta de ambulâncias e de equipamentos hospitalares.¹³

Diante disso, é perceptível que os serviços prestados nas UPA não correspondem ao que sua implementação se propôs, já que não é possível perceber o propalado “desafogamento” dos hospitais de emergência. Ademais, elas seguem sendo submetidas à gestão das OS que, conforme já foi pontuado, apresentam diversos problemas. Sendo assim, admitem-se as sinalizações de Mattos (2012, p. 110-111):

O que ocorre, na verdade, é uma superestimação das possibilidades da UPA. O discurso recorrente é de que é uma unidade capaz de desafogar as grandes emergências e ainda atender as demandas de baixa complexidade. Ou seja, esta unidade, por si só, responderia a todos os problemas de superlotação e de falta de acesso que hoje assolam a saúde. É esse o discurso que justifica a sua expansão generalizada e que vai de encontro aos preceitos do SUS que valorizam e priorizam as ações de promoção e prevenção de saúde. Estamos claramente diante de uma política que valoriza o modelo médico hospitalocêntrico, centrado na doença, que tem por objetivo atender aos interesses lucrativos das indústrias de medicamentos, de insumos e equipamentos biomédicos – é esse o real motivo para a existência das UPA.

Ainda sobre a reestruturação dos atendimentos de emergência, cabe pontuar que, no final de 2011, houve tentativa de repasse da gestão dos hospitais municipais de emergência para organizações sociais, no sentido de colocar em prática, em mais esse espaço, a implantação da nova política de gestão de recursos humanos. Porém, a organização dos movimentos sociais que atuam na saúde não permitiu que isto acontecesse. Contudo, a prefeitura criou manobras que possibilitaram a entrada destas entidades naqueles espaços.

A Lei das Organizações Sociais afirma que seus contratos devem ser firmados apenas para unidades recém-criadas, mas a prefeitura viu nas Coordenações de Emergências Regionais (CER) – popularmente chamadas de puxadinhos dos hospitais – uma saída para este impasse. Anexos aos hospitais da rede, as CER foram criadas para acolher pacientes sem risco de morte iminente.

Segundo informações do site da Secretaria Municipal de Saúde, as CER funcionam 24 horas por dia e são instaladas ao lado de um grande hospital de emergência, absorvendo o atendimento dos casos de menor complexidade, a fim de deixar a unidade hospitalar liberada para se dedicar aos casos de traumas e cirúrgicos, o que seria sua real vocação.

Tais unidades realizam acolhimento e assistência aos pacientes com necessidades de pronto atendimento clínico, referenciando-os, se for o caso, para a rede básica de atenção à saúde, para a rede especializada ou para internação, de acordo com a necessidade.

No entanto, ao que parece, as CER guardam os mesmos objetivos das UPA, não sendo, portanto, de fácil compreensão a necessidade de implantação de mais de um serviço, com as mesmas finalidades. Ainda parece questionável o fato de, apesar de ocuparem o mesmo espaço físico dos hospitais de emergência, possuírem orçamento próprio e serem geridas por OS.

De acordo com nota publicada no jornal “O Globo”, no dia

17 de outubro de 2012, as CER foram questionadas na Justiça, pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), o qual flagrou sua prática em unidades tradicionais, como os hospitais Lourenço Jorge, Miguel Couto, Salgado Filho e Souza Aguiar, além dos postos de assistência médica (PAM) Irajá e Del Castilho.

Foi constatada a existência de duas Coordenações de Emergência Regionais (CER), estrategicamente instaladas em anexo aos hospitais municipais Souza Aguiar e Miguel Couto. A referida coordenação foi criada para ser administrada por organizações sociais, no entanto, não constituem unidades de saúde novas e autônomas, estão interligadas aos hospitais municipais, caracterizando descumprimento da ordem judicial exarada no presente processo, informou a petição do Cremerj enviada à Justiça (O GLOBO, 2012) (grifos originais).

Seguem adiante as análises do Plano de Governo do então candidato a prefeito, Eduardo Paes, para a gestão que vai de 2013 a 2016.

3. Plano de governo de Eduardo Paes de 2013-2016: somos um Rio

3.1 Considerações gerais

A princípio, deve-se informar que, não será possível a realização de uma análise sobre todos os aspectos do Plano, já que sua implementação encontra-se em andamento. Porém, ainda que de maneira preliminar, é importante apresentar seus principais pontos.

Esse documento foi desenvolvido através da experiência de administração do último mandato, onde, no período de referência, foi implementado um novo modelo de gestão da administração municipal. De acordo com o plano, tal modelo teve como foco instrumentos de planejamento e rigoroso acompanhamento de metas, sustentado sob forte disciplina de execução e meritocracia.

O esforço na garantia de atratividade do capital é mantido como principal meio para a conquista de um posicionamento de liderança da cidade – uma visão que, segundo o próprio plano, vai orientar o governo até 2030.

Através do projeto “Rio Ambiente de Negócios”, tais objetivos se encontram expostos de maneira muito óbvia. Nele, o Rio de Janeiro está projetado como uma referência nacional na excelência do ambiente de negócios, com destacada liderança de atração e manutenção de investimentos produtivos e com a formação de um ambiente altamente competitivo. Está claramente orientado pelos ditames do Banco Mundial, conforme é possível constatar na citação abaixo.

O projeto Rio Ambiente de Negócios consiste na implementação das seguintes atividades: (I) Monitoramento do ambiente de negócios da cidade (classificação do Rio no índice Doing Business (Banco Mundial)); (II) Desburocratização e eficiência operacional dos processos de negócios, com prioridade aos processos mais relevantes para a qualidade dos serviços prestados às empresas cariocas e indicadores acompanhados pela avaliação “Doing Business” (Banco Mundial). Ex.: licenciamento ambiental, territorial,

13 - Um estudo detalhado sobre as dificuldades encontradas nas UPA municipais pode ser encontrado em: MATTOS, V. A. de. Serviço Social: cotidiano profissional nas unidades de pronto atendimento geridas por organizações sociais no município do Rio de Janeiro. 2012. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

fiscal, revisão de zoneamento etc.; (III) Alvara Já: Integrar os diversos órgãos que compõem o processo de licenciamento das atividades econômicas ampliando o sistema online atual (SILFAE-Alvará Já) de forma a facilitar a concessão dos alvarás. Sistematizar a fiscalização de todos os alvarás existentes na cidade e cadastrados no SINAÉ (Sistema de Informações de Atividades Econômicas) e a identificação de novos contribuintes. Ampliação do escopo para todos os alvarás e licenças feitas pela Prefeitura serem realizadas por meio eletrônico (PLANO DE GOVERNO: 2013-2016. SOMOS UM RIO. PREFEITO EDUARDO PAES. 15).

O campo político permanece não abarcando a participação social nas decisões do governo. O controle social sequer é citado. Entretanto, aponta-se a cidade como um dos principais centros políticos e culturais do cenário global, tendo em vista sua escolha como sede de eventos como as Olimpíadas e a Rio Mais 20, seu reconhecimento enquanto referência nacional em gestão pública de alto desempenho, sua produção cultural e seu destaque no respeito à diversidade humana.

Ainda no campo dos principais objetivos tem-se: a garantia de igualdade de oportunidades aos jovens e crianças cariocas e redução dos indicadores de pobreza. Notem que questões estruturais permanecem não sendo sinalizadas – conforme já foi visto, a redução de indicadores de pobreza não interfere na geração da mesma, bem como a igualdade de oportunidades não carrega o mesmo significado da igualdade econômica.

3.2 - A Saúde nesse Processo

As principais propostas para a área da saúde são:

- garantir atendimento preventivo de saúde a toda população que precisa, construindo mais 62 Clínicas da Família e reformando 54 unidades.
- atingir 70% de cobertura do PADI (Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso), chegando a 46 equipes.
- reduzir o tempo de espera para consultas médicas nos hospitais da prefeitura, contratando mais dois mil médicos.
- reduzir em pelo menos 25% o tempo de espera nas emergências municipais (CER – Coordenação de Emergência Regional), tendo como referência o ano de 2011.
- garantir que não haja pacientes em leitos não cadastrados em nenhuma das unidades da rede hospitalar municipal.
- atingir a mortalidade infantil inferior a 10 por 1.000 nascidos vivos. Attingir a mortalidade materna inferior a 41 por 100.000 nascidos vivos.

Note que, já no primeiro item, o princípio da universalidade é desrespeitado, onde o atendimento preventivo é apresentado como uma ação voltada apenas para aqueles que dela necessitam. Diante disso, pergunta-se: De quais critérios a prefeitura se utiliza para eleger aqueles que necessitam de ações preventivas? Essa seria mais uma ação de caráter focalizado na população mais pobre, que fortalece a lógica da universalização excludente, na qual os serviços privados seriam direcionados àqueles que possuem poder aquisitivo para bancá-los e os serviços públicos para aqueles que não podem suprir suas necessidades de saúde nos serviços particulares? Atentem para o fato de que, as ações do Programa Saúde da Família estão, quase que em sua totalidade, localizadas em áreas onde residem a população com menor poder aquisitivo, como o subúrbio e baixada fluminense.

No que diz respeito às metas, as mesmas mantêm-se no limite dos dados quantitativos, sem atentar para a qualidade de tra-

balho dos profissionais ou do atendimento. Embora este plano cite os termos qualidade e satisfação dos usuários dos serviços, não os qualifica, ficando estes submetidos às metas postas pelo documento. São elas:

- atingir mortalidade infantil inferior a 10 por 1.000 nascidos vivos até 2016.
- atingir mortalidade materna inferior a 41 por 100.000 nascidos vivos até 2016.
- reduzir em pelo menos 25% até 2016 o tempo de espera nas emergências municipais CER, tendo como referência o ano de 2011.
- atingir 70% de cobertura do Programa Saúde da Família no município até 2016.
- atingir o tempo adequado de espera para 90% das consultas médicas eletivas, por tipo de consulta, até 2016, tendo como referência o ano de 2012.
- garantir que até 2016 não haja pacientes em leitos não cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), em nenhuma das unidades da rede hospitalar municipal, tendo como referência o ano de 2011.

As metas também são características fortes na rotina de trabalho dos profissionais de saúde. De fato, aquele modelo chamado “burocrático e ineficiente” do Estado, foi substituído. O “novo” modelo de gestão das Organizações Sociais está sendo implementado a todo vapor, onde um rigoroso acompanhamento de metas é imposto aos seus profissionais. Metas meramente quantitativas, implantadas sob critérios produtivistas de avaliação, se sobrepõem ao desenvolvimento de análises de caráter qualitativo. Quantidades de procedimentos e de atendimentos executados são cobrados dos profissionais, sem a preocupação com a qualidade dos serviços prestados. Em qualquer Clínica da Família, no consultório médico, encontra-se à mostra um quadro, contendo uma planilha de controle dos atendimentos, das visitas e dos procedimentos feitos pela equipe. Os nomes e fotos dos profissionais estão estampados, demonstrando o quanto suas metas foram alcançadas e o que falta para tal alcance ser conquistado. Porém, não é percebido nenhum mecanismo de avaliação qualitativo.

Obviamente, não é pretensão do presente artigo descaracterizar a importância de dados quantitativos, mas eles devem estar acompanhados com a preocupação da qualidade dos serviços prestados e não apenas com a exposição de números e dos profissionais, que por si mesmos, nada indicam.

Todo esse processo leva a um aprofundamento da vigilância e controle do trabalhador. Um fato noticiado pelo Jornal Extra, de 15 de julho de 2012, é um emblemático exemplo disso. A notícia afirma que, na UPA de Mesquita, os médicos eram monitorados por chips implantados em seus jalecos. Ainda, em setembro de 2012, câmeras foram instaladas na emergência do Hospital Geral Lourenço Jorge, na Barra da Tijuca, a fim de controlar o trabalho dos servidores.

Ademais, no Plano também são citadas as ações do governo, como a ampliação da rede de assistência básica e a necessidade de seu aperfeiçoamento. Mas, a forma de gestão dos serviços é omitida. Os Programas implementados pela gestão anterior – Saúde Presente, PADI, Reestruturação do Atendimento de Emergências – são citados como grandes avanços. Porém, os problemas sinalizados anteriormente, não são tocados, pelo contrário, são tratados como inovações importantes para o alcance de uma gestão moderna e eficaz. Esse é o caso da busca pela produtividade, a todo tempo citada.

Há, claramente, uma priorização do setor privado em todas as áreas citadas pelo documento e a saúde não foge a esse princípio. A expansão das áreas de saneamento – que, apesar de não estar

posta no item da saúde, tem ligação direta com a questão –, por exemplo, se deu através das parcerias público-privadas, onde concessionárias e a Prefeitura atuam em conjunto. Segue trecho que evidencia essa situação:

Após um longo período de carência de investimentos na área de saneamento, em particular na Zona Oeste, a concessão do sistema de esgotamento da AP 5 representou uma transformação para a cidade, não apenas por sua importância para os moradores dessa região, mas também por representar uma nova possibilidade de parceria com o setor privado (PLANO DE GOVERNO: 2013-2016. SOMOS UM RIO. PREFEITO EDUARDO PAES. 15).

Mais uma prova das finalidades privatistas da gestão do prefeito Eduardo Paes foi a criação da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro – a Rio Saúde –, em 2013, a qual foi aprovada na Câmara dos Vereadores no mesmo ano. Essa é uma empresa vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que atuará sob a forma de sociedade anônima de capital fechado. A mesma terá como funções: executar serviços de saúde; gerir e prestar serviços de engenharia clínica, manutenção predial de unidades de saúde; oferecer serviços de capacitação e treinamento na área de saúde; graduação e pós-graduação; desenvolver atividades de ensino, pesquisa e avaliação de evolução tecnológica e celebrar contratos, convênios ou termos de parceria com vistas à realização de suas atividades. Ainda caberá à Rio Saúde administrar as unidades de saúde vinculadas à SMS, a qual terá a função de supervisionar administrativamente a empresa. De acordo com a Lei, fica proibida a cobrança dos serviços aos usuários, sendo garantido seu acesso integral, universal e igualitário. A Rio Saúde contará com Conselho de Administração – consultivo e deliberativo –; Diretoria – instância executiva e o Conselho Fiscal – instância de controle. O regime de pessoal será dado via CLT, com contratação feita por meio de concurso público.

Uma empresa de sociedade anônima, de capital fechado, atua sob a forma de sociedade de economia mista, ou seja, sob a ordem econômica e não social. Sendo assim, tal empresa tem fins lucrativos, onde seu capital não é 100% público, mas pode ter a interferência do capital privado – 50% mais um devem ser públicos, o resto pode ser negociado no mercado. Além disso, o regime CLT fere o Regime Jurídico Único e, conseqüentemente, a estabilidade de emprego. O que se tem observado com a experiência das organizações sociais, é que tal regime gera alta rotatividade de profissionais, interferindo de forma negativa na prestação dos serviços. No caso das instâncias de controle e fiscalização da empresa, não há nenhuma menção aos órgãos institucionalizados de controle social, previstos na Constituição Federal: conselhos e conferências.

Ao fim e ao cabo, parece que, apesar do discurso proferido em defesa do sistema público e dos princípios do SUS, uma empresa que atue sob a ordem econômica, tem por finalidade a busca do lucro e não a garantia de atendimento às necessidades sociais.

Considerações Finais

Diante do acima exposto fica claro que, a subordinação à lógica da acumulação capitalista, em detrimento das necessidades sociais, é algo evidente no projeto de cidade defendido nos planos de governo, onde a saúde se encontra diretamente imbricada a esse processo.

À medida que são observadas as reais condições dos serviços de saúde do município e suas conseqüências para a saúde da população, percebe-se que, apesar da real ampliação da rede de atenção básica, não há preocupação com os princípios básicos do SUS – como a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência e a integralidade, compreendida, de acordo com a Lei

nº 8.080/90 como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Além disso, inexistente a responsabilidade com a qualidade do atendimento.

Se o que foi observado até então foi assimilado, perceber-se-á que a saúde passou do terreno do direito para o do negócio. Certamente, o que se tem assistido atualmente é um desrespeito à Constituição Federal e ao Sistema Único de Saúde.

Há um mau uso de dispositivos legais – Lei nº 8080/90, através do Art 24, e Constituição Federal, Art 199 – que tratam da complementaridade privada. Os próprios dispositivos afastam a possibilidade de transferência para uma instituição privada de toda a administração e execução dos serviços, na medida em que colocam tal participação de forma complementar (PIETRO, apud CORREIA, 2011). Mas, o que se assiste na atualidade, é o completo desrespeito aos direitos duramente conquistados, sob o falacioso discurso de busca de maior eficiência. É nesse sentido que o Estado, adotando seu novo papel regulador, repassa a gestão do SUS para “novos” modelos de gestão, como é o caso das organizações sociais, tão difundidas no município do Rio de Janeiro.

Porém, essa nova forma de administração dos serviços públicos não tem garantido êxitos, nem de acordo com as próprias metas do governo. Segundo o Jornal “O Globo”, de 21 de setembro de 2013.

[...] a área da saúde virou motivo de preocupação no primeiro balanço sobre as metas traçadas pela prefeitura para o período 2013-2016. Mesmo com a ampliação da rede do programa Saúde da Família, o município já considera que será muito difícil cumprir o compromisso de reduzir, até o fim deste ano, os índices de mortalidade infantil de 13,7 para 11,6 casos por mil nascimentos. A meta de redução dos indicadores de mortalidade materno-infantil também corre o risco de não ser atingida. Os relatórios foram apresentados pelo prefeito Eduardo Paes na sexta-feira, numa reunião do Conselho da Cidade.

Tudo isso demonstra que, a lógica de mercado não é a mais eficiente, conforme é repetidamente propalado.

Segundo dados apresentados em audiência pública, em outubro de 2012, na Câmara dos Vereadores do Rio de Janeiro, o orçamento da saúde, de 2009 a 2013, dobrou, passando de R\$ 2,06 bilhões em 2009, para R\$ 4,6 bilhões, estimados para o exercício de 2013. No entanto, conforme os dados já expostos, a prestação dos serviços e as condições de trabalho dos servidores não acompanharam o incremento orçamentário. Segue-se a cartilha dos organismos multilaterais, tais como o Banco Mundial, para a incorporação de um padrão de atuação do Estado que Sader (apud CORREIA, 2011, p. 48) denomina de modelo de Estado mini-max.

[...] máximo para o capital, através de subsídios, créditos, perdão de dívidas, investimentos e obras em infraestrutura dirigidos a apoiar a acumulação privada e políticas econômicas e financeiras com conotação de classe evidente –, e mínimo para o trabalho, através do corte de gastos sociais, da precarização das políticas públicas, do congelamento dos salários do funcionalismo público, entre outras medidas.

Qualquer semelhança com o Plano Diretor de Reforma do Estado, do governo de Fernando Henrique Cardoso, não é mera coincidência. Notem que, ainda que de maneira não muito explícita, o Plano defende a limitação das funções do Estado, o qual deveria coordenar e financiar as políticas públicas, sem, no entanto, ter a responsabilidade de executá-las.

Assim, tendo analisado apenas os serviços de saúde, sem levar em conta os outros aspectos que interferem na qualidade de vida dos sujeitos e, conseqüentemente, na sua saúde, fica evidente o descaso com que a vida da população é tratada.

Referências

- BEHRING, E. R. *Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 de set. 2003.
- BRAVO, M. I. S. et al. (Coord.). *Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro*. No prelo.
- BRAVO, M. I. S.; MENEZES. Política de Saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p. 22-24.
- COMITÊ POPULAR COPA E OLIMPÍADAS: Rio. *Apresenta as ações do governo em período de mega-eventos, bem como as resistências em torno de tais ações*. Disponível em: <http://rio.portalpopulardacopa.org.br/index.php?page_id=47>. Acesso em: 13 ago. 2014.
- CONTRA fatos não há argumentos que sustentem as organizações no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (Orgs.). *Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Edição Especial. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, set. 2011.
- CORREIA, M. V. Por que Resistir às Fundações Estatais de Direito Privado. *Pela Saúde*. Rio de Janeiro: Pela Saúde. Rio de Janeiro, RJ, [20-]. Disponível em: <<http://pelasaude.blogspot.com.br/2009/02/por-que-resistir-as-fundacoes-estatais.html>>. Acesso em: 14 jun. 2014.
- _____. Por que ser Contra os Novos Modelos de Gestão do SUS? BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (Orgs.). *Saúde na Atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, p. 43-49, set. 2011.
- COUTINHO, C. N. *Gramsci: Um estudo sobre seu pensamento político*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- IAMAMOTO, M. V. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. In: BEHRING, E. R. et al. (Org.) *Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/ CIDADES. *Apresenta informações estatísticas sobre a população brasileira*. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=33&search=rio-de-janeiro>>. Acesso em: 12 jun. 2014.
- JUNQUEIRA, F. No Rio Médicos terão frequência controlada por chips nas UPAS. *Jornal Extra*, Rio de Janeiro, 15 de jul. de 2012. Notícias. Não paginado. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/rio/no-rio-medicos-terao-frequencia-controlada-por-chips-nas-upas-5474970.html>>. Acesso em: 12 jun. 2014.
- MAGALHÃES, L. E. Indicadores de saúde da prefeitura ficam abaixo da meta. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 21 set. 2013. Rio. Não paginado. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/indicadores-de-saude-da-prefeitura-ficam-abaixo-da-meta-10077883>>. Acesso em: 06 jan. 2014.
- MATTOS, V. A. de. *Serviço Social: cotidiano profissional nas unidades de pronto atendimento geridas por organizações sociais no município do Rio de Janeiro*. 2012. 184f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2012.
- MONTAÑO, C. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2002.
- O GLOBO. Secretário Municipal de Saúde é Intimado pela Justiça Federal. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 17 de out. de 2012. Rio. Não paginado. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/secretario-municipal-de-saude-intimado-pela-justica-federal-6432280#ixzz2yRXCDTHc>>. Acesso em: 19 jun. 2014.
- PARADA, R. A Construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e forma de inserção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, V. 11, n. 1, 19-104, fev 2001.
- PINHEIRO, P. *Paulo Pinheiro: vereador – Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, RJ: Paulo Pinheiro, 2013. Disponível em: <<http://paulopinheiro.org/imprensa/imprensa.php?id=446>>. Acesso em: 09 jan. 2014, il. color.
- PLANO de governo: 2013-2016, Somos um Rio. Prefeito Eduardo Paes 15. Rio de Janeiro, 2013.
- PORTAL DA SAÚDE. Apresenta informações sobre a área da saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 10 set. 2014.
- PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Presta informações sobre as ações da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms>>. Acesso em: 26 jul. 2014.
- RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 5.026 de 19 de maio de 2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. *Diário Oficial [do] Município do Rio de Janeiro*, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 20 de maio. 2009. Seção 1, p. 4.
- RIO DE JANEIRO (RJ). Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. *Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro: 2009-2012*. Rio de Janeiro, 2009.
- SÁNCHEZ, F. A Reinvenção das Cidades na Virada de Século: agentes, estratégias e escalas de ação política. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 16, p. 31-49, jun. 2001.

SCIENCE, C. *A Cidade*. Recife: Sony Music, 1994. 1 MP3 (4 min).

VAINER, C. *Cidade de Exceção: reflexões a partir do Rio de Janeiro*. In: XIV Encontro Nacional da ANPUR, 2011, Rio de Janeiro. XIV Encontro Nacional da ANPUR [S.l.: s.n., 20--]. Disponível em: <http://br.boell.org/downloads/carlos_vainer_ippur_cidade_de_excecao_reflexoes_a_partir_do_rio_de_janeiro.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2014.

reflexoes_a_partir_do_rio_de_janeiro.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2014.

_____. *Pátria, empresa e mercadoria*. In: ARANTES, O.; VAINER, C.; MARICATO, H. *A cidade do pensamento único*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 66-88.

O PERCURSO DO FINANCIAMENTO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Joseane Barbosa de Lima
Maria Inês Souza Bravo

Apresentação

O presente artigo apresenta parte dos resultados da pesquisa “Novas Articulações Entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: O Caso do Município do Rio De Janeiro”, financiada pela FAPERJ. É um projeto interdisciplinar que envolve grupos de pesquisa de duas universidades do Rio de Janeiro – UERJ e UFRJ – coordenado pela professora Maria Inês Bravo.

A referida pesquisa tem como objetivo geral investigar as novas configurações do sistema de saúde brasileiro que resultam das interações entre o Estado e o mercado. Assim, serão apresentados os resultados parciais referente a um dos objetivos específicos do já citado projeto, ou seja, o processo de privatização da gestão através das Organizações Sociais (OS) no município do Rio de Janeiro: contratos celebrados, recursos públicos repassados e as tendências dessa modalidade de gestão.

À luz dos dados coletados, serão invocados os rumos da privatização da política de saúde no Rio de Janeiro por meio da transferência da gestão para organizações sociais. Assim, inicialmente abordaremos os marcos legais das organizações sociais da saúde no município do Rio de Janeiro. Em seguida, será apresentado o mapeamento da privatização da saúde via apropriação privada do fundo público da saúde pelas OS. No final são apresentadas algumas considerações.

O processo de privatização da saúde no município do Rio de Janeiro: a situação das OS

O processo de privatização da saúde pública brasileira realizada por meio das contratualizações de serviços da rede filantrópica/privada e, mais recentemente, através do repasse da gestão do SUS para as Organizações Sociais configura mais uma modalidade de desvio de recursos públicos da saúde para o setor privado.

As Organizações Sociais (OS) foram concebidas no Brasil como instrumento de viabilização e de implementação de Políticas Públicas. Em 1997, o governo estabeleceu critérios para definir, sob a denominação de “Organizações Sociais (OS)”, 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 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais (Lei nº 9637, de 15 de maio de 1998), a criação do Programa Nacional de Publicização, entre outros. O objetivo formal da chamada “Lei das OS” 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 à preservação do meio ambiente, assim como, à cultura e à saúde.

Rezende (2008) esclarece que as OS podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório, no entanto, não estão obrigadas a prestar contas aos órgãos de controle internos e externos da administração pública, porque estas são consideradas atribuições privativas do Conselho de Administração. 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,¹ por meio da terceirização/privatização de serviços públicos. A justificativa do Governo era de que as “atividades não exclusivas do Estado” podem ser transferidas à iniciativa privada, sem fins lucrativos, sob o argumento de parceria e modernização do Estado, porque essa transferência resultaria em melhores serviços à comunidade, maior autonomia gerencial, melhor atendimento ao cidadão e menor custo, dentre outros. Com base nessa concepção de Estado, vários estados e municípios passaram a transferir serviços de saúde às entidades terceirizadas como cooperativas, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, associações, entidades civis de prestação de serviços, qualificadas como Organizações Sociais (OS).

Na cidade do Rio de Janeiro a lei municipal das OS (Lei nº 5.026) foi sancionada em maio de 2009, a despeito da posição contrária do Conselho Municipal de Saúde, e foi regulamentada pelo decreto municipal nº 30.780 de 2/06/2009. A referida lei está em consonância com a lei federal em muitos aspectos, como por exemplo, no que concerne as áreas de atuação – ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura, saúde e esporte. Há duas peculiaridades importantes no primeiro artigo da referida lei: a primeira diz respeito a restrição a creches e reforço escolar para as OS cujas atividades são dirigidas ao ensino. Já a segunda diz respeito às OS qualificadas para

1 - Constitui a Reforma do Estado brasileiro apresentado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, de autoria do ex-Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, a partir da indicação de quatro componentes básicos: a) a delimitação do tamanho do Estado, reduzindo suas funções através da privatização, terceirização e publicização, que envolve a criação das organizações sociais; b) a redefinição do papel regulador do Estado através da desregulamentação; c) o aumento da governança, ou seja, a recuperação da capacidade financeira e administrativa de implementar decisões políticas tomadas pelo governo através do ajuste fiscal; d) o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar (BRESSER PEREIRA, 1996).

atuar na saúde. Estas, “só poderão atuar exclusivamente em unidades de saúde criadas a partir da entrada em vigor desta lei”. Também estão previstas a atuação no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e nos equipamentos destinados ao Programa de Saúde da Família.

Os requisitos para qualificação como OS da lei federal foram mantidos pela lei municipal nº 5026/2009 e outros foram acrescidos, conforme podemos verificar em seu artigo 2º:

I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:

a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;

b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;

c) previsão expressa de ter a entidade, como órgãos de deliberação superior e de direção, um Conselho de Administração e uma Diretoria, definidos nos termos do Estatuto, assegurado àquele composição e atribuições normativas e de controle básicos previstos nesta Lei;

d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;

e) composição e atribuições da Diretoria da entidade;

f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial do Município, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão com o Município;

g) em caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do Estatuto;

h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;

i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Município da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Município, na proporção dos recursos e bens por este alocados;

j) comprovação dos requisitos legais para constituição de pessoa jurídica;

II – ter sede ou filial localizada no Município do Rio de Janeiro;

III - estar constituída há pelo menos dois anos no pleno exercício das atividades citadas no caput do art. 1º desta Lei.

IV – comprovar a presença, em seu quadro de pessoal, de profissionais com formação específica para a gestão das atividades a serem desenvolvidas, notória competência e experiência comprovada na área de atuação; e

V – ter a entidade recebido aprovação em parecer favorável, quanto ao preenchimento dos requisitos formais para sua qualificação como Organização Social, do Secretário Municipal da área correspondente.

§ 1º O Poder Público verificará, in loco, a existência e a adequação da sede ou filial da Organização Social, antes de firmar o contrato de gestão.

§ 2º As entidades qualificadas como Organizações Sociais serão incluídas em cadastro que será disponibilizado na rede pública de dados.

O processo de seleção das OS se dá nos termos da Lei de Licitações, na modalidade dispensa de licitação, mas com uma seleção conduzida pelo município. Assim, o processo de contratualização – na área de saúde se inicia com um edital de convocação pública de parcerias onde a secretaria municipal especifica sua intenção de desenvolver programas ou implantar unidades de saúde em áreas geográficas determinadas. Tratar-se-ia de um processo seletivo aberto às OS qualificadas que indicariam propostas técnicas e econômicas

a serem apresentadas publicamente a uma Comissão Especial de Seleção, a serem julgadas de acordo com certos critérios pré-definidos. No edital existe um detalhamento dos objetivos do contrato e um valor máximo a ser destinado a ele. Entretanto a esse valor, podem ser acrescidos recursos objeto de Termos Aditivos² requisitados pela OS e aprovados pela Secretaria. Tais recursos podem ser revistos anualmente.

A relação entre a Prefeitura e as OS se dá através de um contrato de gestão que é o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social, com vistas à formação de uma parceria entre as partes para fomento e execução de atividades (Art 5º). O contrato de gestão deve conter especificação do programa de trabalho proposto pela Organização Social, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade (Art. 7º). A Lei estabelece ainda que deve ser dada publicidade aos contratos em sua integralidade através de publicação no Diário Oficial.

Os controles de contratos entre o município e as OS são de dois tipos: internos, de responsabilidade da Prefeitura, cuja fiscalização deve ser realizada pelo Secretário Municipal das áreas correspondentes, estendida ao poder público e qualquer cidadão brasileiro; e externos, de responsabilidade da Câmara de Vereadores, com o auxílio do Tribunal de Contas do Município. Assim, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme o interesse público, é possível, de acordo com a Lei, consultar os relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, bem como suas publicações no Diário Oficial do Município (Lei nº 5026/2009, Art. 8º).

Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação indicada pelo Secretário Municipal. As irregularidades ou ilegalidades referentes à utilização de recursos ou bens de origem pública por Organização Social, constatadas pela fiscalização da execução do contrato de gestão, deverão ser comunicadas a Procuradoria Geral do Município, ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público, para as providências relativas aos respectivos âmbitos de atuação, sob pena de responsabilidade solidária. O balanço e demais prestações de contas da Organização Social também devem, necessariamente, ser publicados no Diário Oficial do Município e analisados pelo Tribunal de Contas do Município.

O descumprimento das disposições firmadas no contrato de gestão pela OS pode resultar na desqualificação da mesma como Organização Social. A desqualificação é precedida de processo administrativo com reversão de bens cedidos e recursos financeiros remanescentes, e está prevista quando a OS:

I – Deixar de preencher os requisitos que originariamente deram ensejo à sua qualificação;

II- Não adaptar no prazo legal, seu estatuto às exigências dos incisos I a IV do artigo 3º da Lei nº 5.026 DE 2009;

III- Causar rescisão do contrato de gestão firmado com o poder público municipal IV- Dispuser de forma irregular dos recursos, bens ou servidores públicos que lhe forem destinados;

V- Descumprir as normas estabelecidas na Lei Municipal nº 5026 (EDITAL Nº 14/2013 - SMS/RJ)

Desde 2009, quando a Lei nº 5026 foi sancionada, até o ano de 2013, 21 entidades foram qualificadas como Organizações Sociais

2 - O termo aditivo é um instrumento utilizado para formalizar a alteração de alguma cláusula do contrato entre a administração pública e o contratado.

no município do Rio de Janeiro para atuar no âmbito da saúde. São elas:

Quadro 1 - Organizações Sociais qualificadas para atuar na área da saúde do município do Rio de Janeiro, 2014.

ÁREA DE ATUAÇÃO	ORGANIZAÇÃO SOCIAL	CNPJ
SAÚDE	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde - FIOTEC	02.385.669/0001-74
	Instituto de Atenção Básica e Avançada a Saúde - IABAS	09.652.823/0001-76
	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Programa de Atenção Básica e Saúde da Família - SPDM	61.699.568/0001-92
	Associação Internacional de Ações Humanitárias - AÇÃO MEDVIDA	27.776.277/0001-67
	Ass. Beneficente Assistência Social - PRO-SAÚDE	24.232.886/0001-67
	Viva Rio	00.343.941/0001-28
	Centro de Apoio ao Movimento Popular - CAMPO	40.426.546/0001-23
	Instituto Brasileiro de Assistência e Pesquisa - IBAP	27.774.561/0001-02
	Centro de Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC	31.104.896/0001-82
	Sociedade Espanhola de Beneficência - HOSPITAL ESPANHOL	33.005.638/0001-74
	Instituto Social FIBRA	02.744.384/0001-82
	Instituto Nacional de Benefícios e Assistência as Cooperativas e Associações - INSTITUTO ADVANCE	06.942.340/0001-18
	Casa da Árvore	05.153.789/0001-34
	Centro de Estudos e Pesquisas 28 - CEP 28	33.927.377/0001-40
	Centro Educacional Nosso Mundo - CENOM	42.375.097/0001-67
	Cruz Vermelha Brasileira	07.345.851/0001-15
	Associação Beneficente Israelita do Rio de Janeiro	33.722.224/0001-66
	Instituto Unir Saúde - IUS	00.083.837/0001-41
		Instituto Gnosis
BIOTECH - Humanas Organizações Sociais de Saúde		08.726.657/0001-42
Centro de Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM		

Fonte: Comissão de Qualificação de Organizações Sociais - COQUALI, SMS-RJ (2014)

Desse total de entidades qualificadas, a busca pelos Contratos de Gestão identificou que apenas catorze (14) Organizações Sociais celebraram contratos com o município no período de 2009 a 2013, a saber: Associação Marca para Promoção de Serviços (A. Marca); Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM); BIOTECH – Humanas Organizações Sociais de Saúde, Centro Inte-

grado e Apoio Profissional (CIAP); Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC); Instituto de Ação Básica e Avançada a Saúde (IABAS); Viva Comunidade, Centro de Estudos e Pesquisas 28 (CEP-28), Fibra Instituto de Gestão e Saúde (FIBRA), Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” (CEJAM), Instituto SAS; Instituto Unir Saúde e Sociedade Espanhola de Beneficência e Associação Social Global Soluções em Saúde (GLOBAL).

É possível encontrar os contratos celebrados com as Organizações Sociais no site da Secretaria Municipal de Saúde, ou no Portal Rio Transparente pelo nome da OS ou Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) das entidades. No site da SMS/RJ, identificamos a numeração de alguns contratos, no entanto, ao tentar consultá-los nos deparamos com links indisponíveis. Já no portal Rio Transparente é possível acessar o montante de recursos destinados às OS, no entanto, não é possível identificar o objeto e a qual contrato o valor está vinculado. Desse modo, optamos pela busca de informações numa terceira fonte: o Diário Oficial do Município, digitando o nome de cada Organização Social qualificada para atuar na área da saúde, e filtrando as informações referentes a Contratos de Gestão, Termos Aditivos e outras modalidades de transferência de recursos.

Assim, no item a seguir apresentaremos os resultados do mapeamento dos Contratos de Gestão firmados, procurando demonstrar o percurso dos recursos públicos da saúde no Rio de Janeiro no período de 2009-2013 e a centralidade das Organizações Sociais nesse processo.

O percurso dos recursos destinados às Organizações Sociais da saúde no município do Rio de Janeiro

Os resultados finais do mapeamento da privatização da saúde no Rio de Janeiro via transferência da gestão para Organizações Sociais demonstram que, do ano de 2009 ao ano de 2013 foram repassados para Organizações Sociais gerirem e executarem serviços de Saúde no município do Rio de Janeiro, por meio da celebração de Contratos de Gestão, um valor global de aproximadamente mais de R\$ 4 bilhões quando consideramos o fato de que, além do orçamento previsto para os doze primeiros meses de contrato, a prefeitura prosseguiu ampliando o montante de recursos através dos termos aditivos, apostilamentos³ e renovação de contrato. Considerando que nem todos os Contratos de Gestão e Termos Aditivos do período pesquisado foram localizados, podemos supor que os valores reais finais – repassados para gestão das OS – são bem maiores que os apontados por esta pesquisa.

No ano de 2009, o Objeto dos Contratos voltou-se predominantemente para as Clínicas de Saúde da Família, conforme o quadro baixo:

Quadro 2 - Objeto dos Contratos de Gestão assinados no ano de 2009

Contrato de Gestão	Unidade de Serviço
CG 01/2009	Clínica de Saúde da Família
CG 02/2009	Serviços de Saúde - TEIAS Manguinhos
CG 03/2009	Unidade de Pronto Atendimento
CG 04/2009	Clínica de Saúde da Família
CG 05/2009	Clínica de Saúde da Família
CG 06/2009	Clínica de Saúde da Família
Numeração não localizada	Clínica de Saúde da Família
Numeração não localizada	Clínica de Saúde da Família

Elaboração Própria. Fonte: DO/RJ

3 - Apostilamento corresponde a um ato administrativo previsto no art. 65, § 8º da Lei 8 666/93. Em síntese, trata-se de um registro de variação contratual decorrente de reajuste de preços previsto no próprio contrato, atualizações, compensações ou penalizações financeiras em função das condições de pagamento nele previstas, bem como o empenho de dotações orçamentárias suplementares até o limite do seu valor corrigido (CARDOSO, 2011).

Chama atenção o fato de todos os Contratos Assinados neste período possuírem Termos Aditivos, acompanhados do aumento significativo de recursos. Assim, foram identificados oito Contratos de Gestão celebrados com OS conforme apresentamos na tabela abaixo.

último não fosse celebrado. Destaca-se que desde então, embora permaneça qualificada até o momento atual como a OS, não identificamos Contratos de Gestão assinados com a Campo.

O terceiro TA tratou da inclusão pelo período de oito meses das atividades e gerenciamento de atenção à saúde e das

Tabela I - Contratos assinados na área da saúde no ano de 2009

Contrato de Gestão	Organização Social	Valor Inicial (R\$)	T.A (1)	T.A (2)	T.A (3)	T.A (4)	T.A (5)	Total
CG 01/2009	SPDM	35.355.745,60	2.224.881,89,	84.866.241,14	346.401.038,47			466.623.025,21
CG 02/2009	FIOTEC	24.494.299,13	10.088.321,89	54.929.935,62				79.424.234,75
CG 03/2009	IABAS ¹	45.585.740,00	11.025.634,98	17.740.892,67	50.057.830,41,	59.058.720,00	36.677.340,00	124.410.098,06
CG 04/2009	VIVA COMUNIDADE	26.148.810,00	1.486.869,52	66.382.792,13	89.193.031			183.211.502,65
CG 05/2009	VIVA COMUNIDADE	110.304.839,52	660.842,99	98.361.561,38	110.304.839,52	120.253.050,56		319.632.083,41
CG 06/2009	VIVA COMUNIDADE	24.558.086,13	2.009.347,69	6.370.000,00	37.000.040,09	51.991.635,37	67.336.502,61	39.009.387,78
CG 08/2009	CIAP	16.040.757,39						16.040.757,39
**	CIAP	15.763.171,29						15.763.171,29
TOTAL	R\$ 1.194.056.430,13							

Elaboração Própria. Fonte: DO/RJ

1 - Há ainda dois Termos Aditivos: o número seis (6) que tem por objeto revisão do cronograma financeiro, readequando os valores mensais pactuado e; um de número (7) sete para tratar de supressão de valores. Desse modo, o CG 03/2009 é o que mais possui Termos Aditivos.

No CG 01/2009, o objeto do primeiro TA diz respeito à inclusão temporária por três meses, de 12 equipes de profissionais para o NASF (março a maio/2010). Já o segundo previa a inclusão pelo período de 16 meses (junho/2010 a setembro/2011), juntos eles totalizaram R\$ 87.091.123,03. O referido contrato foi prorrogado por 24 meses, no ano de 2011, por meio de um terceiro Termo Aditivo. Com a renovação, manteve-se o mesmo objeto inicial do Contrato – a gerência das mesmas unidades e inclusão de mais quatro novas Clínicas de Saúde da Família, já previstas desde a assinatura do Contrato em 2009. Salta aos olhos que com a prorrogação do contrato o valor repassado ao Contrato totalizou R\$ 231.217.237,58, aproximadamente 227% do valor inicial do contrato segundo a análise de Cardoso (2012).

Os Termos Aditivos referentes ao CG02/2009 dizem respeito respectivamente, a ampliação do horário de funcionamento do pronto atendimento da Clínica Saúde da Família da Comunidade de Manguinhos e o TA subsequente tem por objeto a prorrogação do CG por mais dois anos.

O contrato subsequente – CG 03/2009 – é o que mais possui TA sendo sete ao todo. O primeiro TA foi celebrado em fevereiro de 2010 e trata da contratação temporária (três meses) de 55 equipes de Saúde da Família, 35 equipes de Saúde Bucal, 09 NASF, 20 equipes da Clínica Saúde da Família – agentes comunitários de defesa civil e 20 equipes de Atenção Farmacêutica no âmbito da AP 5.2. No entanto, o TA esclarece que este Contrato deverá ser operacionalizado pela Organização Social CAMPO, e caso isso venha a ocorrer o período de vigência do TA poder ser reduzido bem como os repasses de créditos orçamentários proporcionalmente.

O segundo TA ao CG03/2009, trata da contratação de 50 equipes de Saúde da Família, 22 equipes Clínicas da Família Atenção Farmacêutica, 25 equipes de Saúde Bucal, nove NASF e 22 equipes de agentes comunitários de defesa civil na AP 5.1. Este assumiu o mesmo formato do TA anterior, no que concerne a perspectiva de assinatura de contrato para essas atividades pela OS CAMPO. O que se pode ler nas entrelinhas desses TA é que o IABAS assumiu de forma emergencial as atividades que seriam executadas pelo CAMPO, enquanto o contrato deste

adaptações e programação visual das unidades e dos gastos operacionais de equipes de Saúde da Família e NASF nas APs 5.1 e 5.2. Isso levou a um quarto termo cujo objeto refere-se a uma alteração do cronograma de desembolso e acréscimo contratual no valor de R\$ 50.057.830,41. Por sua vez o quinto TA teve por objetivo alterar o CG 03/2009 em alguns aspectos: revisão do cronograma financeiro, readequando os valores mensais pactuados; supressão da quantia de R\$ 1.387.260,00 do valor total do referido contrato e; inclusão de regras para as condições do repasse, o controle de ponto e acesso biométrico dos funcionários contratados e da remuneração dos dirigentes e profissionais da atividade meio, não podendo ultrapassar 10% do valor total do contrato. Por fim, o sexto TA trata da prorrogação do Contrato de Gestão por 24 meses, a partir de 01 de dezembro de 2011 com um valor inicial de R\$59.058.720,00. Porém, em 2012 houve sétimo um TA que acrescentou R\$ 36.677.340,00 a este contrato.

No que concerne ao CG 04/2009, observou-se que o primeiro TA surgiu após dois meses da assinatura do Contrato e tratou de incluir por três meses nove equipes de profissionais para os NASF da AP 3.3. O segundo TA acrescentou R\$ 66.382.792,13, ao segundo ano de execução da atividade na AP 3.3. O terceiro TA prorroga a vigência do Contrato pelo prazo de um ano, acrescentando para isso a quantia de R\$ 89.224.532,62 ao valor anterior. Diferente do previsto no Contrato inicial passariam a receber apoio da Viva Comunidade 20 unidades já existentes e apenas três unidades novas, ou seja, no total cerca de 23 unidades. Considerando que o contrato foi renovado por apenas mais 12 meses chama atenção o acréscimo deste em relação ao valor delegado para os 12 primeiros meses. No CG 05/2009 os Termos Aditivos referem-se simultaneamente a inclusão por três meses, de quatro equipes de profissionais para os NASF AP 3.1 e a alteração da redação da cláusula segunda, item 2.5, do contrato, acrescentando responsabilidades à Viva Comunidade no que concerne as obrigações previdenciárias decorrentes da contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades executadas pela referida instituição executora e; a prorrogação do contrato pelo prazo de um ano e acréscimo do valor, correspondente ao mesmo período.

Por fim, o CG 06/2009 é o segundo contrato com mais TA. O primeiro TA foi assinado cerca de três meses após assi-

natura do contrato e trata da inclusão por nove meses (março a novembro/2010) de uma equipe de profissionais para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III. O segundo TA tem por finalidade a inclusão da UPA Rocinha ao contrato. Assim, pelo acréscimo desta prestação de serviço foi repassado à Viva Comunidade o valor de R\$ 6.370.000,00. Chama atenção o fato deste termo aditivo, mesmo sendo o segundo ao Contrato, ter data de assinatura anterior ao primeiro TA que foi assinado em 12 de março, sendo o segundo assinado em 18 de fevereiro. A atividade e gerenciamento do PSF e do Programa de Atenção Psicossocial na AP 2.1 por um ano, foi acrescentada ao Contrato por meio de um terceiro TA que aumentou o valor repassado à Viva Comunidade em R\$ 37.000.049,09. Um TA posterior se encarregou da prorrogação da vigência do CG 06/2009 pelo prazo de um ano, acrescentando o valor de R\$ 51.991.635,37, o que elevou o valor total do contrato – sem considerar os repasses referentes à inclusão da UPA – para R\$ 113.645.447,23. Identificou-se ainda um quinto TA cujo objetivo é prorrogar por mais um ano a vigência das atividades e serviços de saúde no âmbito do Pronto Atendimento da Clínica da Família 24 horas, ou seja, da UPA Rocinha. O TA informa ainda que a execução do presente contrato é de responsabilidade de uma filial, criada especificamente para este fim.

No segundo ano do mapeamento da privatização – 2010 –, foram localizados oito Contratos de Gestão assinados com as OS. A partir desse período observamos a diversificação dos contratos para além das Clínicas de Saúde da Família e UPA, com o repasse para gestão pelas OS de Programas como Programa de Atendimento ao Idoso (PADI) e o Programa Saúde nas Escolas, como apresentamos abaixo:

Tabela 2 - Contratos de Gestão assinados na área da saúde no ano de 2010

Contrato de gestão	Organização Social	Valor inicial do Contrato (R\$)	T.A (1) R\$	T.A (2) R\$	T.A (3) R\$	Total
CG 01/2010	IABAS	34.497.517,00				34.497.517,00
CG 05/2010	IABAS	8.260.000,00	12.259.947,50	22.784.580,00		43.304.527,50
CG 08/2010	SPDM	11.692.800,00	1.300.000.000,00	14.599.100,00	18.907.605,00	1.345.199.505,00
CG 16/2010	IABAS	5.387.840,00	10.399.273,50			15.787.113,50
CG 20/2010	SPDM	113.494.759,67				113.494.759,67
CG 21/2010	SPDM	30.829.360,00				30.829.360,00
CG 22/2010	IABAS	30.829.360,00	27.138.190,00			57.967.550,00
CG 35/2010	IABAS	4.763.168,00				4.763.168,00
Numeração não localizada	Global	12.184.143,34				12.184.143,34
Soma total		1.658.027.644,01				

Elaboração Própria. Fonte: DO/RJ

Ao menos metade desses Contratos possuem TA assinados até agosto/2012, sendo todos referentes à gestão de UPA, conforme a tabela a seguir:

Quadro 3 - Objeto dos Contratos de Gestão assinados no ano de 2010

Contrato de Gestão	Unidade de Serviço
CG 01/2010	Programa Saúde nas Escolas
CG 08/2010	UPA Santa Cruz
CG 016/2010	PADI
CG 20/2010	Clínica de Saúde da Família
CG 21/2009	UPA - Engenho de Dentro
CG 22/2010	UPA - Madureira
CG 35/2010	Serviços de Saúde em Eventos
Numeração não localizada	Clínica de Saúde da Família

Elaboração Própria. Fonte: DO/RJ

Ao CG 05/2010 foram localizados dois TA: o primeiro refere-se a alteração do porte da UPA de I para II, acrescentando ao contrato o valor de R\$ 12.259.947,50. Já o segundo TA, prorroga a vigência do mesmo por mais dois anos. Deste modo, foi previsto o repasse de R\$ 22.784.580,00.

Já o CG 08/2010 apresenta ao menos três termos. O primeiro teve por objetivo de antecipar a primeira parcela mensal do pagamento, no valor de R\$ 1.300.000,00, destinado ao custeio das atividades do contrato visando a implantação das atividades da UPA Santa Cruz. Ressalta-se que o TA não obriga a OS SPDM de qualquer apresentação de relatório referente à liberação desta parcela. O segundo T.A. acrescentou ao contrato o valor de R\$ 14.599.100,00, referente ao segundo ano de execução das atividades previstas. Assim o valor total passou a ser de R\$ 27.545.500,00. Por fim, o terceiro TA³ tem como objeto a inclusão de duas novas UPA – Sepetiba e Paciência – ao CG 08/2010. “Por fim o CG 22/2010, tem por objeto a operacionalização, apoio e execução de atividades e serviços de saúde no âmbito das Urgências e Emergências, Unidades de Atendimento não hospitalar – UPA Madureira – possui um único TA”. Este, teve por objetivo incluir a UPA Costa Barros (tipo III) ao CG, por 20 meses, período restante de sua vigência. Com o TA estão previstos os repasses financeiros de R\$27.138.190,0, sendo R\$ 12.256.330,00 para o primeiro ano e R\$ 14.881.860,00 para o segundo. Com esta modificação o contrato passou vigorar com o valor total de R\$ 57.967.550,00.

Em 2011, terceiro ano do mapeamento da privatização da saúde, identificou-se a assinatura de seis contratos de gestão visando a operacionalização, apoio e execução de atividades e serviços de

saúde nas seguintes unidades:

Quadro 4 - Objeto dos Contratos de Gestão assinados no ano de 2011

Contrato de Gestão	Unidade de Serviço
CG 01/2011	Clínica de Saúde da Família
CG 02/2011	Clínica de Saúde da Família
CG 03/2011	Clínica de Saúde da Família
CG 04/2011	Clínica de Saúde da Família
CG 05/2011	Clínica de Saúde da Família
CG 06/2011	Programa Cegonha Carioca

Elaboração própria - Fonte: DO/RJ

É importante destacar que, a partir de 2011, a busca pelos Contratos de Gestão tornou-se árdua. Nesse período ficou mais

difícil encontrar editais de convocação de OS, embora tenhamos verificado a existência da assinatura de cinco contratos para gerenciar as Clínicas Saúde da Família e uma para gerenciar o Programa Cegonha Carioca.

As dificuldades da pesquisa se expressam nas tentativas frustradas em buscar por editais de seleção o que levou a redefinição da metodologia da pesquisa e das fontes de dados. Num primeiro momento pesquisamos no Diário Oficial por meio das palavras-chave “Organização Social”, posteriormente “organizações sociais” e, por fim, pelo nome de cada OS qualificada para atuar na área da saúde no município do Rio de Janeiro. No entanto, nenhum edital foi encontrado. Apenas anúncios de convocação.

Em relação aos contratos encontrados, evidenciou-se que a maioria das digitalizações disponibilizadas no portal do município e no DO/RJ, foram realizadas a partir de fotocópias, as quais possuem rasuras e/ou encontram-se apagadas. Constatou-se ainda que os Termos Aditivos e Apostilamentos que tratam da renovação de contratos, ou de altos repasses de valores, não foram disponibilizados completamente, dificultando a compreensão do que está sendo “negociado” ou “acordado”, e deixando margem para suspeitas de que o município, de forma propositiva, dificulta o acesso dos cidadãos, e dos movimentos sociais organizados, ao que lhe é de direito: o acesso à informação, e controle social sobre os gastos públicos.

Tabela 3 – Contratos Assinados na área da saúde no ano de 2011

Organização Social	Valor Inicial (R\$)	TA (1) R\$	Total (R\$)
IABAS	166.105.007,71	112.812.560,29	112.812.560,29
IABAS	60.085.218,17	45.113.916,06	105.199.134,23
CEP28	23.943.929,00	4.183.000,00	28.126.929,00
Soma Total (R\$)			327.599.870,87

Elaboração própria – Fonte: DO/RJ

Em relação aos Termos Aditivos encontrados, identificou-se que, dos seis Contratos assinados, quatro foram prorrogados por meio de TA. Trata-se dos Contratos: 01/2011 cujo Termo Aditivo mantém as obrigações e responsabilidades previstas no contrato inicial, o que nos levanta o questionamento dos motivos pelos quais teriam levado o valor desse contrato a praticamente dobrar na prorrogação da sua vigência, de R\$ 27.926.644,31 para R\$ 53.534.603,04; 02/2011 referente a prorrogação da vigência do CG por 12 meses; 04/2011 que prorroga o CG por 12 meses e por fim; o 06/2011 que prorroga o CG por 11 meses e expande o atendimento do Programa Cegonha Carioca para todas as 10 áreas programáticas.

Na pesquisa realizada referente aos anos 2012 e 2013, identificou-se quatro editais e dez Contratos de Gestão, sendo todos os editais referentes ao ano de 2012; oito Contratos de gestão assinados em 2012 e; apenas dois em 2013. Ressalta-se ainda que não foram encontrados Termos Aditivos aos Contratos de Gestão nas fontes pesquisadas.

É importante destacar que não foram encontrados – nas fontes pesquisadas – todos os Contratos de Gestão assinados entre 2010-2013. Encontramos publicações no DO/RJ de extratos referentes aos Contratos de números: 29/2010, 34/2010, 53/2010, 02/2012, 26/2012 entre outros. Porém, esses contratos não foram localizados, o que não nos permitiu saber de qual objeto se trata e quanto foi repassado em termos de recursos, dificultando o real conhecimento do quanto de fato estas entidades estão se apropriando das unidades, pessoal e recursos públicos da saúde. Esta situação nos leva a afirmar que há uma profunda falta de transparência na condução da política de saúde do município do Rio de Janeiro.

Tabela 4 - Contratos de Gestão celebrados nos anos 2012 e 2013

Contrato de Gestão	Organização Social	Unidade de Serviços	Valor do Contrato (R\$)
CG 01/2012	BIOTECH	Complexo Municipal Pedro II e CORE Sta. Cruz	275.128.213,90
CG 03/2012	CEP 28	Maternidade da Praça Primeiro de Maio	89.814.345,69
CG 04/2012	Instituto SAS	Maternidade Moncorvo Filho	75.680.176,52
CG 07/2012	Soci. E. de beneficência	CORE - Leblon	82.473.146,61
CG 09/2012	Instituto Unir Saúde	CORE - Barra	32.320.960,00
CG 26/2012	FIOTEC	Não localizada	Não localizada
NAD N° 2/2012	Viva Comunidade	Clínica de Saúde da Família	98.361.561,38
NAD N° 0326/2012	Viva Comunidade	Clínica de Saúde da Família	67.336.502,81
CG 01/2013	FIBRA	UPA - Senador Camará	88.148.875,86
CG 03/2013	SPDM	Clínica de Saúde Família	29.447.525,52
Soma Total		838.711.308,29	

Elaboração própria – Fonte: DO/RJ

A partir dos dados coletados, é possível observar que há uma tendência progressiva do aumento de unidades de saúde repassadas para gestão terceirizadas, o que demonstra uma tendência crescente do setor privado em se apropriar das unidades públicas de saúde em todas as áreas. Quando realizamos a soma global dos recursos repassados para Organizações Sociais gerenciarem atividades de saúde no âmbito municipal no período estudado 2009-2013, temos aproximadamente os seguintes resultados:

Gráfico 1 - Soma Global dos recursos repassados ara as OS na área da saúde/RJ 2009-2013



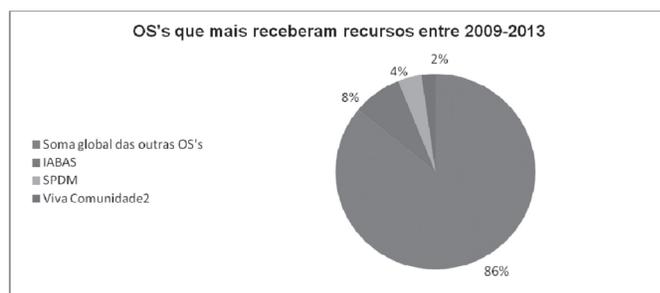
Elaboração própria – Fonte: DO/RJ e SMS/RJ

Ressalta-se que esses resultados estão, certamente, superestimados pela ausência de informação correta sobre os contratos de gestão e Termos Aditivos, especialmente após 2011, conforme foi exposto.

Outra questão que chama atenção ao se analisar as informações disponibilizadas, é o predomínio de contratos com valores altos centralizados em determinadas OS. Assim, listamos o ranking das OS que mais receberam recursos no período 2009-2013: em primeiro lugar identificamos o IABAS com a soma global de aproximadamente R\$ 373.501.530,10, seguido pela SPDM e Viva Comunidade que totalizaram respectivamente R\$ 178.372.665,27 e R\$ 105.861.316,76, conforme demonstrado no gráfico 2, a seguir. (página 59).

Cabe ressaltar que o art. 199, §1º da CF de 1988, 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 às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. O regime do

Gráfico 2 - Organizações Sociais que mais receberam recursos no período estudado



Elaboração própria. Fonte: DO/RJ e SMS/RJ

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 se basear nas necessidades da população, sendo formalizadas por meio de contrato de convênio (REZENDE, 2008). No entanto, o que vem ocorrendo com as terceirizações previstas na Lei das OS é a transferência pelo Estado, de suas unidades hospitalares, prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos e, muitas vezes, pessoal para a iniciativa privada. É esta direção que caminha a política de saúde do Rio de Janeiro.

Nesse processo, é possível observar que a alocação dos recursos da saúde tem funcionado como uma fonte importante de sustentação dessas organizações sociais e seus grupos empresariais, aprofundando a tendência de focalização e precarização dos serviços de saúde.

A despeito do discurso dos defensores das Organizações Sociais, de que as mesmas são capazes de executar as funções do Estado no âmbito das políticas sociais de forma mais ágil, mais eficiente, efetiva e com menos custos, o Relatório do Tribunal de Contas do município do Rio de Janeiro (2011) referente a UPA municipais – UPA da Cidade de Deus e da Vila Kennedy – aponta uma imensa contradição com esse discurso. Ao comparar as despesas das referidas UPA sob a gerência da OS IABAS, com os gastos e despesas de unidades diretamente gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) – os Centros Municipais de Saúde Jorge Saldanha Bandeira de Melo (Jacarepaguá) e Waldir Franco (Bangu) – o TCM/RJ identificou gastos excessivos. Dotada de autonomia para decidir sobre os procedimentos que devem adotar para a contratação de obras e serviços, bem como para compras e alienações,

a entidade contratada pela prefeitura pagou um preço por serviços, medicamentos e produtos com valores acima do que a própria prefeitura desembolsa com unidades de saúde diretamente sob sua gerência: [...] 56% a mais por serviços de limpeza, 168% por remédios (antibióticos, anti-térmicos, analgésicos e anti-inflamatórios) e 51% a mais por gases medicinais em relação às mesmas despesas nos centros de saúde. (CARDOSO, 2012, p.106).

Para além do relatório do TCM/RJ, é importante destacar que algumas das organizações sociais que assinaram Contratos de Gestão com a SMSDC/RJ no período pesquisado estão envolvidas em escândalos de corrupção em outros Estados. A MARCA, por exemplo, é acusada de participar de esquema de fraudes na área de saúde em Duque de Caxias e na UPA Senador Camará. O Ministério Público do Rio investigou se os recursos destinados à UPA também foram desviados, a exemplo do que ocorreu em Caxias e em Natal, capital do Rio Grande do Norte, onde o esquema de fraudes envolvendo a referida OS foi deflagrado. Há questões também expostas no Relatório do Tribunal de Contas do Município frente ao contrato

de gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Organização Social IABAS, apontando sobrepreços relativos aos custos dos serviços continuados contratados pela referida OS; valores salariais exorbitantes pagos aos diretores de OS, gerando prejuízos milionários passados aos cofres públicos do município, além da incapacidade de alcançar os indicadores de qualidade dos serviços prestados, já que a OS alcançou apenas 08 (oito) dos 19 (dezenove) indicadores existentes (42%) (TCM/RJ, fevereiro/2010 a junho/2011).

Mais recentemente, outro relatório de auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas do Município acusa a OS Biotech Humanas de irregularidades na terceirização da gestão do Hospital Municipal Pedro II, em Santa Cruz, na Zona Oeste do Rio, podendo ter causado um prejuízo de R\$ 1,5 milhão. Destaca-se ainda, no relatório do TCM, o fato de que “o processo de qualificação e seleção da Biotech apresenta evidências de direcionamento para um grupo específico, favorecendo empresas com as quais o presidente da Biotech, Valter Pellegrini Junior, possui relação pessoal”. A inspeção do TCM concluiu que medicamentos e materiais comprados por um valor de mais de R\$ 10 milhões, lançados como despesas entre 2012 e 2013, não tiveram suas entradas no hospital comprovadas. Os preços pagos pela Biotech com os remédios foram, em média, 300% maiores que a tabela da prefeitura” (O GLOBO, 2015).

Uma busca pelas notícias, em âmbito nacional, revela ainda denúncias envolvendo outras Organizações Sociais. De modo geral, as denúncias dizem respeito a: violação das leis trabalhistas; utilização dos recursos para despesas alheias ao objeto do contrato; descumprimento das cláusulas contratuais; repasse de dados falsos dos funcionários à Receita Federal; falsidade de “pessoa jurídica” entre outros.

Considerações Finais

Embora haja uma lei que regulamente as Organizações Sociais, podemos afirmar que estas são fortemente inconstitucionais, visto que a Constituição Federal de 1988, e o arcabouço legal do SUS, através da Lei nº 8080/90 permite somente a participação complementar do setor privado no SUS, e não de forma substituta do público pelo privado.

Outrossim, as parcerias entre o público e o privado acontecem no âmbito do livre jogo do mercado, no qual predomina uma dinâmica perversa que reduz o direito, o acesso universal, visto que os Contratos de Gestão propostos constituem modalidades de privatização que visa a transformação do direito em mercadoria, impulsionando a mercantilização dos setores rentáveis do serviço público, donde encontram-se os serviços e unidades de saúde.

Nesse processo, o tensionamento entre o projeto do capital e o projeto dos setores progressistas da sociedade tem desenhado a política de saúde brasileira. O projeto do capital, no setor saúde, é apoiado pelo setor privado, pelos donos de hospitais, diretores de hospitais filantrópicos e beneficentes e de grupos privados de saúde. Suas raízes estão no modelo assistencial privatista que visa à privatização, contenções de gastos através de medidas que promovam austeridade e seleção de demanda (racionalização de oferta e descentralização com isenção do poder central e focalização). Já os setores progressistas defendem o Projeto da Reforma Sanitária, que tem como uma das suas estratégias o SUS constitucional e, como premissa, a saúde como direito de todos e dever do Estado.

É importante destacar que as resistências da sociedade civil organizada contra o projeto do capital vem dificultando o repasse integral da gestão do SUS para setores não estatais. As oposições ao processo de privatização da saúde tem se dado por

meio dos conselhos e conferências a nível municipal, estadual e nacional, que já deliberaram contra as formas de terceirização na saúde e em defesa do modelo de gestão já consagrado na legislação do SUS, e, de forma mais incisiva, através dos Fóruns de Saúde estaduais que já somam vinte (20) em todo o Brasil, e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde estaduais e municipais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários.

Tendo em vista que os rumos da política de saúde no capitalismo contemporâneo estão na contramão da consolidação do arcabouço legal do SUS, faz-se necessário fortalecer cada vez os espaços organizativos e de lutas em defesa de uma saúde pública e de qualidade. Esses espaços tornam-se cada vez mais importantes para o debate contemporâneo sobre a conquista, a consolidação e a universalização do direito à saúde. Por meio deles, os trabalhadores e usuários da saúde pública poderão compreender os caminhos da política de saúde brasileira, fortalecendo o pensar e o agir coletivo na defesa de uma política de saúde pública, universal e de qualidade.

Referências

- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p.
- _____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: maio 2014.
- _____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *A Reforma administrativa do sistema de saúde*. Caderno MARE, v. 13, 33p. Brasília: MARE, 1998.
- _____. *Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm>. Acesso em: maio 2014.
- BRAVO, M. I. *Novas Articulações entre o público e o privado no Sistema de Saúde Brasileiro: O caso do município do Rio de Janeiro. Projeto FAPERJ*, 2012.
- BRESSER PEREIRA, L. C. *A reforma gerencial do estado de 1995*. Rio de Janeiro: RSP, 120(1), jan-abr 1996.
- CARDOSO, A. M. *Organizações sociais na saúde: Rio Intransparente*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). 2011. Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- O GLOBO, *TCM investiga fraude de mais de R\$10 milhões em hospitais do Rio*. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/05/tcm-investiga-fraudes-de-mais-de-r-10-milhoes-em-hospitais-do-rio.html>>. Acesso em: 14 maio 2015.
- REZENDE, C. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ADUFRJ-SSind, 2008.
- RIO DE JANEIRO (Município). *Lei nº 5026, de 19 de maio de 2009*. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Poder Executivo. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 20 maio 2009.
- _____. *Imprensa Oficial da Prefeitura do Rio de Janeiro*. Disponível em: <doweb.rio.rj.gov.br/>.
- _____. *Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro*. Disponível em: <www.rio.rj.gov.br/web/sms>.
- TRIBUNAL DE CONTAS DO RIO DE JANEIRO (Município). *Relatório Nº 40/1700/2011*. SGCE / 4º Inspeção Geral de Controle Externo.

NOVOS AGENTES ECONÔMICOS FOMENTADOS PELA CONTRARREFORMA LIBERAL NA SAÚDE: UM PANORAMA DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS ATUANTES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi

Maria Inês Souza Bravo

Jonathan Pacheco

Introdução

Desde 1995, a privatização da gestão de unidades de saúde do Estado é implementada no Brasil. Fruto da contrarreforma do estado, a Lei que cria as Organizações Sociais/OS na administração pública foi sancionada em 1998 (lei nº. 9.637, de 15/5/1998). Assim, as Organizações Sociais de Saúde (OS), que representam as OS no setor saúde, são entidades não governamentais, qualificadas pelo poder público e que com ele estabelecem contratos de gestão. São Paulo implementa OS desde os anos 1990. A partir do final dessa década, houve um incremento de estados e municípios atuando com OS (Andreazzi e Bravo, 2014).

No município do Rio de Janeiro (RJ), após a sanção da Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009, a Prefeitura da cidade, sob nova gestão do PMDB, tendo o Partido dos Trabalhadores/ PT como vice, entregou todo o programa Saúde da Família, Unidades de Pronto Atendimento, emergências, alguns hospitais e programas especiais para administração através de OS.

A utilização do setor privado em saúde pelo Sistema Único de Saúde/SUS é uma característica herdada da história que a Constituição de 1988 procurou reverter ao defini-lo como complementar ao estatal e ao estabelecer uma direcionalidade de investimentos em unidades estatais. Entretanto, as OS vêm subverter esses mandamentos. Elas se constituem em novos agentes econômicos, criados por demanda do estado, que se somam às diversas modalidades organizacionais anteriormente existentes que compõem o sistema privado em saúde no Brasil.

Entretanto, ainda pouco se sabe sobre a natureza econômica dessas novas instituições. De onde surgem essas OS, a partir de que capital? É uma diversificação dos capitais já atuantes ou novos capitais que entram no setor?

Com o intuito de responder a esses questionamentos, se tomou como caso as OS que estabeleceram, a partir de 2009, contratos de gestão com o município do Rio de Janeiro. Trata-se da segunda maior cidade do Brasil e que possui uma considerável rede estatal de saúde, fruto de seu papel histórico como antiga capital do país. O estudo, além de focar no conhecimento das OS, procurou avaliar a presença de tipologias institucionais.

O trabalho é parte de um projeto de pesquisa, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), que visa investigar as novas configurações do sistema de saúde brasileiro que resultam das interações entre o Estado e o mercado, abordando os anos que se iniciam no primeiro governo Lula, em 2003, até o presente e enfocando as organizações sociais sediadas ou atuantes no município do Rio de Janeiro.

Fundamentos teóricos-metodológicos

O estudo considera o fenômeno da privatização da gestão do ponto de vista da totalidade, ou seja, nas suas relações com as mudanças do capitalismo ao nível internacional, a mundialização financeira, o papel dos organismos financeiros, as pressões sobre os estados nacionais a efetuarem “reformas” e os rebatimentos específicos nas formações econômico-sociais dominadas. Estas apresentam as suas particularidades. Pois, carregam elementos subjacentes de modos de produção tradicionais, especialmente no que se refere a formação do aparelho estatal, atrelado a interesses particularistas de setores oligárquicos como os senhores de terra e, posteriormente, a burguesia associada ao capital internacional.

Inserido neste ambiente macro econômico social específico, instituições operam com os constrangimentos que suas características específicas lhes trazem. A partir dessa constatação tomada da economia institucionalista (Langlois, 1986) se analisaram as Organizações Sociais com contratos de gestão assinados com o município do Rio de Janeiro, a partir da aprovação da Lei Municipal de 2009. Procurou-se compreender os seguintes aspectos: a história institucional, a configuração de governança, as áreas geográficas e técnicas de atuação, as relações político-institucionais de seus diretores e conselheiros e a conformidade com as normas de conduta públicas.

Assim, as categorias de análise documental foram: quem são, quando e como foram formadas, quem são seus órgãos de direção, como funcionam, quem participa de seu corpo diretivo e executivo, conduta e alguns resultados.

As fontes utilizadas foram contratos sociais, relatórios e demais documentos oficiais das OS, assim como suas páginas da rede mundial de computadores. Realizou-se uma pesquisa nos sites do Tribunal de Contas da União, Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro e Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, procurando encontrar processos e outros documentos concernentes. Finalmente, fontes jornalísticas foram consultadas com o nome das OS e seus principais executivos.

Uma síntese dessas fontes é apresentada a seguir:

1. Contratos de gestão entre a OS e o município – os dados principais obtidos foram nome, o CNPJ, dados de identificação como endereço, os dirigentes da OS que assinaram o contrato, o escopo do contrato, os valores.
2. Contratos sociais – os dados selecionados foram: ano de fundação, local, os instituidores pessoas físicas e/ou jurídicas, formas de governança (composição e responsabilidades dos

diferentes órgãos que compõem as OSS). Estavam disponíveis os seguintes estatutos: FIOTEC, IABAS, UNIR Saúde, CEJAM e SPDM.

3. Páginas da Internet das OS – além dos contratos sociais se analisaram informações e documentos lá disponíveis como: história, instituições com as quais as OS possuem ou possuíram contratos, áreas de atuação, relatórios, dados quantitativos, financiadores.
4. Notícias veiculadas pela grande imprensa e mídia alternativa (blogs da área de saúde, jornais eletrônicos) – Foi feita uma busca com o nome de cada OS na internet e selecionadas no período estudado notícias relevantes.
5. Relatório de processo do Ministério Público – Para a OS “A Marca” as informações cadastrais como nome dos administradores e ligações com financiadores e fornecedores referentes a empresa foram tomadas de relatórios de processos que o Ministério Público do Rio Grande do Norte acionou – Processos: 0107607-57.2011 e 0118048-97.2011.8.20.0001 18/09/2012).
6. Relatório de Auditoria Operacional (TC 018.739/2012-1) do Tribunal de Contas da União.
7. Relatório do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, processos e outros documentos concernentes a partir de busca efetuada no Tribunal de Justiça do Rio
8. Processos na área civil no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2014, através de busca processual na página do TJ que foi efetuada entre 16/05/2014 a 23/05/2014. A consulta utilizou o nome e o CNPJ da OS. A origem da informação foi a 1ª Instância, na Comarca Regional da Capital (RJ) de Janeiro.

Resultados

Tanto a Secretaria Municipal de Saúde quanto as páginas eletrônicas das Organizações Sociais continham informações muito heterogêneas. Enquanto para algumas, todas as informações requeridas se encontravam na internet, a maioria obscurece origens, história e estatutos. Muitas das informações analisadas foram oriundas da imprensa e de processos abertos pelo Ministério Público do Rio Grande do Norte (caso A Marca). Algumas OS não apareciam nessas buscas. Foi necessário recorrer às fontes indiretas.

No período considerado, o município do Rio de Janeiro efetuou contratos de gestão com 14 (quatorze) Organizações Sociais, sendo que 4 (quatro) delas tiveram os contratos rompidos unilateralmente pelo município, por quebra das relações contratuais. (Quadro 1).

Quadro 1: Organizações Sociais atuantes no município do Rio de Janeiro de 2009 a 2014 por ano do contrato e de descredenciamento

Nome	Ano do contrato de gestão	Ano de descredenciamento
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)	2009	
Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FIOTEC)	2009	
Instituto de Ação Básica e Avançada a Saúde (IABAS)	2009	
Viva Comunidade	2009	
Centro de Estudos e Pesquisas 28 (CEP 28)	2011	
Fibra Instituto de Gestão e Saúde	2011	
BIOTECH Humana	2012	
Centro de Estudos e Pesquisas “Dr. João Amorim” (CEJAM)	2012	
Instituto Unir Saúde	2012	
Sociedade Espanhola de Beneficência	2012	
ORGANIZAÇÕES DESQUALIFICADAS PELO MUNICÍPIO		
Centro Integrado e Apoio profissional (CIAP)	2009	2011
Associação Social Global Soluções em Saúde (GLOBAL)	2010	2012
Associação Marca Para Promoção dos Serviços (A.MARCA)	2011	2011
Instituto SAS	2012	2014

Elaboração própria. Fonte: SMS/RJ

Das OS consideradas, oito foram fundadas no próprio estado, uma no Paraná e cinco em São Paulo, estado pioneiro. Com exceção de uma que tinha natureza jurídica fundacional, e outra, formada irregularmente como Fundação, todas eram associações sem fins lucrativos.

Dois organizações são bastante antigas e uma dos anos 60. Fundadas nos anos 1990, porém, anteriormente a Lei das OS (1998), encontramos três entidades, uma de São Paulo duas do Rio de Janeiro. De 1998 a 2009, data da lei municipal, três OS foram identificadas, de São Paulo e Paraná. Após a lei, cinco OS foram fundadas, todas no Rio de Janeiro.

O tamanho das OS é bem variado, se encontrando entidades como a SPDM que possui convênios em vários estados da Federação e com o governo federal (Saúde Indígena) até OS qualificadas apenas no município do Rio de Janeiro. A maioria atua também em outros municípios e estados, especialmente as paulistas, mas também algumas com origem no Rio de Janeiro se nacionalizaram.

Dos estatutos estudados, a grande maioria se assemelha no que diz respeito a seus órgãos de governança e aos impedimentos de seus associados e conselheiros perceberem remuneração da entidade.

A FIOTEC é uma fundação de direito privado, sem fins lucrativos, constituída em 1997, como FENSPETEC tendo a Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP como mantenedora. Seus objetivos eram estimular, fomentar e desenvolver ensino, pesquisa e projetos na área de saúde. Segundo o Relatório de Gestão de 2012 (FIOTEC, 2012) uma de suas missões era atuar como Organização Social em parceria com órgãos públicos de saúde. Em 2000 ganhou sua atual denominação por deliberação da plenária extraordinária do III Congresso Interno da Fiocruz, que determinou a existência de uma única fundação de apoio para o conjunto da instituição (FIOTEC, 2013). Como a FIOCRUZ, ela tem um âmbito de atuação em muitos estados. De acordo com a alteração estatutária em vigor (FIOTEC, 2000), os órgãos de administração e fiscalização da FIOTEC são: I – Conselho Curador; II – Conselho Fiscal; III – Diretoria Executiva. Uma pessoa não pode participar de dois órgãos ao mesmo tempo. O Conselho Curador é o órgão de deliberação e orientação superior da FIOTEC com seus membros indicados pelo Presidente da FIOCRUZ e, obrigatoriamente, referendados pelo Conselho Deliberativo da instituição, sendo que a maioria pertencendo ao órgão. O Conselho Curador elege uma Diretoria Executiva que é responsável pela assinatura de convênios, contratos, acordos e ajustes de mesma natureza sempre que os mesmos envolvam ônus ou compromissos financeiros para a FIOTEC.

A Secretaria Municipal de Saúde do RJ foi uma importante fonte de recursos da FIOTEC em 2011 e 2012, com uma retração após esse ano (FIOTEC, 2013).

O principal questionamento enfrentado pela FIOTEC, como OS, foi com a categoria médica envolvendo questionamentos de sua atuação como terceirizadora de mão-de-obra. Essas pressões externas e internas dos funcionários tem causado uma instabilidade na manutenção do contrato de gestão (SinMed, 2012).

A Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) é uma associação de direito privado, sem fins lucrativos, de natureza filantrópica e reconhecida de utilidade pública federal, estadual e municipal (em São Paulo), constituída em 1933. É a mantenedora do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e seus objetivos são a assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde. É a única OS que tem um corpo de associados e conselheiros entre professores e representantes da Associação de Docentes da UNIFESP, de técnico-administrativos, residentes, estudantes de pós-graduação e de graduação desta Universidade. Mas o órgão que cuida das unidades públicas de saúde sob

a gestão da SPDM delegadas por força de contrato de gestão em assuntos como aprovação dos planos de cargos e salários e dos demonstrativos financeiros e contábeis é o Conselho Deliberativo de Gestões Delegadas. Este é presidido pelo presidente do Conselho Administrativo e possui um razoável grau de autonomia perante o Conselho Administrativo como um todo e suas representações corporativas.

A SPDM possui de acordo com informações disponíveis em sua página eletrônica acessada em julho de 2014 contratos com órgãos federais como a Saúde Indígena e sete estados e alguns municípios em São Paulo, Santa Catarina e o do Rio de Janeiro, administrando 144 unidades ambulatoriais e três hospitais.

O Instituto Unir Saúde é uma associação de âmbito nacional, sem fins lucrativos, com sede no Rio de Janeiro e filiais em Nova Friburgo e Volta Redonda. Em Nova Friburgo tem contrato de gestão com a Prefeitura para UPA. Foi qualificada para atuar como OS em 2014 no estado da Paraíba (OS UNIR, sem data). Não existe na página da Internet o ano de fundação do Instituto Unir Saúde assim como os nomes que compõe seu Conselho de Administração.

Ao contrário dos estatutos de outras associações sem fins lucrativos, apresenta uma composição de Conselho de Administração, órgão de deliberação superior, obscura, pois nem todos os Conselheiros tem uma indicação precisa, seja pela Assembleia, seja pelo próprio Conselho.

O Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM) foi criado em São Paulo (SP) em 1991 para apoio em assistência, ensino e pesquisa ao Hospital Pérola Byington, hospital público estadual. Tem contratos de gestão com prefeituras de São Paulo, além do Rio de Janeiro. Inclui entre seus conselheiros representações da Associação Paulista de Medicina, assim como de usuários e pessoas jurídicas conveniadas.

A BIOTECH Humana, de acordo com Relatório de Auditoria Operacional (TC 018.739/2012-1) do Tribunal de Contas da União (2012), se origina de uma ONG existente desde 2006, que teria sido assumida em março de 2011 por um antigo empresário hospitalar do RJ com vários contratos de gestão com o setor público anteriores – Mangaratiba (final dos anos 90), estado do RJ (início dos anos 2000) e com o município do RJ no Hospital Pedro II e no Hospital de Acari.

No contrato de gestão assinado com o município do Rio de Janeiro, em janeiro de 2012, envolvendo o Hospital Municipal Pedro II e a Coordenadoria Regional de Emergências de Santa Cruz, aparece como sede um endereço do município do Rio de Janeiro. De acordo com o Tribunal de Contas da União (2012) em março de 2011, Valter Pellegrini Júnior é aceito como sócio e eleito presidente, na mesma assembleia, da entidade sem fins lucrativos Associação Médico Gratuito (CNPJ 08.726.657/0001-42), que estava inativa. A denominação foi alterada para Biotech Humana Organização Social em Saúde, o que demonstra o interesse por trás da transformação, que era direcionar seus esforços para realizar parcerias com o Poder Público. Tal fato foi atribuído a exigência de tempo mínimo de experiência no edital de licitação da prefeitura para atuar como OS. O TCU apontou irregularidades estatutárias na sua adequação como associação sem fins lucrativos.

Há outros indícios de irregularidades que envolvem o indeferimento de qualificação como Organização Social pela Comissão de Qualificação da Prefeitura Municipal de Niterói em 2013. As razões pelas quais não houve a qualificação foram:

- a) as competências do Conselho de Administração não observam o disposto no art. 4º, da Lei Municipal nº 2.884/2011;
- b) inexistência de especificação quanto ao modo de admissão de novos associados;
- c) ausência de comprovação de registro do ato constitutivo

junto ao Registro Civil de Pessoas Jurídicas;

d) ausência de comprovação da presença em seu quadro associativo de profissionais voltados à atuação na área da saúde.

A vinculação do executivo da Biotech com empresa de saúde, a GMP Saúde, é constatada na seguinte parte do relatório do TCU (2012):

Além da possibilidade de transferência do gerenciamento do Hospital Ronaldo Gazolla para uma organização social, o município do Rio de Janeiro também planejava realizar o mesmo tipo de parceria no Hospital Municipal Pedro II. Tal unidade de saúde havia sofrido um incêndio em outubro de 2010, ainda sob a gestão estadual, e retomaria suas atividades no início de 2012, após uma ampla reforma, já sob o gerenciamento de uma organização social. O hospital já havia sido administrado por Valter Pellegrini Júnior, entre 1998 e 1999, quando o governo estadual contratou (peça 27, p.20) a empresa da qual ele é sócio administrador, a GMP Saúde Prestadora de Serviços Médicos (CNPJ: 01.885.757/0001-72) (peça 46).

De ações judiciais contra a OS no Rio de Janeiro, foi encontrado que o Ministério Público Estadual no início de 2011 teria entrado com ação civil pública para tirar o Hospital Pedro II, em Santa Cruz, das mãos da Organização Social de Saúde (OS) Biotech e devolvê-lo à Prefeitura do Rio. Segundo o MP, a OS foi credenciada através de fraudes (Extra, 01/12/2013).

A Sociedade Espanhola Beneficente é uma instituição filantrópica tradicional, com origem no mutualismo. De acordo com a página na internet (Hospital Espanhol, s/ data) foi fundada por imigrantes espanhóis (comerciantes e representantes de órgãos espanhóis no Brasil). Tinha por objetivo minimizar os problemas da saúde pública local, carente então de hospitais e organizações médicas.

Seu estatuto atual diz que é uma associação, sem fins lucrativos, de propósitos filantrópicos, de caráter beneficente, de assistência social e de saúde. Entre os seus objetivos está o de manter e administrar hospitais e plano de assistência médico-hospitalar, além de ensino e pesquisa. Não foram encontradas vinculações partidárias nem denúncias e processos envolvendo a entidade.

A Viva Comunidade: não foram encontrados os estatutos da OS Viva Comunidade de modo a perceber suas relações institucionais com a Organização Governamental Viva Rio. Esta teria sido fundada em 1993 (Viva Rio, 2008) e entre seus fundadores e amigos figuram tanto a Associação Comercial do Rio de Janeiro como diretores da Federação das Indústrias do estado do Rio de Janeiro, tendo como foco a violência e como áreas prioritárias de atuação Comunicação, Ações Comunitárias, Segurança Humana e Direitos Humanos (Viva Rio, 2008). As fontes de financiamento de seus projetos são o poder público, governos e instituições internacionais assim como empresas multinacionais e nacionais, surfando naquilo que veio a ser denominado de responsabilidade social das empresas.

Nos contratos assinados em 2010, aparece como diretor presidente o Sr. Rubem César Fernandes, presidente da Organização Não Governamental Viva Rio.

A principal denúncia relacionada à Viva Comunidade/Viva Rio é a sua completa ausência de experiência prévia em gestão de unidades de saúde como se vê nos relatórios de atividades de 2008 a 2011, no momento de sua contratação pela Prefeitura, a despeito da lei exigir experiência prévia de 2 anos. Inspeção do Tribunal de Contas do Município em 2011, demandada pela Comissão de Saúde da Câmara dos Vereadores também assinalou essa questão. Foram percebidos nesse relatório a utilização de recursos públicos para consultoria e também desvio para obras na sede da ONG e ausência de pagamentos de impostos e pagamentos de multas por atraso salariais (O Dia, 2011).

O Instituto de Atenção Básica e Avançada em Saúde (IABAS) tem a particularidade de contar em seu Conselho com as pessoas jurídicas Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas e Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas e pessoas com parentela com políticos do PMDB e membros do executivo no governo do PSD, em São Paulo.

O Tribunal de Contas do Município de São Paulo (DOSPTJ, 2012, p. 111), diz que: “O IABAS não possuía, de fato, estrutura condizente com o de uma organização social qualificada, para firmar contratos de gestão com o Município de São Paulo. A instituição havia se proposto a implantar 50 AMAs Sorriso e nenhuma delas foi implantada. Não há nenhuma AMA Sorriso instalada e funcionando neste momento. Mesmo assim, receberam recursos públicos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo”. (DOSPTJ, 2012, p. 111)

Entre os membros de seu Conselho de Administração em 2012 figuravam representantes da Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas e da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas.

O Centro Integrado e Apoio Profissional (CIAP), presumivelmente, é uma associação civil sem fins lucrativos (não se teve acesso ao estatuto), pois foi qualificada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) com sede em Curitiba (PR). Possuía, em 2010, convênios com outros importantes municípios, como Londrina, São Paulo, Caçapava, governos do Mato Grosso e do Maranhão (Pelliccione, 2010). O presidente do Conselho de Administração também preside a Faculdades Inesul, no Paraná.

O CIAP, em 2010 assina contrato de gestão para a operacionalização da saúde da família na AP3.3 estando o CIAP sendo processado pelo Ministério Público Federal no Paraná. Em 2011 a 2ª Vara Federal Criminal de Curitiba assinou a sentença condenatória da ação penal contra dirigentes e associados do CIAP: o presidente do Conselho de Administração da entidade, Dinocarne Aparecido Lima foi condenado a 17 anos e quatro meses de reclusão em regime fechado (Redação Bonde, 2011).

O mesmo MP do Paraná em 2013 também condenou um prefeito por improbidade administrativa, a título de recebimento de taxa de administração por envolvimento com o CIAP. Em 2009, o CIAP também teria sido instado pelo Tribunal de Contas do estado do Pará, através de tomada de contas especial (ACÓRDÃO Nº 50.410, Processo nº. 2009/51348-5) instaurada pela Auditoria Geral que o condenou a devolver recursos ao estado (Redação Bonde, 2011).

O Centro de Estudos e Pesquisas 28 (CEP 28) é uma associação sem fins lucrativos, de direito privado e interesse público, fundada em 1967 por profissionais da 28ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. A partir de 2001 recebe a chancela do Ministério da Justiça como uma OSCIP e em 2010 tem o título de OS (Organização Social) em Saúde, homologado pela Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro. Em 2005 amplia os objetivos estatutários além de saúde e educação, para incluir projetos de meio-ambiente e inclusão social. Não foi encontrado o estatuto nas fontes públicas consultadas (CEP 28, s/data). Não foram encontradas denúncias envolvendo a OS.

O Instituto SAS é uma associação civil, sem fins lucrativos, com sede em São Paulo (SP) tendo como campo de atuação saúde, assistência social, cultura, esportes, educação e meio ambiente. É qualificado como OS em diversos estados e municípios e tinha em março de 2013 convênios com a Prefeitura de São Paulo e outros municípios do interior do estado de SP, Prefeitura do RJ e estado de Santa Catarina (DOSPTJ, 2013). Não foram encontrados os estatutos e membros dos Conselhos.

Há notícias envolvendo suspeitas de atuação irregular do Instituto em São Paulo. Em 2012, o Tribunal de Contas do Estado de SP condenou o Sistema de Assistência Social e Saúde (SAS) a devol-

ver mais de R\$ 5,2 milhões à Prefeitura de Itapetininga (SP) por uma prestação de contas de 2008, considerada irregular (DOSPTJ, 2014).

O SAS e o Instituto SAS têm laços estreitos, e sua relação com a administração pública na origem também pode ser constatada, como se pode ver:

“Em 2012, houve uma investigação conduzida pelo Grupo de Atuação Especial no Combate ao Crime Organizado do Ministério Público de São Paulo a partir de denúncias do vice-prefeito de Itapetininga (SP), que era então Secretário de Saúde que declarou a existência de inúmeras irregularidades na execução do Termo de Parceria celebrado entre o Sistema de Assistência Social e Saúde (SAS) e a prefeitura para a administração do Hospital Regional de Itapetininga. A apuração revelou que, embora constituídos na forma de Organizações Não Governamentais independentes uma da outra, o Instituto SAS e o Sistema de Assistência Social e Saúde (SAS) se confundem em uma única organização administrada pela mesma pessoa. No bojo dessa mesma operação, se descobriu que Adjunto de David Uij, Secretário de Saúde do estado de São Paulo (PSDB) divide empresa com médico ligado à SAS: quatro empresas fornecedoras de serviços para a SAS teriam o mesmo endereço no contrato social e o mesmo sócio-administrador. Outra empresa desse mesmo administrador, a BP Consultoria e Gestão Empresarial com sede em São Bernardo do Campo, e tem como objeto social as atividades de assessoria e consultoria na área de saúde possui 50% do capital social pertencente ao servidor público supra-citado”. (Oliveira, 2014)

Recentemente em 2014, também foram reprovadas pelo TCE/SP contas relativas a parcerias com prefeitura municipal de São Miguel Arcanjo. (TCE SP, 2014)

O Instituto Fibra é outra OS que não apresenta em sua página eletrônica o estatuto (Instituto Fibra. Sem data). Foi fundado na conjuntura dos 2000 em Mogi das Cruzes (SP), tendo na trajetória de seu principal diretor um plano de saúde e uma Universidade privada. Consta ainda na rede a Green Roof Clínica Médica S/C Ltda. (Diário Oficial de SP – TJ de 28/05/2014)

Além do RJ, constam contratos em SP, PB e MT. O governo de Mato Grosso rescindiu os contratos em abril de 2012 por ferir cláusulas contratuais relativas à movimentação de recursos em conta(s) bancária(s) específica(s) e exclusiva (s), vinculada(s) ao Hospital, de modo a que os recursos transferidos não sejam confundidos com os recursos próprios da contratada (Leite, 2012). No estado da Paraíba, em junho de 2013, os contratos também foram rescindidos por identificação de vícios e irregularidades (Estado da Paraíba, 2013).

A Associação Marca para a promoção de serviços (A MARCA) é uma organização obscura, sem informações públicas. Os dados obtidos se referem aos processos impetrados pelo Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte, no que ficou conhecido como Operação Assepsia (Ministério Público do Rio Grande do Norte, 2012).

Foi criada em data não identificada e teve convênios identificados no Rio de Janeiro, Natal, Duque de Caxias (RJ) e Mossoró (Blog de Eliana Lima, 2012). Foi descredenciada pelo município do RJ em janeiro de 2013 (Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 2013). Teve seus vínculos clareados pela investigação do Ministério Público do Rio Grande do Norte de 2012 supracitada que culminou em condenação e prisão dos seus diretores. Originalmente, desde os anos 80, o grupo teve como base a atenção privada hospitalar no RJ. Seus executivos circularam por cargos públicos, como a Fundação Hospitalar de São Gonçalo, nos anos 2000, com condenação pelo TCU em 2005 por constatação de diversas irregularidades cometidas no Processo Licitatórios de aquisição de equipamentos e material hospitalar (Processo nº 313/2001), descumprindo normas atinentes à Lei de Licitações e Contratos (TCU, 2005). Várias empresas relacionadas a ambulâncias e a fornecimento de materiais e equipamentos hospitalares foram associadas ao grupo. Os processos

de Duque de Caxias e Natal envolveram também prefeitos e executivos municipais. No caso de Natal, no que foi conhecida como conexão RJ-Natal (Operação Assepsia), houve envolvimento de médicos do corpo de bombeiros do RJ, próximos ao então Secretário de saúde do estado do RJ, um dos quais foi diretor médico do IABAS até 2010, que posteriormente, foram negociar contratos de gestão que envolviam a Marca e a Toesa (ambulâncias) em Natal (Leitão, 2012).

No processo do RN, se observou que a OS prestava contas usando notas frias emitidas por empresas que prestam serviços e consultorias cujos sócios são conselheiros da Marca.

Em Duque de Caxias, em março de 2013, a 1ª Vara Federal concedeu liminar determinando o bloqueio e sequestro dos bens do ex-prefeito de Duque de Caxias e de outros 24 acusados de envolvimento em um esquema de corrupção que teria desviado mais de R\$ 700 milhões da área de saúde no município. A Justiça também suspendeu o repasse de verbas públicas para duas organizações da sociedade civil de interesse público Associação Marca e IGEPP (ou Instituto Informare). Ainda segundo o MPF, para que o processo de terceirização da saúde fosse feito, a prefeitura de Duque de Caxias fez uma manobra jurídica com a edição de uma lei municipal, cujo objetivo seria conferir um aparente aspecto legal à escolha das ONG que administrariam o setor. “As investigações dos MP concluíram que as OSCIP contratadas – Associação Marca, IGEPP (Instituto Informare) e Salute Sociale – faziam parte do mesmo grupo, tendo sócios em comum e o mesmo endereço”. (O Globo, 2013)

A prefeitura do Rio descredenciou a Marca após relatório solicitado ao Tribunal de Contas, apontando falhas na prestação de contas na UPA de Senador Camará. (Extra, 2013)

A Associação Global Soluções em Saúde (GLOBAL) consta na pesquisa de CNPJ ter sido criada em 1999 como Fundação privada com sede no Rio de Janeiro (RJ). Parece uma ONG unipessoal de um médico que teria atuado como consultor da Prefeitura do RJ para a formulação do programa saúde da família se tornando, posteriormente, um contratante (Mascarenhas, 2010). Tentou atuar na Paraíba, sem êxito, tendo sido descredenciado pela Prefeitura do Rio de Janeiro em 2012. (Gusmão, 2013)

Oito OS estiveram envolvidas com denúncias de irregularidades na imprensa, quatro passaram por processos no Ministério Público (SP, RN, PB e PR), sendo que em dois casos resultou em condenações de seus diretores. Uma delas teve investigação do Tribunal de Contas da União (RJ). No TJ, uma das OS que foram descredenciadas tinha quatro condenações por inadimplência com fornecedores. Identificou-se uma especialização por área de atuação das OS, algumas mais voltadas para gestão hospitalar como a Biotech e a Sociedade Espanhola de Beneficência, outras para Materno-Infantil como o CEP 28. Entretanto, muitas atuam em duas áreas como saúde da família e UPA.

A partir das características identificadas e das trajetórias históricas das instituições, se efetuou uma tipologia de Organizações Sociais de Saúde, lembrando que esta é uma qualificação dada por um órgão público e não uma natureza jurídica específica. Os tipos identificados foram:

1. Órgãos públicos como Fundações de Apoio ou mantenedoras que atuam também como OS – três casos, um dos quais OS nacional de tamanho considerável.
2. Entidades filantrópicas de saúde tradicionais que se diversificam para também atuar como OS. No Rio de Janeiro, pouco expressivo, somente um caso e de OS pequena, ao contrário, por exemplo do Nordeste, onde o IMIP tem um tamanho e expressão geográfica considerável (IMIP, sem data)
3. Organizações não governamentais que se constituem no período neoliberal para ocupar espaços de execução de políticas

públicas, em geral de assistência social, de combate a pobreza, a violência urbana e aproveitam oportunidades abertas pelo setor saúde com as OS. Uma grande OS do Rio de Janeiro se encaixa nesse perfil.

4. Organizações não governamentais que se criam especificamente para atuarem como OS a partir das oportunidades abertas pela legislação. Outra grande OS paulista com atuação no RJ aqui se encontra.
5. Entidades sem fins lucrativos ligadas a grupos empresariais que também aproveitam oportunidades abertas pelo setor saúde com as OS, integrando o conjunto das empresas do grupo. É o maior grupo entre os tipos definidos, com seis entidades, tanto do RJ quanto de SP. Todas as ONG foram criadas nos anos 2000 com o propósito provável de aproveitarem o mercado que se abria para as OS no setor público. As do Rio de Janeiro, após 2009. Os casos de descredenciamento pela prefeitura do carioca têm este perfil.

Discussão

A entrega da gestão de unidades e programas públicos de saúde para organizações não governamentais e outros modelos de gestão mais flexíveis, que permitam o mix público-privado no financiamento tem sido uma recomendação do Banco Mundial para a reforma do setor saúde e do Estado em geral, desde os anos 1990. Foi adotada pelo governo abertamente neoliberal de Fernando Henrique Cardoso (anos 90) e sua implantação tem sido acelerada a partir dos anos 2010, já nos governos do PT. O modelo permite a flexibilização das contas públicas, especialmente dos gastos com pessoal, pois não incorre em custos fixos da administração direta. A abertura do setor de serviços ao capital privado está prevista no GATS (General Agreement on Trade and Services), se constituindo numa área de expansão do capital para extração de mais-valia como Marx previu anteriormente, numa conjuntura de crise de superprodução (Harvey, 2004),

A partir desse quadro geral, torna-se necessário entender se há mudanças nas relações entre os demais componentes do complexo médico-industrial-financeiro/CMIF com a entrada das OS. De onde, surgem as OS? Há que considerar as baixas barreiras econômicas a entrada de ONG nesse setor, pois o estado entra com o investimento em termos de instalações e equipamentos e os contratos são suficientemente longos para amortecerem custos de contratação e dispensa de pessoal. Nosso estudo mostrou que no RJ, as OS surgem como ONG cujos empreendedores vislumbram essa oportunidade, alguns criando a própria oportunidade como gestores públicos. Mas surgem também como diversificação de ONG tradicionais e ONG surgidas no período neoliberal de estímulo ao chamado Terceiro Setor (Garcia, 2004) e, ainda, de organizações fundacionais e associativas criadas pelo estado como apoio à gestão em assistência, ensino e pesquisa. Muitas frequentemente são partes de grupos empresariais, alguns lidando com atenção privada e com fornecimento de materiais médico hospitalares.

Configurações institucionais diversas têm recorrido a ligações político-partidárias de distintas ordens como forma de atuar/competir nesse mercado. Na realidade, competição real através da licitação formal é frequentemente questionada. Na verdade, em muitos casos, o que se suspeita é uma articulação prévia entre os gestores públicos e ONG ou projetos de ONG visando o estabelecimento do contato. Em casos como o Viva Rio/Viva Comunidade e o IABAS em São Paulo, órgãos públicos de fiscalização questionaram a falta de experiência prévia com os objetos do contrato, ou seja, saúde. Em outros, pessoas ligadas ao aparelho de estado eram as controladoras das ONG.

Considerações finais

O estudo identificou que a terceirização por Organizações Sociais tem sido um modelo de escolha da Prefeitura do Rio de Janeiro para determinados serviços e programas como a Saúde da Família, Unidades de Pronto Atendimento, programas e hospitais.

O terceiro setor em saúde é de longa existência no Brasil, principalmente como Santas Casas de Misericórdia. No Rio de Janeiro o que cresce como OS, entretanto, são instituições com perfis novos. Destaca-se o papel do próprio estado na criação dessas organizações, inclusive das maiores.

Muitos desdobramentos do estudo devem ser realizados, associando os perfis institucionais identificados à conduta das OS e identificando, com mais precisão, as ligações existentes entre as OS e os demais segmentos do complexo médico-industrial-financeiro da saúde, assim como os anéis com estado e os partidos políticos.

Referências

- ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. *Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde. Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.
- BLOG de Eliana Lima de 02/09/2012. Disponível em: <<http://blog-carlossantos.com.br/fantastico-retrata-corrupcao-na-saude-com-a-marca/>>. Acesso em: 03 dez. 2013.
- CEJAM. Disponível em: www.cejam.org.br. Acesso em: 17 maio 2014.
- CEP 28. s/data. Disponível em: <www.cep28.org.br>. Acesso em: 06 jul. 2014.
- DANTAS, D. Peemedebismo a prova. In: *Carta Capital* de 01/02/2013 Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/politica/peemedebismo-a-prova/>>. Acesso em: 08 out. 2014.
- DIÁRIO OFICIAL DO RIO DE JANEIRO (Município). Ano XXVII, n.2, Rio de Janeiro, 18 de março de 2013, p.51.
- DIÁRIO OFICIAL DE SÃO PAULO (Estado). DOSP TJ-cad.4 - 1ª Inst-Int.-p.2 de 28/05/2014. Disponível em: <<http://www.radaroficial.com.br/d/5856961023180800>>. Acesso em: 07 ago. 2014.
- DIÁRIO OFICIAL DE SÃO PAULO (Estado). Empresarial. 28/03/2013, p. 333.
- DIÁRIO OFICIAL DE SÃO PAULO (Estado). 26/10/2012.
- GOVERNO DA PARAÍBA (Estado). *Estado rescinde Contrato de Gestão com o Instituto Social Fibra*. 05/06/2013. Disponível em: <<http://www.paraiba.pb.gov.br/70391/estado-rescinde-contrato-de-gestao-com-o-instituto-social-fibra.html>>. Acesso em: 03 dez. 2013.
- JORNAL EXTRA. 26/01/2013. *Grampo mostra que Marca repetiu no Rio o mesmo esquema de Caxias*. Disponível em: <<http://extra.globo.com/noticias/rio/grampo-mostra-que-marca-repetiu-no-rio-mesmo-esquema-de-caxias-7403556.html#ixzz3aX8dotFv>>. Acesso em: 09 abr. 2014.
- FIOTEC. *Relatório de Gestão* de 2013.
- GARCIA, J. *O Negócio do Social*. Col. Passo a Passo 40, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- GUSMÃO, F. No centro das atenções. *Jornal aQui*. 22/07/2013. Disponível em: <<http://www.jornalaqui.com/noticia.php?id=4423&id-edit=1&banner=0>>. Acesso em: 09 out. 2014.
- HARVEY, D. *O novo imperialismo*. São Paulo: Loyola, 2004.
- HOSPITAL ESPANHOL. Disponível em: <<http://www.hospitalespanholrj.com.br/institucional/seb/a-seb/>>. Acesso em: 09 ago. 2014.
- IMIP. Disponível em: <<http://www1.imip.org.br/cms/opencms/imip/pt/conheca/>>. Acesso em: 09 abr. 2015.
- INSTITUTO FIBRA. Disponível em: <<http://institutofibra.org.br/>>. Acesso em: 07 out. 2013.
- LANGLOIS, R.N. (1986) The New Institutional Economics: an introductory essay In LANGLOIS, .N. (Ed.) *Essays in the New Institutional Economics*. New York, Cambridge University Press, pp. 1-25.
- LEITÃO, L. Rio: roubalheira na saúde cruzou fronteiras do estado. *Revista Veja*. 08/04/2012. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/rio-roubalheira-na-saude-cruzou-fronteiras-do-estado>>. Acesso em: 08 out. 2014.
- LEITE, F. *Organizações de saúde começam a dar problemas em MT*. Disponível em <<http://www.aimpressadecuiaba.com.br/TNX/conteudo.php?cid=3148&sid=133>>. Acesso em: 03 dez. 2013.
- MASCARENHAS, G. Instituto de médico colombiano mudou de categoria um mês antes de lei ser aprovada. *Jornal O Globo*. 21/05/2010. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/instituto-de-medico-colombiano-mudou-de-categoria-um-mes-antes-de-lei-ser-aprovada-3004825>>. Acesso em: 08 out. 2014.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO NORTE. Processos: 0107607-57.2011 e 0118048-97.2011.8.20.0001. 18/09/2012
- JORNAL O GLOBO. 24/01/2013. Justiça bloqueia bens de ex-prefeito de Caxias e de 24 acusados de desviar R\$ 700 milhões. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/justica-bloqueia-bens-de-ex-prefeito-de-caxias-de-24-acusados-de-desviar-700-milhoes-7386613>>. Acesso em: 08 out. 2014.
- OLIVEIRA, C. Secretário-adjunto de Saúde de SP tem sócio ligado a organização indiciada por fraude. *Rede Brasil Atual*. 31/03/2014. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2014/02/secretario-adjunto-de-saude-de-sp-tem-socio-ligado-a-os-indiciada-por-fraude-1830.html>>. Acesso em: 10 set. 2014.
- OS UNIR. Disponível em: <www.osunir.org.br>. Acesso em: 13 jun. 2014.
- PELLICCIONE, A. ACS temem ficar sem salários e direitos no RJ por causa do CIAP. *Jornal do Sindsprev RJ*. 25/10/2010. Disponível em: <www.sindsprevrj.org.br/jornal/secao.asp?area=9&entrada=4146>. Acesso em: 01 dez. 2013.

REDAÇÃO BONDE. 30/08/2011. *Presidente do CIAP é condenado a 17 anos de prisão*. Disponível em: <http://www.bonde.com.br/?id_bonde=1-3--1430-20110830>. Acesso em: 10 set. 2014.

SINMED - SINDICATO DOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO. Presidente da Fiocruz reafirma fim dos contratos da Fiotec com município e estado para contratação de mão de obra. Rio de Janeiro. 03/05/2012. Disponível em: <http://www.sinmedrj.org.br/informativos/index.php?set=INFORME_SINMED&id=309&set=INFORME_SINMED>. Acesso em: 10 out. 2014.

TCU - TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Ata nº 27/2005* –

Plenário TC-005.506/2002-0 (c/ 21 volumes).

TCU - TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Relatório de Auditoria Operacional* - TC 018.739/2012-1.

TRIBUNAL DE CONTAS DE SÃO PAULO (Estado). em 28/08/2014 TCE reprova prestação de contas de termo de parceria para saúde Disponível em <http://www4.tce.sp.gov.br/6524-tce-reprova-prestacao-de-contas-de-termo-de-parceria-para-saude> Acessado em 12/12/2014.

VIVA RIO. *Relatório de Atividades, 2008*.

PRIVATIZAÇÃO E REORDENAMENTO DA POLÍTICA DE TRANSPLANTES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO¹

Andreia Assis

Apresentação

O objetivo do presente artigo é apresentar como a atual estratégia de gestão da política de saúde adotada pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro vem sendo implementada na administração e reordenamento da política estadual de transplantes desde 2010, através da criação do Programa Estadual de Transplantes – PET. Para atender a esse objetivo, esse artigo apresentará a atual estratégia de gestão da política de saúde adotada pelo Estado, entendida aqui como uma tática com “viés privatista” – que aposta nas Organizações de Saúde e na Fundação Saúde para a direção da política de saúde.

Para fins de entendimento, esse texto compreende como “viés privatista” todas as ações de organização e gerenciamento do Sistema Único de Saúde que visem o repasse das mesmas para as mãos da iniciativa privada. Tal viés está diretamente correlacionado ao Projeto Privatista da Saúde (BRAVO, 1996), pautado na política de ajuste fiscal do governo e que cuja tendência é a contenção de gastos, com a racionalização da oferta e descentralização com isenção da responsabilidade do poder central, defendendo como tarefa do Estado garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando o setor privatista o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

Assim, com o fim de cumprir o que foi proposto, esse artigo será dividido em três partes. Na primeira será feito uma apresentação do desenho histórico de formação da política de transplante e como atualmente ela se apresenta em termos de gestão, financiamento e interesses econômicos. Na segunda parte faremos um pulo histórico e falaremos especificamente da política de transplantes do Rio de Janeiro na atualidade e como este vem adotando ações de “viés privatista” a partir da criação do PET. Na terceira parte serão apresentadas as discussões sobre os resultados e também serão levantados alguns questionamentos sobre o futuro desta política e do próprio SUS com a adoção desta estratégia privatista.

A construção da política nacional de transplantes – história e configuração atual

O transplante de órgãos e tecidos – seja intervivos ou advindo de doadores falecidos – hoje é um procedimento terapêutico reconhecido e indicado para indivíduos que apresentam grave condição de saúde e que a possibilidade de vida ou sobrevivência esteja condicionada a realização desta cirurgia. Desde a realização do primeiro

transplante de rim no país realizado na cidade do Rio de Janeiro em 1964, muitos avanços científicos, tecnológicos, medicamentosos, gerenciais e legais foram observados no campo do Transplante no Brasil até o desenho atual no Sistema Nacional de Transplantes.

A regulamentação deste processo, segundo PÊGO-FERNANDES e GARCIA (2010) pode ser dividida em três fases: a primeira vai de 1964 até 1987-com as primeiras tentativas de regulamentação da prática de transplantes no país –, a segunda de 1988 até 1997 – com o início e o fortalecimento do controle do Estado, centralizando no Ministério da Saúde a responsabilidade pela organização de um sistema nacional – e a fase atual, que se inicia em 1998 – após a regulamentação da Lei nº 9434/97 e Decreto nº 2268/97 que determinam os diferentes papéis a serem exercidos pelos entes federados e organiza o que conhecemos hoje como o Sistema Nacional de Transplantes.

A primeira fase do transplante se inicia com a 1ª Lei de Transplante no Brasil, a Lei nº 4280 de 06 de novembro de 1963. Em seus 10 artigos, a lei se resumia a autorização da retirada de órgãos e partes do corpo para o transplante de cadáveres, desde que o doador deixasse uma autorização escrita ou que não houvesse nenhum tipo de oposição por parte do cônjuge, dos parentes até 2º grau ou das corporações religiosas e civis de destino dos despojos. Ela também estipula um mecanismo mínimo de controle do processo de captação, obrigando as instituições que realizavam estes procedimentos a efetuarem relatórios anuais sobre os resultados dos procedimentos à Diretoria Nacional de Saúde. Já os custos dos procedimentos eram pagos pela parte interessada ou pelo Estado, caso a pessoa fosse pobre. Como foi uma lei pioneira, apresentava algumas questões que ela não tratava, como a não proibição do comércio de órgãos, a falta de controle sobre a doação de órgãos entre indivíduos não parentes e a falta de uma definição sobre a morte. Esta lei também não previa e nem organizava uma regulação nacional sobre transplante, já que este era um procedimento limitado aos hospitais universitários e centros de pesquisa. Esta lei também apresentou alguns pontos positivos, como a garantia da devolução condigna do corpo aos familiares – direito que permanece até os dias atuais – a construção de uma burocracia de controle e monitoramento do processo ao estipular o Departamento Nacional de Saúde Pública como órgão fiscalizador do processo.

Por ser uma legislação muito limitada e que não respondia aos avanços tecnológicos vivenciados pelo Transplante foi proposto e posteriormente aprovada a Lei nº 5479 de 10 de agosto de 1968, a

¹ - Esse artigo é produto da pesquisa desenvolvida para elaboração da dissertação de mestrado intitulada “Saúde e política de transplante: um estudo sobre as particularidades da Política de Transplantes do Estado do Rio de Janeiro”, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro em 2013, sob a orientação da professora Dra. Maria Inês Bravo.

nova Lei Nacional de Transplante. Esta legislação foi uma primeira tentativa de regulamentar a prática no Brasil principalmente para possibilitar o início dos transplantes cardíacos, conseguindo abarcar e avançar em alguns aspectos deficitários na lei anterior, cabendo destacar a previsão de penalidades para aqueles que a infringirem, a regulação e autorização pública de equipes médicas e hospitais considerados aptos a realizar a retirada e implante de órgãos e garantir como uma prerrogativa médica a declaração da morte. Como pontos negativos observa-se que ainda não se avança na discussão do conceito de morte e sobre o tipo de consentimento aceito, pois pela lei, a autorização pode partir do próprio doador em vida (consentimento presumido), de sua família, da instituição responsável pelo falecido em caso de pessoas institucionalizadas e que não possuem referências familiares.

O que essa fase do transplante tem de característica marcante é o fato de não ter a figura do Ministério da Saúde como fiscalizador do processo, ficando sob responsabilidade dos centros de transplantes a alocação dos órgãos, de acordo com as demandas apresentadas.

O Estado do Rio de Janeiro, dentro do cenário nacional é o protagonista destas ações. Neste período destacam-se desde os primeiros procedimentos cirúrgicos realizados nos Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Hospital Servidores do Estado (HSE) e no Hospital Adventista Silvestre (HSA) nas décadas de 60 e 70 e a montagem dos primeiros serviços regulares de transplantes no Brasil no HSE em 1973, seguido pelo HUPE em 1975.

A segunda fase é caracterizada pelo início do controle e monitoramento estatal, com a criação Sistema Integrado para o Tratamento do Paciente Renal Crônico e do Transplante Renal (SIRC-TRANS) no âmbito do INAMPS em 1987. O SIRC-TRANS funcionava como uma câmara técnica de assessoramento nos assuntos referentes ao tratamento dos renais crônicos. Ele estabelecia padrões nacionais para o funcionamento e reconhecimento dos centros de diálise, organizar o pagamento público deste procedimento e incentivar o transplante com o doador falecido. Para aumentar a sua influência no setor, a entidade condicionou o pagamento dos procedimentos ao credenciamento dos centros e o envio de relatórios trimestrais com dados dos transplantes realizados pelas unidades. De acordo com CHERCHIGLIA et al (2007) a criação do SIRC-TRANS foi uma tentativa do governo de unificar os recursos referentes ao tratamento do paciente renal, tendo um dos objetivos incentivar e fomentar a atividade do transplante renal com doador falecido, visando diminuir os custos humanos e financeiros com o tratamento dialítico.

No ano de 1987, com a publicação pelo Ministério da Saúde do SIRC-TRANS, o Estado do Rio de Janeiro criou o Programa de Imunogenética e Transplantes de Órgãos (PITO) no Hospital Servidores do Estado, responsável pela procura e alocação dos órgãos. Este programa foi responsável pelo aumento significativo de procedimentos no Estado, em especial do rim, chegando a realização de 180 cirurgias/ano. Esse serviço foi o embrião para a montagem de um sistema unificado de ações em transplantes em todo Estado, embora este ente não exercesse o controle do sistema até aquele momento. Somente em 1991, a Secretaria Estadual de Saúde incorporou PITO na sua estrutura.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) – a considerada Constituição cidadã – e posterior constituição do Sistema Único de Saúde que no campo da Saúde promulga a criação do SUS proporcionam novos arranjos institucionais para a Política de Transplantes. Destaca-se na CF/88, no seu artigo 199, parágrafo 4º, a proibição e comercialização de órgãos e tecidos para qualquer procedimento e a indicação da necessidade de uma lei complementar para organizar o Sistema Nacional Unificado de Transplantes.

A lei complementar, ou a nova Lei dos Transplantes só foi aprovada em 1992 (Lei nº 8489/1992), sendo regulamentada pelo decreto nº 879/93. Nesta legislação pode-se perceber alguns avanços, principalmente na inserção do Ministério da Saúde como órgão regulador das equipes que realizam a captação e retirada dos órgãos e tecidos, a implantação da compulsoriedade da notificação de casos de morte encefálica para as centrais estaduais, o condicionamento da retirada de órgãos e tecidos de doador falecido após a confirmação da morte encefálica, a proibição da participação no diagnóstico de morte encefálica de profissionais participantes das equipes do transplante, evitando assim conflitos éticos e de interesses e a regulação da doação de órgãos e tecidos intervivos.

Embora a legislação tenha avançado no sentido de organizar nacionalmente uma política de transplantes, ela não se propôs a construção de uma Política Nacional de Transplante, organizada de forma sistemática e com clara divisão de papéis entre os entes federativos e demais atores do processo de doação transplante. Até esta legislação, observava-se também a ausência de uma legislação apropriada que regulamentasse a realização do transplante, ficando restritas apenas na regulamentação da retirada dos órgãos e tecidos.

O papel de preencher estas lacunas ficou a cargo da Lei nº 9434/97 que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento – a Lei do Transplante – e ao Decreto nº 2.268 de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei nº 9434/97 e cria o Sistema Nacional de Transplante (SNT), responsável pelo desenvolvimento do processo de captação e distribuição de órgãos e tecidos humanos para finalidades terapêuticas, inaugurando assim a terceira e atual fase do transplante no Brasil.

A consolidação de mecanismos públicos para uma maior participação do ente federativo Estado na organização interna das ações de transplante imposta pela Lei nº 8489/1992 impulsiona no Rio, especialmente a partir de 1993, um remodelamento interno, acarretando a criação do Programa Rio-Transplante e do Banco de Tecidos do Estado do Rio de Janeiro, através do Decreto Estadual nº 18973 de 28.08.1993, substituindo o então PITO. A organização desse serviço no Estado ocorreu com a Resolução SES nº 1043 de 31 de julho de 1995, que aprova o estatuto de funcionamento do Programa Rio Transplante (RJ-TX) e do Banco de Órgãos e Tecidos do Estado do Rio de Janeiro.

No ano de 2004 acontece uma nova mudança na política estadual de transplantes por meio da Resolução SES nº 2535 de 13 de setembro de 2004, que regulamenta a criação da Central Estadual de Transplantes – Rio Transplante – CNCDO/RJ em substituição ao Programa Rio Transplante e Banco de Órgãos e Tecidos do Estado do Rio de Janeiro, com o intuito de adequar as atividades de transplante no Estado as portarias nacionais e para facilitar acesso aos recursos federais.

Os elementos que caracterizam essa terceira fase foi tanto a construção de um Sistema Nacional de Transplante controlado pelo Ministério da Saúde, o remodelamento das ações para que se adequassem aos princípios e diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde e a adequação da Política de Transplante, utilizando como base dois modelos internacionais considerados bem sucedidos na gestão da política de transplantes: modelo espanhol e o modelo americano.

O modelo espanhol foi tomado como exemplo devido a seus resultados obtidos que a levaram a se tornar líder mundial em doação e transplantes a partir da década de 90. Com um sistema de saúde que se assemelha ao SUS em seus princípios e diretrizes, mas possuindo uma forte descentralização devido

às comunidades autônomas, a Espanha desenvolveu um sistema de transplante que se baseia numa rede de coordenação dividida em três níveis: hospitalar – com a criação das Comissões Hospitalares de Transplante –, autonômico – Coordenações Autônomas (CA) – e nacional – com a criação da Organização Nacional de Transplante. Esse modelo influenciou o modelo brasileiro, quando por meio da Lei nº 9434/97 o transplante no Brasil também se organizou de forma hierarquizada, cabendo ao Ministério da Saúde a organização do SNT, os Estados ficando responsáveis pela gestão da fila e alocação dos órgãos e tecidos em seu território por meio das CNCDO – Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos – e hospitalar – exigindo que todas as unidades hospitalares possuíssem uma CIHDOTT – Comissões de Intra-hospitalares de Detecção de Órgãos e Tecidos para Transplante – cuja responsabilidade é identificar, notificar a CNCDO os casos de morte encefálica e organizar todo o processo doação-transplante na unidade.

Já o modelo americano inicialmente é adotado pelo Estado de São Paulo, e se caracteriza pela criação da Organização de Procura de Órgãos, entidade regionalizada não necessariamente governamental, responsável pelo processo doação-transplante em uma determinada região/conjunto de municípios. Sua regulamentação e incentivo a criação no país se deu com a Portaria Ministerial nº 2600/2009, que prevê que a OPO exerça no Brasil um papel de coordenação supra-hospitalar de caráter regional das atividades relacionadas ao processo de identificação, doação e manutenção hemodinâmica do doador, não tendo nenhuma ingerência no processo de alocação dos órgãos, cuja responsabilidade é da CNCDO. Nos Estados Unidos a gestão do processo doação-transplante é organizada regionalmente, tendo esta entidade o papel de gerenciá-lo em conjunto com a United Network for Organ Sharing (UNOS) – uma organização independente sem fins lucrativos que trabalha em parceria com o Ministério da Saúde Americano.

Diante destas duas influências presentes tanto na legislação quanto na logística da Política Nacional de Transplantes, podemos dizer que o Brasil possui um sistema híbrido, organizado conforme organograma abaixo.

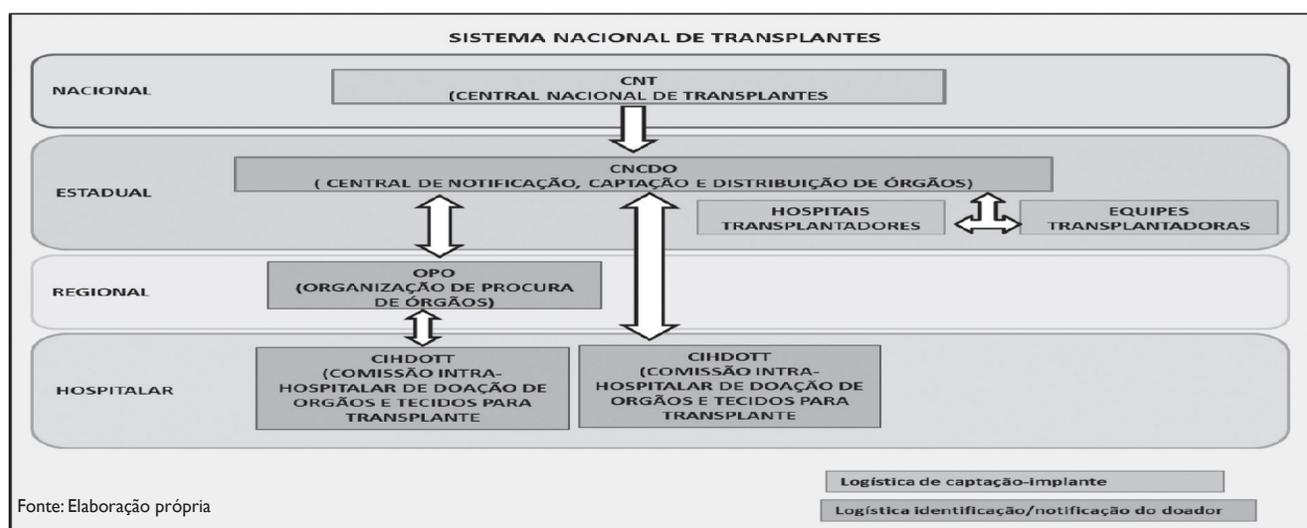
o acesso universal a todo o tratamento que necessitarem. Esta legislação estabelece também garantias e direitos aos pacientes que necessitam destes procedimentos e regula toda a rede assistencial através de autorizações e reautorizações de funcionamento de equipes e instituições.

No âmbito do financiamento do transplante, cabe destacar que o SUS é responsável por 92% dos recursos destinados para todo o processo doação-transplante, pagamento este realizado pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) através da emissão de AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) pelas unidades hospitalares que realizam os procedimentos de transplante, ou pelas unidades que realizam a notificação, manutenção e captação de órgãos e tecidos para transplante, seja ela de natureza pública ou privada. O transplante conta também com o financiamento dos medicamentos necessários em decorrência do transplante ou da doação em vida. Esses medicamentos são custeados pelos recursos do programa de Autorização de Procedimentos de Alto Complexidade (APAC), solicitados pelas unidades que realizam o acompanhamento pós-transplante.

Um dado importante sobre como se desenha o campo da privatização da saúde e seus impactos na consolidação da política de transplante pode ser observado quando analisamos a distribuição entre as unidades transplantadoras que realizam o procedimento de transplantes no Brasil. No que se refere aos valores totais, o Brasil entre os anos de 2009 e 2014 investiu R\$ 2,491 bilhões na política de transplante do Brasil. Este valor, se dividido entre as instituições públicas e privadas, novamente aponta para o privilegiamento do setor privado, com R\$ 1,533 bilhões para o setor privado e R\$ 959 milhões para o setor público. Numa relação de dados dos recursos direcionados para ambos os setores, verificou-se que, para cada R\$ 1,00 (um real) direcionado para o setor público, são direcionados R\$ 1,59 (um real e cinquenta e nove centavos) para o setor privado, ou seja, uma transferência de quase 60% para estas unidades. (Ver tabela I na pág. 71)

Aqui encontramos a deixa para falar um pouco sobre o

Desenho organizacional do Sistema Nacional de Transplantes



A Política de Transplante do Brasil – mesmo sofrendo forte influência dos modelos espanhol e americano – se constituiu através observância à Constituição Federal, aos princípios constitutivos do SUS e da organização federativa brasileira. Suas diretrizes são a gratuidade da doação, a garantia da qualidade de vida dos receptores e dos doadores vivos, proporcionando-lhes

Rio de Janeiro, começando essa história de trás para frente. Neste período em questão observamos os recursos federais via AIH ainda são em sua maioria destinados para hospitais públicos. Contudo, uma crescente participação de hospitais privados e redução de hospitais públicos vem sendo verificada a partir de 2010, período onde a Secretaria de Saúde cria o Programa Estadual de Transplantes, entendido

Tabela 1 - Recursos Federais por AIH 2009-2014 para Transplantes

INSTITUIÇÕES	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
PRIVADO	R\$ 165.299.933,75	R\$ 175.248.135,00	R\$ 214.128.583,36	R\$ 258.994.399,04	R\$ 351.647.360,62	R\$ 367.342.441,75	R\$ 1.532.660.853,52
PÚBLICO	R\$ 117.718.075,60	R\$ 124.203.257,11	R\$ 141.678.578,21	R\$ 159.699.619,40	R\$ 199.434.172,39	R\$ 216.025.385,26	R\$ 958.759.087,97
RELAÇÃO PRIVADO/ PÚBLICO	R\$ 1,40	R\$ 1,41	R\$ 1,51	R\$ 1,62	R\$ 1,76	R\$ 1,70	R\$ 1,60

Elaboração própria a partir dos dados fornecidos pelo DATASUS em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qj>

aqui como a estratégia adotada pelo Estado do Rio de Janeiro para fomentar a estratégias de privatização da sua política de transplantes.

Práticas com viés privatizante da política de Saúde e a Relação com a Política de Transplantes — o Programa Estadual de Transplantes

A política de saúde do Estado do Rio de Janeiro, principalmente após a eleição do governador Sérgio Cabral em 2007, vem implementando estratégias privatizantes sob três grandes campos de atuação: no campo da gestão, do financiamento e no desmonte dos serviços públicos. No campo do financiamento se verifica repasses de recursos públicos para que unidades privadas realizem procedimentos pelo SUS. Já no campo da gestão tem-se a organização de uma rede de serviços médico-hospitalar via Organizações Sociais/Fundação Saúde e, por fim no campo do desmonte dos serviços públicos o enfraquecimento dos serviços públicos com diminuição de repasses financeiros e desmantelamento destes serviços de excelência, no caso dos transplantes. Nesta parte do texto, será abordado como essas estratégias vem sendo implementadas no campo da Política Estadual de Transplantes, utilizando o Programa Estadual de Transplantes como principal mecanismo para tal.

No campo da gestão da política de Saúde do Estado, cabe destacar a diretriz de incentivar a criação de uma Fundação Estatal de direito privado para gerenciar as unidades estaduais. Através da aprovação da Lei n° 5164 de 17/12/2007, o governo do Estado estipula a criação das Fundações Estatais Públicas, cuja personalidade jurídica é de direito privado, criado para gerenciar todos os serviços de saúde do Rio de Janeiro, conforme a sua natureza, considerado como a principal estratégia de privatização dos serviços públicos estatais. A instituição destas fundações se dá pelo Decreto n° 43.241 de 2011 e sua unificação em uma única Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro se deu por meio da Lei n° 6304 de 28 de agosto de 2012.

As normativas que orientam a função da Fundação Saúde indicavam que o seu objetivo é gerenciar integralmente as unidades hospitalares e institutos de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Contudo, no momento a sua atuação se limita ao gerenciamento das grandes emergências estaduais, compra de insumos médico-hospitalares e gerência de recursos humanos de outros serviços, dentre os quais do Programa Estadual de Transplantes.

Contudo, a partir de 2012 o governo do Estado adota uma nova estratégia de gestão dos serviços públicos, a partir da contratação das Organizações Sociais² para gestão das unidades de terapia intensiva e unidades próprias, como as UPA e hospitais estaduais. Por Organizações Sociais entende-se uma entidade sem fins lucrativos cuja atuação se daria em setores considerados

não exclusivos do Estado, dentre os quais a execução de políticas sociais. Seu conceito e criação se deu no âmbito do projeto de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, durante a primeira gestão do governo Fernando Henrique Cardoso.

No Estado do Rio de Janeiro, para além da gestão de unidades próprias, as OS também foram contratadas a partir da utilização de unidades hospitalares filantrópicas e particulares, que começaram também a prestar esses serviços para o Estado. As ações dessas entidades se concentram nas atividades de alta-complexidade, onde por meio de um Contrato de Gestão firmado entre o Estado e a OS, estas passam a administrar uma unidade de saúde, recebendo recursos financeiros para a gestão daquela unidade como um todo – contratação de pessoal, gestão de material e entregar serviços previamente combinados com a Secretaria estadual de Saúde. Na tabela abaixo serão apresentados todos os contratos com Organizações Sociais realizados no ano de 2012.³

Tabela 2 - Contratos de gestão firmados entre o governo do Estado do Rio de Janeiro e as organizações sociais para gestão das unidades de saúde.

CONTRATO DE GESTÃO	UNIDADE DE SAÚDE	OS CONTRATADA	VALOR DO CONTRATO
001/2012	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS	Associação Lar São Francisco de Assis na Prov. de Deus	R\$ 62.648.379,12
002/2012	HOSPITAL ESTADUAL DA MÃE	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	R\$ 53.826.575,59
003/2012	UPA MESQUIITA	Instituto Data rio de Administração Pública	R\$ 20.220.000,00
004/2012	UPA ITABORAÍ	Inst. dos Lagoa – Rio	R\$ 19.742.103,96
007/2012	UPA IRAJÁ	Viva Comunidade	R\$ 20.647.000,00
008/2012	UPA QUEIMADOS	Instituto Data Rio de Administração Pública	R\$ 20.220.000,00
009/2012	UPA NOVA IGUAÇU I	Instituto Data Rio de Administração Pública	R\$ 20.220.000,00
010/2012	UTI HEAS	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	R\$ 73.822.471,29
011/2012	UTI HEGV	Pró-Saúde Assoc. Benef. de Assistência Social e Hospitalar	R\$ 24.137.360,00 R\$ 4.682.000,00 (aditivo)
012/2012	UTI HECC	Pró-Saúde Assoc. Benef. de Assistência Social e Hospitalar	R\$ 12.167.040,00
013/2012	HOSP ESTADUAL MELCHIADES CALAZANS	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	R\$ 81.303.311,04
014/2012	UPA S. GONÇALO I	Instit. dos Lagos – Rio	R\$ 19.742.103,96

2 - Em 1997, por meio da Medida Provisória n° 1591, sendo posteriormente regulamentadas pela Lei 9.637 de 15 de maio de 1998, denominada Lei das OS. De acordo com o artigo 1°, o poder executivo poderá classificar as OS “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, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei”. Cabe destacar que as OSs podem contratar pessoal sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório, e não prestar contas aos órgãos de controle da administração pública. De acordo com Rezende in BRAVO (2008, p. 29), as OSs “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”.

3 - Foram colocados apenas os dados de 2012 por estarem todos completos. Não há informação completa sobre os anos de 2013 e 2014 e de como são repassados os recursos.

015/2012	UPA S. GONÇALO II	Instit. dos Lagos – Rio	R\$ 19.742.103,96
016/2012	UPA TIJUCA	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	R\$ 20.384.180,00
017/2012	UPA JACARAPAGUÁ	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	R\$ 20.385.280,00
018/2012	UPA BOTAFOGO	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	R\$ 20.391.380,00
019/2012	UPA COPACABANA	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	R\$ 20.339.680,00
020/2012	UPA BANGU	Inst. dos Lagos – Rio	R\$ 19.039.475,70
021/2012	UPA MARECHAL HERMES	Inst. dos Lagos – Rio	R\$ 19.039.475,70
022/2012	UPA REALENGO	Instit. dos Lagos – Rio	R\$ 19.039.475,70
023/2012	UPA RICARDO DE ALBUQUERQUE	Inst. dos Lagos – Rio	R\$ 19.039.475,70
024/2012	UPA NITERÓI	Instit. dos Lagos – Rio	R\$ 18.978.637,11
025/2012	UPA N. IGUAÇU II	Instituto Data Rio de Administração Pública	R\$ 20.220.000,00
026/2012	UPA ENG. NOVO	Viva Comunidade	R\$ 20.647.000,00
027/2012	UPA ILHA DO GOVERNADOR	Viva Comunidade	R\$ 20.647.000,00
028/2012	UPA MARÉ	Viva Comunidade	R\$ 20.647.000,00
029/2012	UPA PENHA	Viva Comunidade	R\$ 20.647.000,00
030/2012	OBSTETRÍCIA, NEONATOLOGIA, ODONTOLOGIA ESPECIAL, ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA, ENDOCOSPIA DIGESTIVA E ANESTESIOLOGIA HERF	Pró-saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar	R\$ 104.144.854,16
031/2012	HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES/ CENTRO DE TRAUMA HOSPITAL ESTADUAL PREFEITO JOÃO BATISTA CÁFARO	Pró-Saúde Associação Benef. Assist. Social e Hospitalar	R\$ 271.788.090,00
032/2012	HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus	R\$ 98.899.358,56
033/2012	HOSPITAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES, CANCER E CIRURGIA INFANTIL	Instituto D'Or de Gestão de Saúde Pública	R\$ 90.713.070,31

Fonte: Elaboração própria a partir dos Contratos de Gestão firmados entre o Governo do Estado do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais no ano de 2012

Podemos observar, portanto, que o Governo do Estado do Rio de Janeiro adota como duas principais estratégias de gestão da área da saúde a implementação das Organizações Sociais para gerenciamento das unidades de saúde estaduais e Fundação Saúde para gerência de recursos humanos. O que há em comum nestas duas estratégias é o fato de que o repasse de recursos e organização do sistema privilegia instituições privadas, que controlam a partir desses mecanismos a parte mais lucrativa dos serviços de saúde: a média e a alta complexidade.

E para implementação destas estratégias de forma mais eficiente, o Estado realiza diversas reestruturações internas de seus serviços, criando programas – destacando aqui o Programa Estadual

de Transplantes (PET) – para agilizar esse processo de privatização.

O PET é lançado no ano de 2010 – período de vigência do Governo Sergio Cabral –, sendo apresentado como a principal estratégia, melhoria dos indicadores do processo doação-transplante no Estado do Rio de Janeiro. É importante esclarecer aqui que o Estado do Rio de Janeiro, embora tenha tido uma importância histórica no processo de construção e consolidação da Política de Transplante no âmbito nacional, amargava até aquele momento a 12ª posição de doações efetivas no ano de 2010 (5,0 pmp) e a lanterna do ranking nos transplantes de córneas.⁴

Para atingir seus objetivos, o PET adota 3 grandes estratégias de atuação: aprimoramento profissional em transplantes, melhoria da comunicação dos hospitais e da sociedade com a CNCDO e melhoria da estrutura física e logística do transplante no Estado, incentivando o credenciamento de novas unidades e a priorização da criação de Organizações de Procura de Órgãos e CIHDOTT.⁵ E justamente na aplicação das estratégias que são identificadas a consolidação dos mecanismos privatizantes na Política de Transplantes Estadual.

No campo do aprimoramento profissional em transplantes podemos destacar o aumento do quantitativo da equipe profissional que trabalha no PET através de vínculos de trabalho não estatutário, privilegiando contratações por contratos temporários ou pela Fundação Saúde. Até março de 2014, o quadro de funcionários do PET era constituído em sua maioria por funcionários com vínculos de trabalho precarizados, distribuídos da seguinte maneira: 25 estatutários; 10 oficiais da saúde do Corpo de Bombeiros, 21 funcionários da antiga Fundação Escola do Serviço Público; 05 Contratados por empresas terceirizadas e que realizam trabalhos administrativos e 42 funcionários oriundos da Fundação Saúde. A partir de 14 março de 2014, o governo do Estado finalizou o contrato com a antiga FESP, dispensando assim os 21 funcionários e substituindo-os por novos funcionários da Fundação Saúde, que totalizaram no final de 2014, 63 funcionários com vínculo regulado pela CLT. Neste período também se apresentaram 10 novos oficiais bombeiros, totalizando 20 no final do ano de 2014. O que podemos observar aqui que atualmente o corpo de funcionários do PET é constituído em sua esmagadora maioria por funcionários da Fundação Saúde, cujo vínculo de trabalho celetista revela a estratégia privatista do estado de contratação de mão de obra, desonerando-o das responsabilidades trabalhistas diretas.

Para a questão da comunicação destaca-se a criação do DISQUE TRANSPLANTE (155) uma central telefônica que funciona 24 horas por dia para o recebimento das notificações de potenciais doadores pelas unidades de saúde, além de ser um espaço de obtenção de informação e retirada de dúvidas dos profissionais de saúde e população em geral.

No que se refere à melhoria da estrutura física e logística do transplante no Estado, novamente aqui encontramos as diferentes formas de implantação no transplante das práticas privatistas adotadas pelo Estado do Rio. Para fomentar as estratégias de identificação e notificação de potenciais doadores, o PET priorizou inicialmente a criação das CIHDOTT modelo nos principais hospitais estaduais da região metropolitana, utilizando como mão de obra funcionários da Fundação Saúde: Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Hospital Estadual Alberto Torres, Hospital Estadual Azevedo Lima e Hospital Estadual Getúlio Vargas. Ainda no campo da ampliação das notifi-

4 - Cabe destacar que a fila de espera para transplante de órgãos e tecidos é organizada pelo SNT, mas sua distribuição é estadual, ou seja, cada estado tem a obrigação de organizar a sua logística interna para atender as demandas por órgãos e tecidos. Além de ser estadualizada, a lista também é organizada por diferentes critérios definidos pela Portaria 2600/ 2009.

cações, o PET criou duas organizações de procura de órgãos no ano de 2014 (OPO-SUL e OPO-Norte), ambas também utilizando mão de obra da Fundação Saúde.

Ainda dentro dessa estratégia de melhoria da logística de transplantes, destaca-se a contratação de dois centros transplantadores via OS que iniciaram a realizar transplantes pelo SUS a partir de 2012 – Hospital Estadual de Transplantes, Câncer e Cirurgia Infantil – que realiza transplantes renal e hepático em crianças – e o Hospital São Francisco da Ordem Terceira da Penitência de Deus – onde foi instalado o Centro Estadual de Transplantes. É importante frisar que essas unidades não são unidades públicas. Uma é privada (Hospital da Criança) contratada para prestar serviços integrais para o Estado e outra é filantrópica (Hospital São Francisco), que presta alguns serviços, dentre eles o transplante.

O Hospital Estadual de Transplantes, Câncer e Cirurgia Infantil, localizado no bairro de Vila Valqueire no Rio de Janeiro foi inaugurado em dezembro de 2012, mas iniciou a realização cirurgias de transplante nos primeiros meses de 2013, logo após o serviço transplante pediátrico do Hospital Federal de Bonsucesso ter sido fechado por falta de recursos. A inauguração desta nova unidade se apresentou naquele momento como a estratégia encontrada pelo Estado para responder a falta desse serviço, que até aquele momento era o único oferecido para transplante renal e hepático para crianças. Para a inauguração deste centro, a estratégia adotada pelo Estado foi cooptar boa parte da mão de obra especializada em transplante infantil de Bonsucesso. Essa foi a mesma estratégia adotada para a inauguração do Centro Estadual de Transplantes, o que impactou significativamente no quantitativo de procedimentos realizados pelo HFB, que até aquele período era o Centro de Transplantes que mais realizava procedimentos cirúrgicos no Estado. Atualmente o Hospital Estadual de Transplantes, Câncer e Cirurgia Infantil é gerenciado pela OS Instituto D'Or de Gestão de Saúde Pública, organização social ligada a Rede D'Or. Este hospital utiliza a estrutura física do que foi anteriormente uma maternidade privada conveniada a Rede D'Or, que foi fechada para se tornar essa unidade estatal.

Já o Centro Estadual de Transplantes foi inaugurado em fevereiro de 2013, sob a gerência da OS Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus. No local são realizados transplantes de fígado e rins em adultos. Assim como o Hospital da Criança, os serviços prestados são previstos no Termo de Referência, elaborado durante a tramitação do Contrato de Gestão.

Essas unidades foram apresentadas pelo Estado como sendo as primeiras unidades gerenciadas por esse ente federativo a realizar

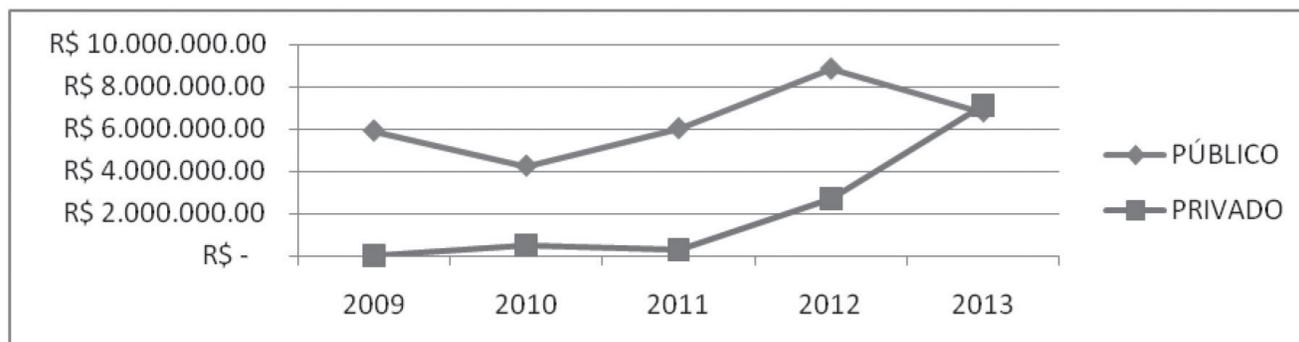
transplantes⁵. O erro nesta apresentação foi esquecer que o Hospital Universitário Pedro Ernesto, unidade Estadual ligado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro, já contava com um serviço de transplantes desde 1975, sendo um dos pioneiros no país. Aqui cabe fazer um destaque; embora o HUPE realize transplante há 40 anos, a unidade não dispõe de previsão orçamentária exclusiva para essa atividade. Ela é mantida e gerada com os recursos gerais destinados ao hospital, que no ano de 2012 representaram o montante de R\$ 70,2 milhões de repasses da Secretaria Estadual de Saúde para essa unidade, como modalidade de apoio ao hospital, provenientes do Fundo Estadual de Saúde.

Outro elemento em comum na construção dos Termos de Referência com essas unidades foi não ter sido clarificado o quantitativo das atividades em transplantes que deverão ser realizadas, além de não ter nenhuma previsão de mecanismos de controle social por parte da população. Para essas unidades gerenciadas por OS o Estado previu de repasse nos documentos que regulamentam o serviço o montante de R\$153,4 milhões no ano de 2012.

Essa forma de organização financeira das ações em saúde adotada pelo Estado acaba por acarretar na segunda estratégia de privatização patrocinada pelo Estado: a destinação de grande parcela dos recursos financeiros estatais para as OS, em detrimento de estimular ou fortalecer os serviços públicos de excelência. É importante frisar que financiamento, gestão e desmonte dos serviços públicos são temas imbricados entre si, o que dificultará uma análise individual de cada, sem considerar os mecanismos que os interligam. Ao observar o quantitativo total de recursos que o Estado destinou para as Organizações Sociais no ano de 2012 com o que foi atribuído ao Hospital Pedro Ernesto, já se pode verificar essa tendência. Na realização da pesquisa que embasou esse artigo não foi identificado nenhum repasse do ente federativo Estado para serviços de transplantes dos hospitais públicos e universitários que realizam ou já realizaram esse procedimento.

Ainda sobre o financiamento, cabe um parêntese para falar da forma como os recursos federais via FAEC também são redesenhados aqui no Estado do Rio de Janeiro. Ao traçar o desenho dos recursos federais para os Estados é possível observar uma tendência crescente de destinação dos recursos públicos federais para os hospitais privados com convênio com o SUS, revelando a estratégia atual de ampliação da oferta de transplantes através de parcerias com estas unidades. O Rio de Janeiro, embora retardatário neste processo também segue a tendência, tendo como destaque o crescimento da iniciativa privada entre os anos de 2011 para 2013, conforme podemos ver no gráfico abaixo.

Gráfico I-Taxa de crescimento do valor pago por AIH para instituições públicas e privadas localizadas no Estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2009 e 2013



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados retirados da base de informações do DATASUS - <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qjuf.def>.

5 - Ver mais em <http://www.rj.gov.br/web/imprensa/exibeconteudo?article-id=1971422>

O crescimento do repasse para a iniciativa privada não se justifica, por exemplo, se compararmos o quantitativo de cirurgias. Em 2012, 89,45% das cirurgias foram realizadas por hospitais públicos, com destaque para o HGB, responsável por 37,85% das cirurgias no Estado e para o Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, que realizou 90% dos transplantes de coração. Dentre os hospitais particulares destaca-se o Hospital Adventista Silvestre que foi responsável por 19,39% das cirurgias. Das 103 cirurgias realizadas por este mesmo hospital no ano de 2012, 84 foram financiadas pelo SUS.

O que esses dados vem mostrando até o momento todas as ações adotadas pelo PET com o intuito de fomentar o crescimento da atividade do transplante no Estado do Rio de Janeiro, foram ações que apresentam um viés privatista. Este programa, ao criar mecanismos que facilitam a ampliação da oferta de serviços pela iniciativa privada, em detrimento do repasse dos recursos para as instituições públicas, vem contribuindo para a estratégia do Estado de Privatização da Saúde.

Essa estratégia de privatização já vem apresentando significativos resultados no Estado, especialmente no campo do desmonte dos serviços públicos considerados de excelência na realização de procedimentos cirúrgicos em transplantes. Se até 2012 você tinha a presença efetiva das unidades públicas realizando o procedimento cirúrgico, em 2014 essa tendência se modifica. Levando-se em consideração apenas os transplantes renais verifica-se que dos 420 cirurgias realizadas, 188 foram feitas por unidades públicas e 232 por unidades privadas. Dentre as unidades privadas, o destaque se dá para o Centro Estadual de Transplantes que, sozinho, realizou 207 procedimentos, representando 49,28% de todos os transplantes renais do Estado. Considerando apenas o transplante hepático, esses números são mais surpreendentes: das 185 cirurgias realizadas, apenas 15 foram feitas por um hospital público – o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. As demais por unidades privadas, destacando novamente o papel do Centro Estadual de Transplante (78 cirurgias), seguido pelo Hospital Adventista Silvestre (73 cirurgias) e o Hospital Infantil (com 8 cirurgias, representando 100% das cirurgias em crianças).⁶

Diante dos dados obtidos, é bem perceptível uma participação mais efetiva do ente federativo Estado – especialmente no campo do financiamento da política estadual de transplantes – nos últimos cinco anos, período que foi implementado o Programa Estadual de Transplantes. Contudo, essa participação teve um nítido “viés privatista”, que fortalece o Projeto Privatista da política de Saúde. O fomento a Fundação Saúde, o repasse de importantes serviços de transplantes para a gestão das Organizações Sociais, acompanhado pelo desmonte de importantes e históricos serviços de transplantes são os elementos apresentados nesta nova conjuntura de gestão do transplante. Este é um fato que está posto! Cabe agora discutir quais as consequências destas ações.

Consequências e história – o futuro do SUS e dos Transplantes no Rio de Janeiro

Como dito anteriormente, através do PET se observa uma participação mais efetiva do ente federativo Estado. Sua participação, no entanto, seguiu uma diretriz de fortalecimento do projeto privatista da saúde no âmbito do transplante, ao promover a expansão da oferta de serviços e contratação da mão de

obra por meio de OS e da Fundação Saúde.

Diante desta constatação, alguns questionamentos sobre essa tendência da privatização do transplante e seus impactos no remodelamento dos princípios e diretrizes do SUS precisam ser discutidos: até que ponto a universalidade do acesso pode ser garantida quando você contrata serviços particulares das OS onde são estipulados uma quantidade de atendimentos determinados? E como garantir a equidade na saúde quando pacientes acompanhados e/ou transplantados por unidades públicas são vítimas do sucateamento destas em prol das unidades privadas? Como promover o controle social diante dos novos modelos de gestão, que preconizam apenas um controle burocrático, em detrimento da sociedade civil?

Essas e outras perguntas referentes ao andamento da política de transplantes estadual não poderão ser respondidas neste ensaio diante da limitação do objeto e do estudo. Tais questionamentos necessitam de atenção especial diante da gravidade do desmonte de uma importante política nacional, haja vista que o Sistema Nacional de Transplante se configura como o maior Programa de Transplante Público do Mundo e o segundo maior em número de procedimentos.

Contudo podemos lançar alguns elementos para perceber as consequências dessa tendência. Sonia Fleury, em artigo publicado no Jornal Francês Le Monde com o título “Um remédio para matar ou salvar o SUS?” traça as transformações que esses novos modelos de gestão – baseados nas estratégias de Parceria Público-Privado – ocasionam no SUS. Se baseando tanto nas transformações internas, quanto na literatura internacional sobre os impactos desta modalidade de gestão em outros sistemas de saúde e proteção social, a autora aponta que, ao reduzir o Estado a mero comprador e financiador do Sistema, está levando progressivamente a morte do SUS. E tal morte se justifica pelas mudanças que afetam tanto os seus princípios – destacando a equidade, onde se observa a diferença de tratamento entre os pacientes do SUS e privados nas unidades contratadas, até na questão do financiamento, onde a destinação dos recursos públicos para estas parcerias não se limita apenas ao contrato de serviços. A autora revela o outro lado obscuro desta relação financeira, com beneficiamento destas entidades com os recursos públicos do BNDES oriundos da emissão de títulos públicos, além das isenções de contribuições que financiam o Sistema de Seguridade Internacional. Nas experiências internacionais – e ela destaca o cenário europeu –, esses contratos se mostraram inflexíveis diante da crise, o que levou os governos a promoverem cortes em outros setores da administração direta.

Já ANDREAZZI (in BRAVO e MENEZES, 2012) traça outro tipo de consequência dada pela terceirização das unidades de saúde: a terceirização da gestão financeira – semelhante ao que ocorre na Colômbia –, onde o usuário do sistema de saúde opta pela sua inserção no sistema público ou privado de saúde, levando assim subsídios do Estado. Além disso, a autora chama atenção de como esses interesses privados no SUS possam representar o mesmo papel que essas empresas possuem no sistema de saúde americano, financiando campanhas e mantendo seus interesses econômicos, em detrimento dos interesses da maioria da população.

Como foi dito, esse é um ensaio que tentou identificar esse viés privatizante. Ele apresenta alguns elementos importantes, mas até mesmo pela limitação dos objetivos e do objeto escolhido não foi possível explorar novos elementos que emer-

6 - Dados obtidos no site www.transplantes.rj.gov.br

giram e que foram expressos nas perguntas acima. Por isso, é preciso descortinar a política de transplante do Brasil e do Rio de Janeiro e promover importantes debates sobre sua configuração e diretrizes adotadas na atualidade. Sendo o transplante uma ação de alta complexidade, ela é campo de embate de diferentes interesses e projetos societários em disputas: dos trabalhadores que na sua condição de saúde buscam esse serviço e dependem da sua sustentabilidade para garantir o direito à vida, dos representantes da grande indústria médica – que representam os interesses das indústrias farmacêuticas, dos hospitais privados e outros sujeitos que compõem esse grupo – que buscam estratégias econômicas e sociais para a maximização dos seus lucros na configuração capitalista atual.

Neste campo de disputa de projetos societários cabe aos que se identificam com os interesses dos trabalhadores e usuários da saúde a identificação dos nexos causais desta trama com vistas ao fomento das lutas pela ampliação da saúde e consolidação do SUS de qualidade para todos, público e estatal.

Referências

- ABTO. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abto02/portugues/populacao/home/home.aspx>>
- ARRETCHE, M.; HOCHMAN, G.; MARQUES, E. (org.). *Políticas Públicas no Brasil*. RJ: Ed. FIOCRUZ, 2007.
- BANCO de dados do DATASUS – Informações de saúde. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&VOBJ=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qi>>. Acesso em: 02 fev. 2015.
- BANCO DE DADOS DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES. Disponível em: <www.snt.gov.br>
- BEHRING E; BOSCHETTI I. *Política Social – fundamentos e História*. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING E. *Política social no capitalismo tardio*. São Paulo: Cortez, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências.
- BRASIL. Lei 11.633/2007. Altera a Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.
- BRASIL. Lei 9434/1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.
- BRASIL. Lei nº 10.211/2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”.
- BRASIL. Plano Diretor da Reforma do Estado do Bresser Pereira (1995).
- BRASIL. Portaria nº 2.933, de 27 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes - SNT, o Programa Nacional de Qualificação para a Doação de Órgãos e de Tecidos para Transplantes QUALIDOTT.
- BRASIL. Portaria nº 905/GM, de 16 de agosto de 2000. Estabelece que a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento da Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes. Revogado o Artigo I, pela Portaria GM/MS nº 1.752, de 23 de setembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria n. 2.109, de 26 de fevereiro de 1998. Estabelece normas para credenciamento das Centrais de Notificações, Captação e Distribuição de Órgãos e autorização para estabelecimentos e equipes especializadas promovem retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos e órgãos. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2109.html>>. Acesso em: 12 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do SNT. Disponível em <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em: 12 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 2.601 de 21 de outubro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO). Disponível em <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2601_21_10_2009.html>. Acesso em: 12 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 2.602, de 21 de outubro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Selo “Organização Parceira do Transplante” e dá outras providências. Disponível em <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2602_21_10_2009.html>. Acesso em: 12 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 292, de 29 de abril de 2002. Reiterar que as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, dependendo das competências e prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, poderão, a qualquer tempo. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-292.htm>>. Acesso em: 09 dez. 2012.
- BRAVO, M. I. S. *Saúde e serviço social*. São Paulo: Cortez, 2004.
- BRAVO, M. I. B. *Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, 1996.
- BRAVO, M. I. B. et al (Orgs.) *Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.
- BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). *Política social e Democracia*. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRAVO, M. I. S., MENEZES, J. S. B. de (Orgs.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.
- BRAVO, M. I. S., MENEZES, J. S. B. de (Orgs.). *Serviço Social, Movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012.
- CFESS; ABEPSS. *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CHERCHIGLIA, M. et al. A construção da base de dados nacional em Terapia Renal Substitutiva (TRS) centrada no indivíduo: aplicação do linkage determinístico-probabilístico, São Paulo, *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 24, n.1, p. 163-167, jan/jul, 2007.

COELHO, V.S.P. Interesses e Instituições na Política de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 13, n. 37, Jun. 1998.

FLEURY S. Um remédio para matar ou salvar o SUS? *Jornal Le Monde Diplomatique Online*. Disponível em <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1267>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

GARCIA V. *Por uma Política de Transplantes no Brasil*. São Paulo: Office, 2000.

GIOVANOLA, L. et. al. (Orgs.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HEIMANN, L. et al. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.; ALMEIDA, V. Efetividade, produtividade e capacidade de realização de transplantes de órgãos nos estados brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 27(8): 1560-1568, ago 2011.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.; ALMEIDA, V. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 22, n. 10, Out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2013.

MARX, K. O Capital. Crítica da Economia Política. Col. *Os economistas*. São Paulo: Abril Cultural, 1983, p. 11-14; "Prefácio da primeira edição" e "Posfácio da segunda edição", p. 15-21.

MARX, K. O método da economia política. In: MARX K. Para a Crítica da Economia Política; Salário Preço e Lucro; O rendimento e suas fontes. São Paulo: Abril Cultural, 1982, p. 14-23.

PÊGO FERNANDES, P.; GARCIA V. Estado atual do transplante no Brasil. In *Revista de Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2010; 15(2): 51-2.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. Contratos de Gestão estabelecido entre a Secretaria de Estado de Saúde diferentes Organizações Sociais para gerência de unidades próprias. Disponíveis em <<http://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/725-contratos/12681-contratos-de-gestao-2012.html>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. *Termo de Referência para Gestão dos Serviços de Saúde Estadual da Criança e Cirurgia Infantil, por entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social*. Disponível em <<http://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/725-contratos/12681-contratos-de-gestao-2012.html>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. *Termo de Referência para Gestão dos Serviços de Saúde no Hospital São Francisco de Assis, por entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social*. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/organizacoes-sociais-de-saude/725-contratos/12681-contratos-de-gestao-2012.html>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. *Decreto nº 5164 de 17/12/2007*. Autoriza o poder executivo a instituir a "fundação estatal dos hospitais gerais", a "Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência" e a "Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante", e dá outras providências. Disponível em <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/e9589b9aabd9cac8032564fe0065abb4/011272a6559efe00832573b5006c94c9?OpenDocument>>. Acesso em: 03 out. 2012.

SITE DO PROGRAMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES. Disponível em: <www.transplantes.rj.gov.br>.

PARTE 3

AS RESISTÊNCIAS ÀS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS POR DIVERSOS SUJEITOS SOCIAIS E AS LUTAS POR SAÚDE



CAPÍTULO 9:

O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: A RESISTÊNCIA ÀS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (OS)¹

Juliana Souza Bravo de Menezes
Maria Inês Souza Bravo
João Pedro Rodrigues
Déborah Barbosa da Silva

Apresentação

O presente trabalho buscou mapear as resistências ao processo de privatização da saúde, investigando as novas configurações do sistema de saúde que resultam das interações entre Estado e mercado. Dessa forma, algumas questões foram importantes para a investigação. Quem são os grupos que tem manifestado resistências ao projeto privatista no município do Rio de Janeiro? Que resultados têm logrado?

Nessa direção, o objetivo do estudo foi refletir sobre a importância do controle social na área da saúde, fazendo uma análise e trazendo o posicionamento do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMS-RJ) e das conferências frente ao processo de terceirização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), via Organizações Sociais (OS),² no período de 2009 a 2012.

Procurou-se identificar como as forças políticas e os sujeitos que compõem as instâncias de controle social na saúde no Rio de Janeiro se posicionaram frente ao processo de adesão aos “novos” modelos de gestão expressos na proposta de Organizações Sociais.

Para o alcance dos objetivos foi realizada pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa documental envolveu o levantamento e análise do conteúdo das atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e dos relatórios finais das Conferências Municipais, no período de 2009 a 2012. A partir desse levantamento buscou-se apresentar o posicionamento desta instância de controle social com relação às organizações sociais na gestão das unidades de saúde e pontuar os limites, possibilidades e desafios presentes

nesses espaços de participação social.

A partir da análise dos dados, percebemos os embates, as tensões e correlações de forças que permearam o processo de resistência do Conselho Municipal de Saúde, com a adesão ao projeto das *Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro pelo executivo*.

Este artigo está estruturado em quatro itens. No primeiro item ressalta-se os conselhos de saúde e aborda algumas análises com relação à participação social nos conselhos. O segundo apresenta o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O terceiro e o quarto item analisam o posicionamento do Conselho Municipal e das conferências frente a proposta das Organizações Sociais. E por fim, são feitas algumas reflexões.

O controle social na Saúde: algumas questões a serem enfrentadas³

O controle social na saúde é um direito conquistado, que advém do capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988, mais precisamente do princípio “participação popular”. Um dos mecanismos importantes de controle social são os *conselhos de saúde* compostos por usuários, gestores, prestadores públicos e privados e trabalhadores de saúde,⁴ de caráter permanente, *deliberativo* e *paritário*. O objetivo principal do conselho é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo.

Os conselhos foram concebidos como um dos mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas

1 - Este artigo é fruto de dados da pesquisa “Novas articulações entre o público e o privado no Sistema Único Brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), coordenada pela professora Maria Inês Souza Bravo. Os dados da pesquisa também foram analisados nos seguintes Trabalhos de Conclusão de Curso: “Política de saúde e controle social: a resistência do conselho municipal de saúde às organizações sociais no Rio de Janeiro” de Déborah Barbosa da Silva e “Os Espaços de Controle Social e Participação Popular na Resistência à Privatização da Saúde no Rio de Janeiro: Uma Análise do Conselho Municipal de Saúde, das Conferências e do Fórum de Saúde” de João Pedro Rodrigues.

2 - As Organizações Sociais (OS) são entidades privadas e foram criadas no município do Rio de Janeiro através da Lei municipal n.º 5.026, sancionada em 19 de maio de 2009, já no primeiro ano do mandato de governo do atual prefeito, Eduardo Paes. As Organizações Sociais atuam na área da saúde, do ensino, da pesquisa científica, do desenvolvimento tecnológico, da proteção e preservação do meio ambiente, a cultura, e no âmbito do esporte. O projeto das OS se insere na proposta de contrarreforma do Estado, a qual tem como marco significativo as formulações de Bresser Pereira. Seu viés gerencialista e privatizante está intimamente ligado aos preceitos neoliberais e representam obstáculos para a efetivação dos princípios do SUS constitucional e da Reforma Sanitária.

3 - Este item é fruto de reflexões realizadas por Bravo (2001 e 2006); Bravo & Souza (2002); Bravo & Menezes (2011); Bravo & Correia (2012).

4 - A resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, de 2003, define que a composição do mesmo deve ser de 50% de usuários, 25% gestores e prestadores de serviço públicos ou privados e 25% pelos trabalhadores de saúde. Esta resolução é desrespeitada por alguns gestores que consideram como recomendação.

bases de relação Estado/sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos. Nesse contexto, podem ser visualizados como inovações na gestão das políticas sociais, procurando assegurar que o Estado atue em função da sociedade, no fortalecimento da esfera pública (BRAVO, 2001 e 2006).

A experiência dos conselhos na sociedade brasileira não é nova, conforme ressaltam diversos autores (RAICHELI, 1998; GOHN, 1990). Destacam-se as práticas operárias do início do século XX e as comissões de fábrica, estimuladas pelas oposições sindicais nos anos 1970 e 1980, como também a ampliação dos movimentos sociais nesse período e sua luta contra o autoritarismo, implantado no país após 1964.

Os conselhos têm sido tematizados por diversos autores, com concepções diferenciadas. Gohn (2003) afirma que o debate sobre os conselhos como instrumento de exercício da democracia esteve presente entre setores liberais e da esquerda em seus diferentes matizes. A diferença é que eles são pensados como mecanismos de colaboração, pelos liberais e como vias ou possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder, pela esquerda.

Na atualidade, segundo Bravo e Souza (2002), identifica-se quatro concepções teóricas com relação aos conselhos. A concepção que visualiza os conselhos enquanto arena de conflitos em que diferentes projetos estão em disputa, pautada em Gramsci e nos neogramscianos.⁵ Esta concepção, entretanto, não é hegemônica nas pesquisas existentes na área da saúde, na atualidade. Os conselhos são percebidos, em um número significativo de estudos, como espaço consensual, onde os diferentes interesses sociais convergem para o interesse de todos. Essa concepção pautada em Habermas e nos neohabermesianos, não leva em consideração a correlação de forças e tem adeptos inseridos nas diversas instâncias do poder político para viabilizar os conselhos a partir de seus interesses.

Existe também a concepção dos conselhos apenas como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público. Essa perspectiva não percebe as contradições que podem emergir nesse espaço a partir dos interesses divergentes. É influenciada pela visão estruturalista do marxismo, cujo principal referencial é Althusser.

Há uma quarta posição que não aceita esse espaço, ou seja, questiona a democracia participativa, e defende apenas a democracia representativa. Essa concepção política neoconservadora é assumida por alguns representantes governamentais, mas também tem respaldo na produção intelectual de cientistas políticos dedicados à análise da democracia e dos sistemas de representação nas sociedades capitalistas.

Parte-se do pressuposto que, muitos dos obstáculos enfrentados pelos conselhos, decorre da cultura política presente ao longo da história brasileira que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo o predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos, como também nas práticas políticas do favor, patrimo-

nialistas (uso privado da coisa pública), de cooptação da população, populistas e clientelistas. Estas características são decorrentes do autoritarismo do Estado brasileiro, da distância da sociedade civil organizada dos partidos e da desarticulação da sociedade civil na atual conjuntura provocada pelas alterações na forma de produção e gestão do trabalho frente as novas exigências do mercado oligopolizado.

As classes subalternas, embora participantes ativas na produção de riquezas do país, não influíram na sua direção política e cultural nem partilharam com equidade dos bens produzidos, não sendo cidadão de direitos sociais, econômicos e políticos.

Apesar de todas as reflexões que explicitam os limites desses espaços para uma participação efetiva, considera-se que esses mecanismos são importantes para a democratização do espaço público e para a mudança da cultura política brasileira. Tem-se clareza, entretanto, que esse processo é lento e precisa de investimento por parte das entidades, movimentos sociais e universidades.

Nesta perspectiva, os conselhos não podem ser nem super valorizados, nem subvalorizados. Os conselhos são fundamentais para a socialização da informação e formulação de políticas sociais, entretanto, têm que ser visualizados como uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica no país. Conforme afirma Dagnino (2002), é um equívoco atribuir aos espaços de participação da sociedade o papel de agentes fundamentais na transformação do Estado e da Sociedade.

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Antes de iniciar o debate acerca do posicionamento do Conselho e da Conferência Municipal de Saúde com relação às OS, sem a pretensão de aprofundar, destaca-se a importância, mesmo que brevemente, de se resgatar alguns elementos que conformaram a criação de tais espaços.

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMS-RJ) foi criado pela lei municipal de nº 1.746, de 23 de Julho de 1991. Nesse mesmo período estava sendo convocada a 9ª Conferência Nacional de Saúde. O surgimento do Conselho de Saúde pode ser considerado como o resultado da iniciativa do legislativo e do interesse dos diversos movimentos sociais da área de saúde. No mesmo ano, foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que contribuiu para a legitimidade e consolidação desse órgão deliberativo.

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, permanente, com papel de deliberar, controlar e fiscalizar as ações e os serviços de saúde no âmbito municipal. A princípio foi paritário e composto por 24 membros e seus suplentes. No entanto, a Lei nº 2.627 de julho de 1998, possibilitou a inserção de um representante de cada conselho distrital⁶ –, elevando a composição para 34 membros, deixando de ser paritário.

5 - Gramsci percebe que a partir de 1870 há uma crescente "socialização da política", ou seja, o ingresso na esfera pública de um número cada vez maior de novos sujeitos políticos individuais e coletivos. Os conselhos podem ser considerados como um dos novos institutos democráticos, resultado da auto-organização e que compõe a sociedade civil além dos partidos de massa, sindicatos, associações profissionais, comitês de empresa e de bairro. São espaços em que as massas podem se organizar de baixo para cima, a partir das classes, constituindo os sujeitos políticos coletivos (Coutinho, 2000).

6 - O município do Rio de Janeiro está dividido em 10 áreas programáticas (APs) e possui 10 conselhos distritais de Saúde. As áreas programáticas estão divididas entre os seguintes bairros: AP 1.0 - Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama. AP 2.1 - Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal. AP 2.2 - Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel. AP 3.1 - Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral. AP 3.2 - Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho. AP 3.3 - Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre. AP 4.0 - Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena. AP 5.1 - Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Amaral e Vila Militar. AP 5.2 - Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba. AP 5.3 - Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

Porém, a Lei nº 5.104, de 03 de novembro de 2009, de autoria do vereador Paulo Pinheiro, amplia ainda mais o quadro de composição do CMS-RJ, que passa a constar com 40 membros,⁷ voltando a ter sua composição paritária.

De acordo com esta lei, cabe destacar alguns pontos importantes, tais como: os membros do *Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro* não poderão representar mais de uma entidade; não poderão mudar os representantes de entidades durante o mandato em vigência; os conselheiros e o presidente do CMS-RJ poderão exercer no máximo 2 (dois) mandatos ininterruptos; os suplentes não terão direito à voz ou voto quando o titular estiver no exercício da sua representação; o exercício das funções de membro do CMS-RJ em hipótese alguma será remunerado, apenas terão cobertura financeira quanto a gastos com deslocamentos, hospedagem e alimentação; o mandato presidencial e dos conselheiros passam a ser de quatro anos a partir da nova composição do CMS-RJ que ocorreu no início de 2012; o fim das cadeiras cativas que destinavam seis vagas no Conselho a entidades que não precisavam concorrer com as demais para representar os usuários; faz com que o Secretário de Saúde passe a ser membro nato do CMS-RJ e da Comissão Executiva; a Presidência do CMS-RJ passa a ser decidida através de eleição entre seus membros; a suplência passa a vigorar tanto para o CMS-RJ como para os Conselhos Distritais de Saúde; e as competências dos conselheiros estão redigidas de forma mais explícitas e objetivas.⁸

O que não muda com esta lei de nº 5.104/2009 é a forma de composição dos Conselhos Distritais. Permanecem inalterados em relação ao caráter consultivo, deliberativo e formato de colegiado. Apenas tem uma exposição mais esclarecedora quanto às competências de seus conselheiros.

Os problemas resolvidos com a lei de autoria do Vereador Paulo Pinheiro foram às questões relacionadas a: hierarquia entre as normas; regimento interno dentro de seus limites legais; direitos e deveres das entidades e seus representantes participantes do Conselho; mandatos com tempo de quatro anos, regulados com limite de recondução para o representante e definição de a quem pertencem; fim de pula-pula de representantes nas entidades; fim da cadeira cativa; suplência; instituição da paridade no CMS-RJ; eleição para presidência do CMS-RJ; autonomia financeira e de atuação melhores definidas; e periodicidade mais coerente para as Conferências Municipal e Distritais de Saúde.

Posicionamento do Conselho Municipal de Saúde com relação às Organizações Sociais

Depois de pontuarmos alguns elementos estruturantes do Conselho Municipal de Saúde, cabe elucidarmos algumas questões acerca do posicionamento dessa instância frente às Organizações Sociais.

Ao analisar as atas do Conselho, buscou-se identificar aquelas que mencionavam sobre o projeto privatista das Organizações Sociais no período de 2009 a 2012. Nesse período, de um total de 53 atas, 28 citavam as OS, conforme o quadro abaixo:

Quadro 1 – Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que mencionavam as Organizações Sociais no período de 2009 a 2012.

Ano	Total de Atas	Atas que citam as OS
2009	16	9
2010	13	6
2011	11	7
2012	13	6

Fonte: Pesquisa "Novas articulações entre o público e o privado no Sistema Único Brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro" - 2015

Sendo assim, iremos abordar as principais questões que surgiram nessas reuniões em cada ano.

De acordo com o quadro 1, *no ano de 2009*, das 16 atas, nove abordaram as OS. É importante destacar que foi neste ano que as Organizações Sociais foram aprovadas, através da Lei nº 5026, de 19 de Maio de 2009.

Dias antes dessa aprovação, ocorreu a reunião extraordinária do Conselho, no dia 06/04/2009, primeira reunião que apresentou a temática das OS. Cabe ressaltar que no dia 07/04/2009, dia seguinte a esta reunião, já seria a votação das OS na Câmara dos Vereadores.

A pauta desta reunião era exatamente sobre um documento apresentado pela Comissão Executiva à Câmara dos Vereadores do Rio de Janeiro, sobre o Projeto de Lei nº 02/2009, referente às Organizações Sociais. O documento solicita a suspensão da tramitação do dito Projeto e o seu envio ao Conselho Municipal de Saúde para que o mesmo seja devidamente debatido e analisado. Segue abaixo trecho do documento:

Sr. Presidente: A Comissão Executiva do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, reunida no dia 18 de março de 2009, decidiu, de acordo com o que possibilita o seu Regimento Interno, colocar-se publicamente contrário à tramitação do Projeto de Lei nº 02/2009, que dispõe sobre a qualificação de entidade, como Organizações Sociais e dá outras providências, tendo em vista que o referido projeto, que versa sobre questões em que estão inseridas a saúde de nossa cidade, não foi levado à discussão no nosso Conselho, ferindo uma de nossas prerrogativas, prevista na Lei Federal nº 8142/90, em seu art. 1º, parágrafo 2º, corroborando neste sentido a Lei Municipal nº 1746/91, em seu art. 2º, Item 1. Diante do exposto, solicitamos a suspensão da tramitação do dito projeto e o seu envio ao Conselho Municipal de Saúde desta cidade, para que seja devidamente analisado, retomando desta forma, o respeito aos alicerces constituintes do Sistema Único de Saúde – SUS. Atenciosamente, Comissão Executiva. (Ofício S/COMS nº 001, de 18/03/2009)

O plenário do CMS-RJ, com 21 conselheiros presentes, aprovou por unanimidade o documento, que foi encaminhado para a Câmara dos Vereadores pela Comissão Executiva do Conselho.

Outra proposta aprovada, com três abstenções, foi uma mobilização geral na Câmara dos Vereadores, no dia seguinte desta reunião extraordinária do Conselho, no dia da votação das OS na Câ-

7 - 10 membros representantes dos usuários do SUS, 10 membros representantes dos profissionais do SUS, 10 membros representantes dos gestores/prestadores de serviço do SUS, destes últimos 10, 4 membros serão do setor público, 2 membros indicados pelos prestadores de serviços de saúde privados contratados pelo SUS, 2 membros indicados pelos prestadores de serviços filantrópicos conveniados ao SUS e 2 membros indicados pelas universidades que possuam curso de graduação na área da saúde e 10 membros representantes dos usuários do SUS, indicados por cada um dos dez Conselhos Distritais de Saúde

8 - Algumas destas competências dos conselheiros são: participação na implantação, desenvolvimento e formulação de estratégias, diretrizes e fiscalização dos recursos financeiros, incluídos os do Fundo Municipal de Saúde; aprovação da Proposta Orçamentária Anual da Saúde; levantamento de dados sobre a saúde; proposição de metas para a assistência aos municípios e de adoção e acompanhamento de critérios de qualidade e resolutividade do processo de geração e incorporação científica e tecnológica; articulação com os demais colegiados de Controle Social, visando a um melhor acompanhamento da gestão do SUS; implantação de educação para o Controle Social, com programa definido voltado para a situação epidemiológica, organização e legislação do SUS, atividades de própria competência, orçamento e financiamento; avaliação e aprovação da política de recursos humanos do SUS; entre outras competências.

mara. O conselheiro representante do Conselho Distrital de Saúde da AP 5.2 reforça esta mobilização, dizendo que: “Todos deveriam fazer o seu papel e cada um dos conselheiros deve mostrar sua indignação amanhã, às quatro horas da tarde, na Câmara dos Vereadores”. Ainda finaliza dizendo que se os vereadores votassem a favor, dever-se-ia fazer um quadro mostrando quem votou contra o povo.

Também foi aprovado, com uma abstenção, que o Conselho Municipal emitiria uma Deliberação Oficial da Plenária, contrária ao Projeto 02/2009, referente às Organizações Sociais. Segue a Deliberação abaixo:

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em reunião Plenária Extraordinária, realizada em 06 de Abril de 2009, na sede do CIAD, situado à Av. Presidente Vargas, nº “tal”, Centro de Estudos, considerando o direito constitucional de participação social no SUS, o caráter deliberativo do Conselho Municipal de Saúde, respaldado pela Lei “tal” de sua criação, o poder deliberativo determinado pela Lei nº 8.142 ao controle social, a Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro e o Estatuto dos Servidores Municipais, resolve posicionar-se contrariamente à tramitação do PL 02/2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Reitera à Câmara Municipal do Rio de Janeiro, através de seu Presidente, a solicitação de retirada de pauta de votação em caráter de urgência, permitindo assim, a abertura de debates públicos, com ampla participação dos servidores do Município do Rio de Janeiro e da sociedade civil organizada da cidade do Rio de Janeiro.

Portanto, através desta reunião, podemos perceber que o CMS-RJ, em sua maioria, se posicionou contra o projeto de Lei das Organizações Sociais, já que o mesmo não teve um amplo debate com os trabalhadores da saúde e com a sociedade civil, não foi devidamente analisado no âmbito do Controle Social. Ao contrário, foi levado às pressas para a votação na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, mostrando o desprezo dos poderes executivo e legislativo do município, pelos posicionamentos e deliberações do Conselho.

Na reunião do dia 12/05/2009, as OS foram mencionadas somente nos informes. O plenário do CMS-RJ foi convidado para participar de debates sobre o tema e o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro⁹ se fez presente na reunião do Conselho, sendo citada a sua resistência contra as OS e todas as formas de privatização. Segue um trecho da ata de reunião deste dia:

O representante da FAM-RIO, comentou sobre sua luta em relação à saúde, e que o Fórum da Saúde, que reúne vários companheiros da Saúde e do SINDSPREV, continuarão lutando e encaminhando as questões contra as Organizações Sociais - OS, pois o projeto do Prefeito é totalmente ilegal (...).

Nesta reunião, podemos reparar a importância do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro na luta contra hegemônica, na resistência às políticas privatizantes e em defesa da efetivação do SUS.

A reunião do dia 06/06/2009, um dos pontos de pauta era a Regulamentação das Organizações Sociais. O subsecretário de Saúde fez uma apresentação defendendo as OS afirmando não tratar de um modelo privatizante e ser a melhor forma de gestão apresentada até o momento. Afirma que nenhum caminho com relação às OS seria tomado pela Secretaria Municipal sem ser discutido com o Conselho. Já os conselheiros fizeram falas questionando o modelo das OS, pois não respeitava os direitos trabalhistas e o controle social, significava

um ataque aos princípios do SUS e entrega ao setor privado (privatização). Foi citado também que ações judiciais em outros estados já derrubaram as OS. Ainda na reunião, os conselheiros aprovaram, com três abstenções, uma deliberação na qual a Comissão Executiva do Conselho Municipal de Saúde faria um documento entrando no Ministério Público, pedindo a inconstitucionalidade das OS, com o auxílio da OAB Regional. Nesta reunião destaca-se a tensão e o embate existente no âmbito do controle social, entre os projetos de saúde defendidos pelo subsecretário, representando o governo e os Conselheiros, representando os usuários e os profissionais de saúde.

No dia 14/07/2009, uma das pautas da reunião era a prestação de contas do primeiro trimestre. O secretário de Saúde novamente com uma fala favorável ao projeto privatista, afirma que as OS podem ser um mecanismo para a resolução de problemas referentes aos recursos humanos. Os conselheiros sinalizaram, novamente, o desrespeito da gestão com relação à resolução do Conselho contra as OS. A lei das Organizações Sociais foi aprovada sem ser discutida amplamente com o controle social.

Na reunião realizada no dia 11/08/2009, a temática das OS foi abordada somente nos informes, quando um conselheiro relatou que receberam de Brasília, do Ministério Público, um documento com um embasamento jurídico para que o Ministério Público do Rio de Janeiro entrasse com a inconstitucionalidade a respeito do decreto e da lei das OS.

Quanto à reunião do dia 15/09/2009, foi problematizada a representação das OS como prestadores de serviço na composição do conselho.

A pauta da reunião do dia 19/11/2009 era a apresentação do PPA (Plano Plurianual), Pacto pela Saúde e Termo de Compromisso de Gestão. Durante a apresentação, um dos conselheiros, representante da FAM-Rio (Federação das Associações de Moradores do Município do Rio de Janeiro), indagou sobre quem de fato é o responsável pela gestão do município, se era o próprio município ou as OS. Ainda sugeriu que o município assumira a sua gestão, que esta seja plena do município, pois é a sua obrigação.

No dia 08/12/2009, a reunião foi com uma pauta única, a Construção da Proposta Final do Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2010/2013 e sua aprovação. Todo o debate da reunião girou em torno da polêmica de inserir ou não as OS no Plano Municipal de Saúde. Ressaltou-se a posição contrária do conselho e das conferências em relação às mesmas, mostrando a discordância e a resistência a esse projeto privatista. Entretanto, algumas falas já demonstravam um conformismo e aceitação ao projeto das OS, o argumento a favor das OS era baseado na já aprovação da Lei Municipal. Ao final da reunião foi aprovado inserir as OS no Plano Municipal, por onze votos a três, com três abstenções.

No ano de 2010, das 13 atas existentes, seis mencionam o projeto privatista das OS.

A primeira é a reunião do dia 30/03/2010, sendo um dos pontos de pauta da reunião a mesa de negociação do SUS. A Mesa de Negociação no Rio de Janeiro, que foi instituída mediante Decreto nº 19.446, de 01/01/2001, tem como objetivo “estabelecer um fórum permanente de negociação entre gestores públicos e privados, trabalhadores do SUS, sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde”. O conselheiro da AP 5.3 problematiza que a Mesa de Negociação na Cidade do Rio de Janeiro terá problemas, pois a Prefeitura implementou uma política através das Organizações Sociais, onde cada uma dessas empresas está executando o

9 - O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro foi criado, em 2005, face a Crise da Saúde no Estado. Em 2007, transformou-se no Fórum em Defesa do Serviço Público e Contra as Fundações de Direito Privado. Em 2009, foi recriado para dar seguimento a luta dos sujeitos sociais em defesa da saúde pública que se reúne mensalmente, na UERJ, pretendendo ser um espaço de debate junto com os movimentos sociais e a academia.

seu trabalho à sua maneira. Tais diferenças prejudicam a política do SUS. Representante da AP 5.1 destaca a situação da saúde na Cidade do Rio de Janeiro que está ruim, questionou porque a Mesa de Negociação ficou parada desde 2001, indagando que se a Mesa de Negociação estivesse em atividade, talvez as OS não tivessem passado com tanta facilidade pela Câmara. Além dessa crítica, também sugere uma mesa de terceirização, já que a saúde encontra-se terceirizada atualmente e não há ninguém para acompanhar os trabalhadores contratados pelas OS. Pode-se perceber ainda um posicionamento crítico às OS, com falas de conselheiros pedindo maior fiscalização as mesmas, mudando o tom de rejeição do ano anterior para um tom de fiscalização neste ano.

No dia 13/04/2010, teve uma sugestão de inclusão de pauta aprovada pelo Plenário, que foi o documento elaborado pelos presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde e encaminhado ao Ministério Público sobre a situação das OS. Sobre o documento em questão, o subsecretário explicou que está muito claro na legislação as situações onde as OS podem ser utilizadas: em unidades novas, nas contratações de serviços ligados à Saúde da Família ou no Hospital Ronaldo Gazolla. Disse que a previsão da Subsecretaria é uma ampliação de serviços, e garantiu que nenhum serviço será fechado por vontade da Subsecretaria. O subsecretário de Saúde colocou que não há problema que o Conselho encaminhe o documento para o Ministério Público. Informa ainda que as OS não estão sendo utilizadas para outros fins diferentes daqueles que estavam previstos em lei.

O subsecretário coloca que em duas AP, a 5.1 e a 5.2, a OS vencedora foi a "CAMPO" que estava impedida de assinar o contrato com o município devido a uma ação judicial, então foram contratadas as OS "IABAS" e "SPDM" para atender as áreas respectivas. No entanto, a OS "SPDM" preferiu não aceitar o aditivo, pois não conseguiria dar conta do trabalho, sendo assim, os dois aditivos foram feitos com a OS "IABAS".

Nesta última fala do Subsecretário, podemos perceber que as irregularidades advindas das OS começam a surgir. No caso citado acima, foi com a OS "CAMPO", que não pôde assinar o contrato devido a uma ação judicial. E a partir disso, muitos casos de fraude, corrupção, sonegação e diversas irregularidades foram identificados com as OS. Ainda nesta reunião, os conselheiros fizeram diversas falas críticas as OS. Um conselheiro questionou o processo de licitação das OS, o fato do conselho não ter sido consultado para a escolha das mesmas. E outros problemas também apontados foram: o não pagamento aos profissionais de saúde e a falta de transparência das OS.

O conselheiro da AP 5.3 questionou o cumprimento da Lei nº 5026, pois não entendia como colocaram a IABAS para ser habilitada como OS, se na lei criada por eles próprios determinava que a OS deveria ter dois anos de fundação (a OS "IABAS" tinha 1 ano e oito meses de funcionamento).

Um representante da AP 5.1 ainda apontou o fato de que as OS não precisam apresentar documentos comprovando que são "ficha limpa". A conselheira da AP 2.1 denunciou que OS estão entrando em unidades antigas, desrespeitando a lei.

A posição da FAM-Rio, uma das entidades mais questionadoras e progressistas do CMS-RJ, é de defesa do SUS, de questionamento às OS e exige uma maior transparência da Secretaria. Além disso, o conselheiro voltou a lembrar que a Câmara dos Vereadores aprovou as OS, sendo que a população e o Conselho Municipal eram contra.

O representante do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (SINMED-RJ), outra entidade bastante combativa, aponta que a gestão quer acabar com o serviço público e com o servidor público. Sinaliza que os conselheiros e a população não podem aceitar que

nenhuma política acabe com o serviço público na área da Saúde do Rio de Janeiro, nem na área de Educação, em nenhuma área.

Por outro lado, uma representante da Secretaria de Saúde colocou que não defende as OS, mas é a única forma de ampliar a contratação de profissionais para o Programa Saúde da Família. Ainda criticou o Conselho por ter procurado diretamente o Ministério Público. "Se o Conselho começar a se dirigir diretamente ao Ministério Público sem procurar o senhor secretário, não sei onde tudo vai parar".

O conselheiro da AP 3.3 afirmou que assinou o documento encaminhado ao Ministério Público por entender que a gestão da Prefeitura não está respeitando o Controle Social. Ainda reclamou que nenhum CODS (Conselho Distrital de Saúde) estava conseguindo falar com alguém das OS. Eles tentaram contatar alguém, ir atrás, mas o endereço informado era inexistente, e fez a seguinte pergunta: "como ficam os conselheiros que querem fazer o controle social e não conseguem?"

Os conselheiros, em geral, apontaram a dificuldade de fiscalização das OS e a dificuldade do exercício pleno do controle social.

Nesta reunião podemos identificar a tensão e a disputa de interesses antagônicos. De um lado, a subsecretaria e os gestores defendendo o projeto privatista das OS, sempre com argumentos favoráveis as mesmas. Do outro lado, os conselheiros questionando, analisando e criticando esse processo e a falta de transparência, porém, ao mesmo tempo, ainda temos alguns conselheiros já conformados com o projeto das OS que já virou lei municipal, desmotivados com a dificuldade de enfrentar tudo e tentar reverter à situação posta.

Na reunião do dia 11/05/2010, um dos pontos de pauta era o Relatório de Gestão de 2009. O vereador Paulo Pinheiro problematiza que reduziu os profissionais das ONG, pois os mesmos foram contratados pelas OS. Disse também que a Secretaria teria problemas com a OS "Global Saúde", pois a pessoa que assinava os contratos dessa OS era a mesma pessoa que teve seu contrato cassado pela Secretaria. Essa pessoa também era dono da Fundação Rômulo Arantes, que fez um contrato de mais de 20 milhões com a Secretaria de Saúde, sem licitação, e essa mesma pessoa também era o responsável pela Medical COP (uma cooperativa).

Como de costume, vários conselheiros fizeram falas questionadoras e desfavoráveis as OS. O conselheiro da AP 5.2 critica as OS que não vêm garantindo um atendimento digno à população daquela área. A conselheira da AP 3.2 disse que na sua área o planejamento da Estratégia da Saúde da Família ainda não aconteceu, que está com o cronograma defasado por conta de uma OS que não foi aprovada. Um conselheiro denuncia que com a OS "FIOTEC" houve uma redução de serviços e o problema de falta de médicos. Outra denúncia apontada foi a existência de vários endereços registrados pela OS "IABAS". Em função das várias irregularidades advindas das OS, as denúncias e os diversos questionamentos feitos pelos conselheiros, o Relatório de Gestão de 2009 foi reprovado.

Na última reunião do ano de 2010 que mencionou às OS, no dia 09/11/2010, a pauta foi: 1) Deliberação para apreciação das atas de 10/08/2010 e 24/08/2010; 2) Deliberação para apreciação dos processos: 09/002679/10 (credenciamento Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA); 09/014076/08 (Hospital Universitário Gaffrée e Guinle-HUGG, credenciamento e habilitação como Centro de Referência em Oftalmologia); 09/002452/10 (HUPE, credenciamento do Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos); 3) Hospital Estadual Pedro II; 4) Informes.

No item 3, quanto ao Hospital Estadual Pedro II, um conselheiro, representante dos usuários, lamentou a situação que chegou a saúde pública da Zona Oeste, disse que a população de lá precisa

urgentemente do hospital em funcionamento. Disse ainda que o fechamento do Hospital Pedro II foi uma manobra estratégica para que a OS pudesse gerir essa unidade e que até hoje, não tinham notícias sobre as causas do incêndio. Reiterou que não iriam aceitar passivamente essa situação e querem a reabertura imediata do hospital.

O Secretário Municipal de Saúde disse que não poderia dar uma data certa para a reabertura do Hospital Pedro II, mas que todos os serviços prestados seriam mantidos. E por último, deixando transparecer o seu autoritarismo, disse que a gestão do hospital será através de Organização Social, como já tinha sido divulgado, e informou ainda que, somente se o Supremo Tribunal Federal mudasse a lei vigente no país, que as OS poderiam ser extintas, por enquanto, as OS são absolutamente legais e é um direito de todo gestor optar por esse modelo de gestão.

No ano de 2011, das 11 atas existentes, sete citaram as OS. A primeira delas foi a reunião do dia 08/02/2011, nesta as OS foram abordadas nas pautas de números 2 e 6. Na pauta de nº 2 o assunto tratado era sobre a Terceira Prestação de Contas Trimestral da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - SMSDC/2010 e na de nº 6 era a apresentação de um Projeto do Governo "Emergência Presente".

Nessa primeira pauta, o conselheiro do Sindicato dos Médicos critica e questiona a produção ambulatorial, a qual está muito baixa. Dentro desse contexto, enfatiza que quase 1/3 dos recursos da Secretaria estão sendo entregues a organizações sociais, que estão trabalhando com a saúde da família, UPA etc. E ele indaga se essa produção ambulatorial do programa de Saúde da Família realmente está valendo a pena, já que 1/3 dos recursos da secretaria é muito gasto.

Na outra pauta, a de nº 6, era sobre o Projeto Emergência Presente, este projeto em parceria com a Organização Social "FIO-TEC", faz uma crítica aos quadros incompletos que se tem em várias categorias profissionais, a dificuldade de contratação no mercado desses profissionais e através da OS, o crescimento do quadro de servidores, enfim, uma gestão inadequada de recursos humanos.

No decorrer da apresentação do projeto, através da fala do subsecretário de Saúde, ele passa a analisar a OS de forma eficiente.

Então a organização social supre pelo seu desenho, pelo seu tipo de relacionamento e como profissional. Uma garantia de operação adequada nas grandes emergências, essa garantia se dá porque a OS tem a informação disponível naquele momento, através do Centro de Operações, tendo a certeza de quem está ou não está de plantão naquele momento, com o ponto biométrico você consegue recolocar o celetista de uma forma mais eficiente para atender a demanda onde está sendo gerada. Isto está fundamentado no estudo da demanda real e no desenho de estudos operacionais, contrato de metas com as OS, realocação dos recursos humanos, atualmente alocados nas emergências, ou seja, dá oportunidade ao servidor, tanto na emergência dentro da OS, como no hospital através de seu contrato como servidor estatutário, e aí em nenhum momento, paira dúvida sob a capacidade do servidor, existe é a certeza da melhor alocação dele como profissional, seja fora da emergência, mas na unidade através de seu vínculo estatutário. Contratados são profissionais contratados pelas OS como celetistas.

Depois da apresentação, o conselheiro do Sindicato dos Médicos fez várias críticas a esse projeto privatista das emergências do Rio de Janeiro, alertou para a falta de médicos no Lourenço Jorge, questionou sobre a reabertura do Hospital Pedro II e disse ainda que o subsecretário acredita, mas o conselho não acredita nesses projetos privatistas da Secretaria.

Na reunião do dia 10/05/2011, o conselheiro do Sindicato dos Médicos colocou que muito dinheiro estava sendo alocado na saúde, mas tinha-se uma crise hospitalar no município e nenhuma proposta mais clara era dada pela Secretaria para tirar da crise. Foi sugerido que o Conselho Municipal controle a questão das organizações sociais, pois tem uma lei que não permite esse controle, somente pelo Tribunal de Contas do Município e pela Câmara Municipal. O secretário de Saúde respondeu ao conselheiro que irá melhorar ainda mais esse controle, porque vai informatizar todo o lançamento de despesas das OS, o que vai permitir ao poder público melhorar ainda mais essa questão da fiscalização. O secretário insiste que as OS não significam privatização da saúde. Aponta que uma coisa é privatização, a outra coisa é gestão compartilhada, que são coisas completamente diferentes.

A reunião do dia 13/09/2011 abordou na pauta de nº 4 o seguinte tema: A Prestação de Contas da SMSDC, referente ao 2º Trimestre de 2011. Nessa pauta, o secretário de Saúde afirmou que as OS estão cada vez mais ocupando espaço na saúde pública do Rio de Janeiro, principalmente na atenção básica, pois vários contratos estavam sendo firmados com esse novo modelo de gestão. Em contra partida, o conselheiro do Sindicato dos Médicos atento ao fato que esse crescimento é muito sério, pois o CMS-RJ se manteve contrário a esse modelo de gestão desde a Conferência Municipal de Saúde. Disse ainda que o entendimento da Secretaria referente à prestação de contas daquele semestre era um entendimento da produção crescente das OS. E finalizou chamando a atenção ao fato de que em São Paulo, 26 mil profissionais de saúde estatutários foram substituídos por funcionários das Organizações sociais.

No ano de 2012, das 13 atas existentes, apenas seis mencionaram as OS. A primeira ata do ano a mencionar foi a do dia 10/04/2012, no item 3, que abordava sobre a Apresentação do Acordo de Resultados que incluía as propostas orçamentárias/orçamento e processos dos contratos das organizações sociais. Nesta primeira ata já temos um caso de irregularidade quanto as OS.

O Secretário de Saúde fez uma fala em defesa das Organizações Sociais e discutiu sobre as matérias da imprensa sobre a OS "IABAS". Foi apresentado relatórios de gestão de todas as diligências que são realizadas pelos órgãos de controle voltados para as administrações das organizações sociais, onde deixou claro que abordavam em relação à questão tributária, uma recomendação concreta em relação a alguns impostos que foram pagos com alguns dias atrasados e houve uma multa, mas segundo o secretário, tudo tem transcorrido normalmente e a recomendação é que esta multa não recaia sobre o poder público.

Disse ainda que não há nenhuma orientação de devolução de recursos por parte do Tribunal de Contas, a exceção da questão tributária, e que é de desacordo independente de ser OS, e isso é:

... Uma questão de gestão nossa, e iremos discutir, mas que também não tem relação com o dinheiro. São questões de ordem técnica e de gestão de saúde, e não tem nada a ver com recurso. A única questão que diz respeito à devolução de recursos é sobre as multas no pagamento de alguns impostos atrasados, que tem um valor diante do montante entre a Prefeitura e a Organização Social muito insignificante.

O representante do Sindicato dos Médicos iniciou sua fala informando que tinha acompanhado pela imprensa a questão das OS, que não é somente no Rio de Janeiro os casos de denúncias destas organizações. Informou que o Controle Social sempre se manteve contra as instituições dessas OS no município, inclusive este conselho e em conferência foi contrário. Disse que ficaram fora da lei de fiscalização das organizações sociais. Sugeriu que ao invés de explicações, seria um momento de a administração pública afirmar

que são transparentes e deveriam chamar o Conselho Municipal de Saúde para fiscalização das OS e mandar a Câmara Municipal uma lei em que o povo, através do Conselho Municipal de Saúde, acesse a todas as informações e controle todas as OS. Prosseguiu informando que a fiscalização das OS só é feita pela lei, pela Câmara Municipal e pelo Tribunal de Contas do município.

Outra conselheira diz que se sente lesada quando vê que uma empresa que não foi aprovada pelo Conselho estar envolvida nestes problemas. Disse ainda que se sente envergonhada dessas Organizações Sociais estarem no Rio de Janeiro, estarem prestando serviços e estarem lesando os cofres públicos.

O secretário de Saúde, novamente defendendo o projeto privatista das OS, respondeu que se as OS estivessem lesando devido a problemas, também se sentiria envergonhado. E que historicamente falando, a administração direta tem se demonstrado muito mais corrupta do que as OS. Coloca que a corrupção na questão da índole pessoal não é exclusiva deste modelo, existe muito mais questão de corrupção na administração direta.

Uma outra conselheira levou uma matéria de jornal na qual o TCM (Tribunal de Contas do Município) analisava os indícios de fraude sobre as OS. Não era nada conclusivo, mas a conselheira queria saber o que já tinha sido apurado nisso. Pois, foram os contratos da "IABAS" com a Prefeitura, para administrar 5 UPAs, segundo denúncias publicadas na **Revista Veja**, a OS recebeu do município mais de R\$ 2 milhões para pagar serviços que não estavam previstos em contrato, além de terem anexados cópias de notas fiscais repetidas nas prestações de contas. Em um desses casos de repetição, a mesma nota de R\$ 51.233,00 referente aos exames de Raio X, foi cobrada três vezes entre os meses de outubro de 2010 e março de 2011. E também fala de outros contratos com a OS "STAFF" que recebeu R\$ 135 mil e um dos sócios da "STAFF" era também sócio da "IABAS". A conselheira indaga ao secretário sobre o que já foi apurado pela Secretaria, se já tem uma resolutiva disso, sobre essas reportagens de corrupção e fraudes recentes e que elas não são antigas como ele mesmo havia dito anteriormente.

O secretário respondeu que não tem nada mais recente porque isso tudo já havia sido mencionado, segundo ele, isso já consta nos relatórios de gestão realizados pelos órgãos de controle. Ele informa que tudo já foi identificado pela própria secretaria e todas as providências já foram tomadas nesse sentido. Em relação a OS "STAFF", ele afirma que isso vai ser levado ao Tribunal de Contas do município, com uma posição da secretaria e o que o TCM decidir, será cumprido integralmente.

Em uma das últimas reuniões do ano, no dia 13/11/2012, na parte dos esclarecimentos do item da pauta de nº 3, da qual tratava-se sobre o orçamento, as OS apareceram sendo muito criticadas pelo representante do Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais e pelo representante do Sindicato dos Médicos.

O representante do Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, indagou o Secretário de Saúde quanto à questão do orçamento e perguntou se está pactuada, planejada dentro do orçamento a previsão de um aumento para trabalhadores servidores concursados, pois sabe-se que há mazelas para esses servidores em função das organizações sociais e outros tipos de contratação.

O secretário respondeu dizendo que não há estrutura orçamentária de recursos humanos para a lógica de contratações, que é uma lógica que a secretaria não tem gestão sobre ela e vem definida de outros ambientes da prefeitura através das secretarias de Administração, Fazenda e Casa Civil, e está prevista a mesma estrutura orçamentária da forma que foi prevista os reajustes dos anos anteriores.

O representante do Sindicato dos Médicos pontuou sobre

a questão dos recursos humanos, questionando esse modelo atual de saúde, o quanto as OS receberam de orçamento e o quanto são incompetentes na prestação de seus serviços:

As organizações sociais, nesse quadrimestre, praticamente receberam mais orçamento do que o pessoal concursado. E até agora, realmente, deixam muito a desejar. Será que vamos ter que continuar com elas nos próximos quatro anos, o prefeito diz que vai insistir neste modelo, que a nosso ver, vai levar a falência a nossa rede hospitalar. Entendemos que tem que existir a atenção básica, mas não pode existir como o próprio prefeito fala que é a saúde para quem não pode pagar, quem pode pagar usufrui dos melhores hospitais, quem não pode vai para a Saúde da Família.

Por fim, na última reunião do ano em que mencionaram às OS, foi no dia 11/12/2012, no item de nº 4 da pauta: apresentação da proposta para LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias 2013.

A subsecretária de Saúde apresentou e informou que tem o detalhamento da natureza de despesas para os encargos com as pessoas, com o pessoal terceirizado, prestadores de serviço, organizações sociais, outras despesas correntes e investimento de 3,2%. Tem o detalhamento do que foi pago e transferido para as OS e por programa e ação, exemplo: atenção ambulatorial especializada e hospitalar, pré-hospitalar móvel, Cegonha Carioca que está previsto para 2013, vigilância em saúde, formação epidemiológica, infraestrutura, gestão do SUS, manutenção e custeio da rede hospitalar e pré-hospitalar, Saúde Presente.

O representante do SINMED critica o processo de privatização da saúde, dizendo que não interessa que os conselhos e o controle social falem alguma coisa, porque a maioria dos conselhos é contra as organizações sociais. A Conferência Nacional de Saúde e os conselhos municipais do país se colocaram contra a privatização da saúde. Destaca que Saúde não é mercadoria e que o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro não irá aceitar as Organizações Sociais de Saúde.

Posicionamento das Conferências Municipais de Saúde com relação às Organizações Sociais

Agora trataremos sobre a Conferência Municipal de Saúde no Rio de Janeiro, que era realizada a cada dois anos, mas com a aprovação da nova lei proposta pelo vereador Paulo Pinheiro, que passou a ser vigorada a partir das conferências de 2011, a Conferência Municipal de Saúde passa a ser realizada a cada quatro anos. Assim como, os mandatos dos conselheiros e o mandato presidencial, com permissão de apenas uma única recondução.

A Conferência Municipal de Saúde sempre é precedida de conferências distritais e objetiva reunir os usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços, para avaliar a situação atual da saúde e propor diretrizes para a formulação da política municipal de saúde. Além disso, é na conferência que se escolhe os representantes de cada uma das entidades e instituições que integrarão o Conselho Municipal de Saúde.

A primeira Conferência Municipal de Saúde no Rio de Janeiro aconteceu em 1991, com a estratégia constituída para esse órgão ser deliberativo, o que garantia a sua legitimidade. E foram realizadas até o momento, 11 Conferências Municipais de Saúde, sendo a última em 2011, portanto, a próxima será este ano (2015).

A partir disso, fizemos uma análise prévia das duas últimas Conferências Municipais de Saúde, a de 2009 e a de 2011. Onde, como e porque elas abordavam o tema das Organizações Sociais em seus relatórios.

A 10ª Conferência Municipal de Saúde no Rio de Janeiro, que

ocorreu em setembro de 2009, abordou mais o tema das organizações sociais, já que a lei das OS tinha sido aprovada em maio, do mesmo ano. Em função disso, era um ponto polêmico dessa conferência.

O vice-presidente da Fiocruz, disse, ainda que desconfiado quanto ao seu futuro, que as OS poderiam ser uma busca para a solução da gestão e ainda deu um exemplo em São Paulo, que os trabalhadores ficaram satisfeitos com a implementação das OS, pois viram efetivamente os ganhos que teriam com relação à sua remuneração. Na visão do representante da Fiocruz a Organização Social poderia resolver a questão dos trabalhadores, mas enfatizou que era preciso que discutissem esses modelos de maneira adequada.

O subsecretário Municipal de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde do Rio de Janeiro, já fez uma fala claramente favorável a implementação das Organizações Sociais, disse que muita gente se aproveitava da ignorância e pouca informação da maioria das pessoas com relação ao assunto, para levantar informações não verdadeiras. Deu o exemplo ainda da AP 5.3, onde a maioria dos conselheiros tinha a clareza do processo, conhecendo o contrato de gestão, e tinham uma aprovação unânime desse modelo, já na AP 1, que não se aproximou, informando-se claramente de como esse processo iria ocorrer, esse modelo de OS foi reprovado. Portanto, para ele, tinham duas posições opostas e um problema a ser resolvido; indagou que caminho deveriam tomar: o de manterem as cooperativas da maneira como estavam ou a proposta das OS, que na avaliação dele valoriza o sistema público.

Apesar dessa fala favorável, nas propostas submetidas à deliberação da plenária, há a rejeição das Organizações Sociais como forma de gestão do serviço de saúde, na AP 1, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 5.1 e AP 5.2; apenas na AP 3.3 e AP 5.3 fica autorizada a contratação das OS. Inclusive, foi aprovada uma moção de repúdio, por parte da AP 1, ao prefeito da Cidade do Rio de Janeiro, Eduardo Paes, e a Câmara Municipal por ter aprovado as organizações sociais para a saúde sem nenhum debate com o controle social.

Na 11ª Conferência Municipal de Saúde, que ocorreu em setembro de 2011, o panorama muda e o tom que era de rejeição vira de fiscalização quanto às OS. Apesar disso, na Plenária Final da Conferência, um representante dos profissionais de saúde e membro do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e um dos articuladores do Conselho Nacional de Saúde, expôs seu questionamento as OS. Disse que em 2009, o município do Rio de Janeiro, com o apoio da Câmara de Vereadores, aprovou a legislação permitindo a entrega da gestão hospitalar às chamadas Organizações Sociais, forma disfarçada de privatização e que na prática abria caminho para o fim da saúde pública, gratuita e universal. Relatou que no início de 2011, a Prefeitura do Rio de Janeiro tentou privatizar as emergências dos principais hospitais da rede municipal de saúde, sendo mais um exemplo de política que tenta abrir mercado na saúde pública para a entrada de empresas privadas, cujo o objetivo é o lucro. Citou ainda que no Estado do Rio de Janeiro, a ALERJ (Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro) aprovou um projeto que também entregava a gestão hospitalar às Organizações Sociais. E logo depois, foi a vez do Governo Federal anunciar a intenção de privatizar os laboratórios dos hospitais federais. Ao invés de privatizar a gestão e colocar a saúde como mercadoria, ele expõe que os governos deveriam reafirmar o princípio de que saúde é um serviço essencial a ser financiado unicamente com recursos próprios, daí a importância de se lutar pela implementação da Emenda 29; no entanto, destaca que a gestão da saúde no Brasil teria que ser objeto do mais amplo controle da sociedade, pois o SUS é o nosso patrimônio e não podíamos permitir que seus princípios fossem violados.

Um fato interessante, é que a mesma AP 3.3 que autorizou a

contratação da OS na conferência anterior, nesta, tira como proposta a exclusão das OS nas unidades de saúde, tendo em vista que elas ferem os princípios do SUS.

Voltando ao tema de fiscalização, percebemos isso na proposta aprovada na 11ª Conferência Municipal, que através dos Conselhos de Saúde, em todas as esferas de administração, e publicação em diário oficial, trimestralmente, sejam feitas as prestações de contas (financeiras e de metas), dos contratos de gestão pública com as Organizações Sociais. Além disso, coloca-se a necessidade de através de seminário, seja discutido agenciamento da gestão pública para as Organizações Sociais, pela falta de informação dos recursos investidos e metas alcançadas.

Entretanto, moções de apoio em defesa do SUS foram aprovadas na plenária final, como: pela inconstitucionalidade das Organizações Sociais e contra as alternativas de gestão que precarizam o trabalho, como OS, OSCIP, Parcerias Público-Privadas (PPP), Fundações Estatais de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S/A (EBSERH).

Portanto, podemos pontuar algumas breves análises destas conferências em relação ao tema das Organizações Sociais. A primeira, em 2009, no ano em que a lei foi aprovada, mesmo sem passar por um amplo debate no controle social, reparou-se a tentativa, por parte de alguns, de se ter uma discussão mais abrangente sobre um tema novo ali exposto. Diante disso, para a maioria, ficou claro que não seria a melhor forma de gestão, seria uma forma disfarçada de privatização, por isso, a maioria das AP rejeitou as OS. Outro aspecto ressaltado, é o descaso dos gestores, dos representantes do governo, que não legitimam as deliberações que são aprovadas, desrespeitando as leis e a Constituição. E na segunda, em 2011, com as OS já implantadas, houve um apelo maior para a fiscalização da prestação de contas, dos contratos, das metas, dos orçamentos, dos recursos destinados e o que foi feito em troca, reposição de profissionais, entre outros. Houve também falas contrárias mais concretas às Organizações Sociais, pois não era o que se esperava e foi nítido que as mesmas ferem os princípios do SUS.

Algumas Reflexões

Diante do que foi exposto, podemos perceber que o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Conferências Municipais tiveram, por maioria absoluta, um posicionamento contrário à implementação das Organizações Sociais no município.

Não foi por unanimidade, até porque, temos a clareza da heterogeneidade da sociedade civil, de que o controle social não é um espaço de consenso, mas ainda assim, a maioria votou contra esse projeto privatizante.

Cabe destacar que esse projeto das Organizações Sociais não teve a construção de um debate mais ampliado e qualificado com a sociedade civil, não pôde ser debatido de forma questionadora no espaço do Conselho e das Conferências.

Além disso, torna-se nítida a incrível dissonância entre o executivo e o legislativo com os espaços de controle social. Essa falta de sintonia entre a democracia representativa com a democracia participativa se reflete através da reprovação desse projeto privatista nas instâncias de controle social e a aprovação desse mesmo projeto (das OS) no ano de 2009, através da Lei nº 5026, de 19 de Maio de 2009.

Esse descompasso se dá por causa de projetos e interesses diferentes que estão postos e em disputa. O projeto privatista na saúde é interessante para os empresário e empresas deste ramo, que possuem grandes influências nos governos, estes, também se beneficiam por diversos aspectos econômicos e políticos, entre eles,

o descompromisso e a desresponsabilização do mesmo para com a população usuária, se ausentando de fornecer um serviço de saúde pública digno, gratuito e de qualidade, o que é seu dever. Estas entidades privadas que assumem a gestão da saúde assumem uma lógica de mercado e de busca incessante do lucro.

O outro projeto de saúde, o da reforma sanitária, aponta para a garantia do direito à saúde. O objetivo deste projeto é que a população tenha um acesso digno à saúde pública e às outras políticas públicas que influenciam de forma direta na sua qualidade de vida, sendo um dever do Estado. Este projeto é defendido por movimentos sociais, estudantis, sindicatos, partidos políticos de esquerda, projetos universitários etc.

Dentro desse contexto, as instâncias de Controle Social, apesar da sua heterogeneidade e das suas contradições postas, se posicionaram de maneira contrária a aprovação desse projeto privatizante dos modelos de gestão das Organizações Sociais. Dessa maneira, identifica-se a possibilidade de resistência das entidades comprometidas com a população nesses espaços de projetos em disputa.

No entanto, é necessário ter clareza que não é via os espaços de controle social que alcançaremos a transformação da sociedade capitalista, por isso, não se deve superestimá-los. Porém, também não se deve subestimá-los, já que os mesmos podem influenciar no partilhamento do poder e na democratização das decisões.

É importante salientar que existem limites e possibilidades nesse campo democrático das políticas sociais, transitando diversas forças e interesses, depende da correlação de forças que permeiam por tal espaço. Através desta correlação de forças, que o projeto privatista pode ser legitimado ou que pode ser fortalecido um projeto inspirado no viés progressista.

Alguns desses impasses são vivenciados pelos conselhos na atualidade. Um dos aspectos negativos, é de que o poder Executivo, por vezes, não respeita o que é deliberado nas instâncias do controle social, este acaba encontrando barreiras para a sua efetivação democrática de fato, pois as decisões tomadas no âmbito da democracia representativa se sobrepõem às deliberações dos espaços de controle social. Com isso, torna-se um espaço deslegitimado pelo poder público.

Tanto que entre as principais propostas e bandeiras levantadas pelo Fórum de Saúde do Rio de Janeiro estão à luta pelo fortalecimento do controle social democrático, assegurando respeito às instâncias de controle social do SUS e pelo cumprimento das decisões das conferências de saúde e deliberações dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo.

Correia (2002, p. 132) aponta alguns limites para a efetivação do controle social, tais como:

a ingerência política na escolha dos conselheiros; falta de informação dos conselheiros; desarticulação com suas bases; pouca força de mobilização das entidades representadas, que por sua vez é reflexo da desmobilização da sociedade; cooptação de lideranças em troca de favores; pouca transparência dos gestores no uso dos recursos; manipulação dos conselhos/conselheiros para legitimar gestões; pouca visibilidade social das ações dos conselhos; descumprimento das suas deliberações por parte dos gestores.

Portanto, sem ilusão e sem ceticismo, dentro dos limites e possibilidades impostos, alguns desafios são postos para o fortalecimento desses espaços, que contribuem para a democratização da relação estado e sociedade, tais como: a necessidade de autonomia e independência dos movimentos sociais frente à gestão; o fortalecimento dos movimentos sociais, pois a capacidade de mobilização e participação social é reflexo da sua força; a construção da autono-

mia dos conselhos e conferências em relação ao poder executivo, na perspectiva de se construírem em instâncias de emancipação política e social; a criação de uma articulação permanente entre os conselhos gestores das diversas áreas, conselhos municipais e conselho estadual com uma agenda única para o enfrentamento dos determinantes da questão social, através de fóruns e/ou plenária de conselheiros/conselhos, entre outros; articulação das deliberações dos conselhos, suas denúncias e lutas em torno dos direitos sociais com o Ministério Público (estadual e federal), Controladoria Geral da União (CGU), Comissões de Saúde das Assembleias Legislativas e das Câmaras de Vereadores, entre outros, na perspectiva de efetivar o controle social; articulação do conselho com a sociedade para fortalecer a representatividade de seus representantes e evitar a cooptação destes pela burocracia estatal; criação/fortalecimento de espaços alternativos de controle social tais como fóruns, comitês, plenárias etc., envolvendo os setores organizados na sociedade civil que representam os interesses dos grupos sociais subalternos; inserção de uma agenda de lutas e proposições em torno de políticas públicas estatais, universais e de qualidade, articulada a transformações na sociedade (BRAVO, 2006; CORREIA, 2005).

A superação dos limites e a efetivação do controle social na perspectiva da classe trabalhadora extrapolam as ações nesses espaços institucionais. Ou seja, para avançarmos no fortalecimento dos espaços de controle social, torna-se necessário a articulação com outras forças políticas comprometidas com outro projeto de sociedade.

Na análise dos dados percebeu-se a forte tendência não só do governo, mas de algumas instituições que estão presentes no âmbito da saúde, pela privatização desta área. No Conselho Municipal de Saúde temos entidades assim, mas também temos diversas entidades que são contra essa tendência e lutam por uma saúde pública, 100% estatal, de qualidade e sob administração direta do Estado.

Dessa forma, procurou-se analisar e apresentar os embates, as tensões e as correlações de forças dos projetos de saúde em disputa que permearam o processo de votação com relação aos “novos” modelos de gestão, expressos nas Organizações Sociais, nesses espaços contraditórios do Controle Social, mais especificamente no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e na 10ª e 11ª Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Através destas análises, percebemos a necessidade de fortalecimento dos interesses das classes subalternas nesses espaços de controle social, já que tivemos diversas ações de resistência ao projeto privatista, através da construção de ofícios, moções, resoluções, deliberações, votações, falas e atitudes contrárias às OS, porém, apesar disso, não foi respeitada a autonomia e o poder deliberativo do conselho e da conferência, pois o poder executivo e legislativo, munido por interesses distintos, levou adiante o projeto privatista. Esse processo acabou mostrando a submissão da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, na sua composição majoritária, aos interesses do poder executivo.

Observou-se também que esses espaços de controle social estão sendo despolitizados, com a perspectiva de apassivamento dos sujeitos sociais que compõem essas instâncias, apesar de termos identificado algumas ações pontuais de resistência do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Devido a essas dificuldades expostas e lembrando a atual conjuntura de barbarização da vida social, retirada de direitos trabalhistas, mudanças regressivas em todas as dimensões, crise econômica, política e estrutural, não só do Brasil, mas do capitalismo, deduzimos que os desafios a serem enfrentados pela classe trabalhadora na luta em defesa do SUS são infinitamente maiores, mais difíceis e mais complexos.

Por isso, o desafio colocado é de extrema importância e consiste em ampliar a luta coletiva, as mobilizações em todas as regiões, estados e municípios do país, organizando e articulando os Fóruns de Saúde existentes, os movimentos sociais, os sindicatos, as entidades progressistas, com o intuito de fortalecer as lutas sociais e a organização da classe trabalhadora, podendo assim, além de realizar atividades que possibilitem uma defesa mais forte e organizada do SUS em todas as esferas de intervenção política e jurídica, também lutar na defesa da emancipação política, tendo como horizonte a emancipação humana e um novo projeto societário anticapitalista.

Sendo assim, é fundamental a articulação e a aproximação dos Fóruns, como o Fórum de Saúde, com os espaços dos conselhos e das conferências, principalmente com os movimentos e os conselheiros que os integram. É importante que tenham objetivos e ações conjuntas, construindo assim, uma agenda de luta progressista. Por fim, ressalta-se a necessidade da construção desse movimento contra-hegemônico, de resgatar o papel político dos conselhos e a necessidade de articulação com os movimentos sociais e os fóruns, tendo a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde como articuladora nacional.

Referências

BRAVO, M. I. S. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. *Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

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

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. *Participação Popular e Controle Social na Saúde*. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). *Saúde na atualidade: Por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M.V. C. *Desafios do Controle Social na atualidade*. In: *Serv. Soc. Sociedade*, n.109. São Paulo, 2012.

CORREIA, M. V. C. Que Controle Social na Política de Assistência Social? In: *Serv. Soc. Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.72, 2002.

_____. *Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

COUTINHO, C. N *Contra a Corrente: Ensaio sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2000.

DAGNINO, E. (Org). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GOHN, M. G. *Conselhos populares e participação popular*. *Serv. Soc. Sociedade*, n.34. São Paulo: Cortez, 1990.

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

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

RODRIGUES, J. P. Os Espaços de Controle Social e Participação Popular na Resistência a Privatização da Saúde no Rio de Janeiro: Uma Análise do Conselho Municipal de Saúde, das Conferências e do Fórum de Saúde. *Trabalho de Conclusão de Curso*. Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, D. B. Política de Saúde e Controle Social: A Resistência do Conselho Municipal de Saúde às Organizações Sociais no Rio de Janeiro. *Trabalho de Conclusão de Curso*. Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

CAPÍTULO 10:

A PERSPECTIVA DO MOVIMENTO SINDICAL EM SAÚDE FRENTE ÀS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS¹

Regina Helena Simões Barbosa

Introdução

As extensas transformações no mundo do trabalho vêm causando um profundo impacto sobre os trabalhadores, sobre suas relações e processos de trabalho, com graves repercussões sobre sua saúde física e psíquica. Como essas questões estão chegando aos sindicatos da saúde? Diante de tão perverso quadro de desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) estarão esses sindicatos comprometidos com o princípio do direito universal à saúde ou se limitam a dar respostas corporativas e pontuais às extensas demandas de suas categorias? Estas foram algumas das perguntas que orientaram as entrevistas com sindicalistas e que serão analisadas neste artigo.

A análise interpretativa dos depoimentos dos cinco sindicalistas entrevistados² acerca das novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde do Rio de Janeiro está balizada nos processos histórico-políticos recentes, a partir dos quais os processos de privatização adentraram com vigor e amplitude o campo da saúde pública no estado e no município do Rio de Janeiro.

Trata-se de um campo de análise complexo pois envolve uma variedade de situações de trabalho, vínculos trabalhistas, categorias profissionais e modelos de gestão, que vão do público às formas mistas, público e privado. Em decorrência, os problemas identificados pelos sindicalistas são diversificados e distintos. Porém, estão circunscritos pelos processos de privatização em curso que, dentre as consequências mais preocupantes, dividem e fragilizam as lutas coletivas. Toma-se como marco temporal o período inaugurado no primeiro governo Lula, em 2002, quando são ampliadas as políticas compensatórias focalizadas, em contraponto ao crescente desmantelamento das políticas sociais de caráter universal, como o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) (Menezes, 2014), com um importante avanço das políticas de privatização do serviço público, iniciadas ainda nos anos 1980. De acordo com Júnior (2014), a privatização vem sendo implementada através da contratação, de forma substitutiva à rede pública, de serviços privados, via Organizações Sociais (OS), o que implica, entre outros aspectos, na mercantilização do trabalho em saúde, o que desfigura a perspectiva do serviço público como direito.

De acordo com este autor, os trabalhadores do SUS estão entre os mais agredidos pelas inadequadas condições salariais e de trabalho, o que é agravado pela convivência conflituosa entre trabalhadores com vínculos estatutários e privados, com salários e cargas de trabalho diferenciados, trabalhando nas mesmas instituições 'públicas' que integram a rede do SUS (Júnior, 2014).

No campo das mobilizações populares, o marco recente foram as jornadas de 2013, quando a população brasileira foi massivamente às ruas protestar contra as deterioradas condições de vida, sendo que o direito à educação e à saúde pública, assim como o direito à cidade, estiveram no epicentro das reivindicações, o que expõe de forma cabal a extensa deterioração dessas políticas sociais (Demier, 2014; Siliansky, 2014).

O propósito de entrevistar sindicalistas das profissões da saúde e uma das centrais sindicais intensamente engajada nas lutas deste campo foi conhecer como esses sindicatos, e suas respectivas categorias, estão se posicionando frente à atual conjuntura política do país, em processo de retirada de direitos sociais, privatizações e terceirizações, e como estão respondendo aos processos de precarização do trabalho em saúde.

Dos cinco sindicatos entrevistados, apenas o SINDACS tem uma base inteiramente precarizada pois o Agente Comunitário de Saúde ainda não tem a profissão regulamentada e, portanto, não constitui uma carreira da saúde, o que permitiria sua inserção no serviço público através de concurso público. Não casualmente, esse é o principal eixo de luta desta categoria que hoje tem mais de 300 mil trabalhadores no país, e em torno de 4 500 no Rio de Janeiro³ sendo, portanto, a base de sustentação da Estratégia Saúde da Família (ESF), âmbito da atenção básica amplamente gerida por Organizações Sociais (OS).

Os demais sindicatos e a Central Sindical têm uma base mais heterogênea, mas (ainda) com forte inserção no serviço público. Porém, estão enfrentando os processos de precarização e privatização do trabalho em saúde, onde aumenta o quantitativo de profissionais contratados através das OS.

A Central Sindical ao ser entrevistada, expressa um ponto de vista e uma análise ampliada da privatização da saúde, uma vez que

1 - Este artigo é fruto da pesquisa "Novas Articulações entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: o caso do Município do Rio de Janeiro", coordenado pela Professora Maria Inês Souza Bravo, com apoio da FAPERJ.

2 - Sindicatos e central sindical participantes: Sindicato dos Agentes Comunitários do Rio de Janeiro (Sindacs), Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem do Rio de Janeiro (Sindaux), Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro (Sindenf), Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, Trabalho e Previdência Social do Estado do Rio de Janeiro (Sindsprev), Central Sindical e Popular (CSP - Conlutas). Com exceção de SINDSPREV e CONLUTAS, as siglas adotadas para fins deste artigo não correspondem àquelas utilizadas pelos sindicatos.

3 - Informação baseada no depoimento de um dirigente sindical do Sindicato de Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro (SINDACS-RJ)

congrega e representa, em sua dimensão sindical, uma perspectiva política de enfrentamento do capitalismo em sua etapa neoliberal.

As entrevistas abordaram os seguintes temas:

1. concepções e análise crítica do direito à saúde e o papel do SUS na promoção da saúde da população brasileira. Este tema pretendeu conhecer a visão dos sindicalistas sobre essa conquista histórica da população brasileira e, especialmente, se esse ideário ainda orienta politicamente as lutas sindicais;

2. análise crítica sobre o modelo OS de gestão e seus impactos sobre os/as trabalhadores/as. Este tema explorou a visão dos sindicalistas sobre a implantação do modelo OS de gestão privada e seu impacto sobre o trabalho - processos e relações - e a saúde dos trabalhadores;

3. o papel e a atuação do sindicato no enfrentamento dos processos de precarização do trabalho em saúde. Este tema pretendeu conhecer como os sindicatos estão enfrentando a precarização do trabalho e como estão organizando os trabalhadores para a luta contra condições degradantes de trabalho.

A análise a seguir será apresentada por eixo temático e os entrevistados serão identificados pelas siglas de seus sindicatos (SINDACS, SINDENF, SINDAUX, SINDSPREV E CONLUTAS).

O Direito à Saúde e o SUS:

Todos os entrevistados reafirmaram seu compromisso com o ideário da Reforma Sanitária que proclamou o direito universal à saúde como dever do Estado, visto como uma conquista inscrita na Constituição Federal. CONLUTAS julga importante destacar que esse direito resultou das lutas populares e dos trabalhadores e chama a atenção para a concepção ampliada de saúde que está embutida no preceito constitucional: “...a concepção de que discutir saúde era além da ausência de doenças e de serviços de saúde, [que] ela possa gozar de uma condição de saúde [...]”

Por se tratar de uma central sindical que resultou de uma ruptura com a Central Única dos Trabalhadores (CUT), congregando os sindicatos que discordavam dos rumos daquela central, a análise de CONLUTAS é ampla e crítica. Sobre o SUS, destaca a perda da universalidade como decorrência de interesses mercantis internacionais que atuam na determinação das políticas econômicas nacionais. Em suas palavras,

“Hoje vejo [o SUS] como estando muito ruim, num processo decadente, em relação ao seu projeto maior, que seria a universalidade. Claro que isso não é à toa, está dentro de um projeto geral, internacional, onde instituições internacionais estão definindo inclusive a aplicação desses modelos. Tanto que o SUS, para ser de fato universal, teria que ter uma injeção de recursos de toda ordem, material, humano e político, que garantisse isso. Só que o dinheiro está sendo encaminhado para outros objetivos, como o pagamento da dívida pública. Até porque, mais da metade do orçamento é destinado para o pagamento dessa dívida”.

Já SINDAUX destaca que, embora a saúde seja um direito constitucional, não está garantida em função dos processos de precarização: “A lei do SUS, é isso aí, a Saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Isso mesmo. Deveria ser, né? Porque a saúde no Brasil e principalmente no Rio de Janeiro, tá muito precarizada”.

Este sindicato, que representa uma grande parcela de trabalhadores de saúde proletarizados, também demonstra convicção no modelo e na concepção de saúde ampliada preconizados pelo SUS:

“Acredito que, se ele for aplicado, ele é um modelo lindo. Se você for ler a lei do SUS, é um modelo perfeito, cabe muito bem para o nosso povo...”

SINDENF, no mesmo sentido, reconhece o SUS como um direito constitucional e destaca o quanto esse direito tem sido des-

respeitado: “Sei que nesse processo todo, o SUS não se concretiza, ainda tem muito a avançar, mas tem que ser como manda a Constituição, isso não resta a menor dúvida”.

Ao analisar os obstáculos para a concretização do SUS, Sindenf aponta, como Conlutas, o problema do financiamento insuficiente frente às necessidades cada vez maiores da assistência à saúde, especialmente diante do aumento da utilização da tecnologia médica: “Eu acho que o maior problema é a questão do financiamento. O dinheiro é uma coisa finita, ele não brota.[...] Ele acaba, sim, o gasto é alto e cada vez mais a gente tem uma medicina muito baseada na tecnologia e cada vez mais essa necessidade se torna maior e a gente vê cada vez menos investimento nisso”.

Esse depoimento se destaca por identificar os principais problemas do SUS na assistência curativa, enfatizando a importância do uso de tecnologias, porém, minimizando a relevância da concepção ampliada de saúde na promoção e preservação da saúde, assim como o entendimento de que as políticas de saúde devem estar entrelaçadas a outras políticas sociais.

Para SINDSPREV, um dos maiores sindicatos do ramo, saúde é, mais que um direito civil, um direito humano, porque “...sem saúde a pessoa não faz nada. A saúde deveria ser a política pública primordial em qualquer governo”. Para ele, o problema da ineficácia do SUS não está na legislação que, como analisa, é suficientemente abrangente para assegurar o direito à saúde. Sua crítica política é direcionada aos governos que, segundo ele, fraudam, forjam, ‘maquiam’ e manipulam as estruturas jurídicas para assegurar os interesses dos grupos hegemônicos que mercantilizam a saúde e mantém a classe trabalhadora subserviente aos seus interesses. Sua crítica vai além, quando enfatiza que a mercantilização da saúde, associada ao processo de privatização em curso, transforma a saúde num ‘negócio rentável’ para os grandes grupos econômicos. Em suas palavras: “O SUS hoje na verdade é o arremedo daquela vitória social que culminou com a própria elaboração do SUS. A transformação da sua legislação, os ‘puxadinhos’ que fizeram do SUS, a falta de cumprimento, inclusive, as questões de princípio, o que é ‘imexível’, transformou o SUS num grande arremedo e, cada vez mais, a gente hoje tem uma flexibilização das leis do SUS no sentido de garantir a mercantilização da saúde e abrir o SUS como um investimento a ser explorado pelos banqueiros, pelos investidores, enquanto cada vez mais a gente vê o SUS se transformando em um potencial econômico dentro do Estado, com toda a sorte de oportunidades financeiras e mercadológicas”.

Percebe-se, no depoimento deste sindicalista, uma análise crítica ampliada dos processos econômicos e políticos que perpassam as políticas de saúde, ao apontar o quanto os processos mercantis estão dentro do SUS (e não mais competindo com ele). Essa percepção ‘politizada’ talvez possa ser atribuída ao fato do SINDSPREV ser um sindicato nacional, com um forte elo de ligação com o serviço público e historicamente desempenhando um papel protagonista na luta pelo SUS público e universal.

SINDSPREV analisa também as estratégias político-administrativas adotadas pelos diversos governos, demonstrando sua descrença na efetividade dos pactos entre as esferas de poder. Como afirma, “...na verdade, esse pacto existe há muito tempo mas infelizmente não é para salvar a vida do povo, muito pelo contrário, é para causar dor ao povo”.

Também destaca sua preocupação com a recente aprovação de projeto de lei que amplia a participação do capital internacional no setor saúde no Brasil. Segundo ele, temos que nos “...livrar dessa especulação de se tornar a principal fonte de investimento do capital, inclusive internacional, e voltar às suas [do SUS] bases fundacionais, de garantia, principalmente, da manutenção da saúde, porque, quando ‘eles’ pensam no investimento, ‘eles’ não pensam no investimento no sentido de preservar a saúde”.

Como se pode depreender, SINDSPREV manifesta crítica ampliada sobre os processos que hoje se interpõem no campo das políticas de saúde, expressando uma consciência política da atuação dos interesses privados e mercantis, nacionais e internacionais, na determinação dessas políticas.

O sindicalista representante do SINDACS, o mais recente dos sindicatos de saúde e que representa uma categoria profissional que é a base de sustentação das políticas focalizadas de corte privatista, assim como os demais sindicalistas, posicionou-se firmemente na defesa da saúde pública como direito universal, reafirmando sua crença no modelo de saúde adotado no Brasil:

“Eu sou totalmente a favor do SUS, acho que nós temos um dos melhores modelos de saúde do mundo, acredito nele, luto por ele; acho que todos nós, como brasileiros, deveríamos nos orgulhar dele e lutar por ele, mas infelizmente ainda não temos um SUS para todos, com os acessos, com a integralidade e com todos os princípios do SUS funcionando, a gente ainda não tem isso. [...] Isso é um sonho, mas é um sonho que eu acho que é possível, desde que a gente se envolva, lute”.

Como se pode perceber, esse sindicalista acredita que, com luta, é possível resgatar o SUS público e de qualidade. Porém, na medida em que representa a categoria profissional que é a base de sustentação (precária) da atual estratégia da atenção básica, a Saúde da Família, avalia que a atenção básica melhorou consideravelmente nos últimos anos, especialmente o acesso da população à prevenção e aos cuidados básicos, tais como os desenvolvidos pela ESF:

“Eu acho que melhorou muito essa questão do acesso aqui no Complexo do Alemão, com a Atenção Básica do Rio de Janeiro sendo remodelada. Não concordo com o modelo de OS, mas eu to falando da atenção básica em si, como a porta de entrada, a rede de atenção do SUS, eu acho que melhorou mas falta muito para nós termos um SUS de qualidade, um SUS pra população como um todo”.

Tem consciência de que o SUS ‘pleno’ ainda não foi conquistado e aponta os problemas de financiamento e gestão como as principais dificuldades do SUS. Ao qualificar os problemas, aponta, em primeiro lugar, a terceirização, questão que afeta a maior parte de sua categoria profissional. Relata os inúmeros embates jurídicos que o SINDACS tem empreendido no Rio de Janeiro, procurando garantir que o ingresso dos ACS no serviço seja através de concurso, ao invés dos atuais processos seletivos que, segundo ele, ferem a lei.

Enfim, ao abordar o tema do direito à saúde e o SUS com esses sindicalistas, ficou evidenciado que há um forte compromisso com o direito à saúde como dever do Estado e uma luta dessas categorias profissionais para garantir a dignidade e integridade de seu trabalho neste âmbito. Por outro lado, foram enunciadas inúmeras questões de ordem jurídico-administrativas que fragilizam os vínculos de trabalho e, assim, as lutas de enfrentamento desses trabalhadores. Alguns problemas apontados são comuns, outros são específicos de cada profissão. O que fica evidenciado é que esses sindicatos buscam preservar o SUS público e universal; porém, as análises e estratégias ainda são, por vezes, segmentadas, em lutas específicas, o que é plenamente justificado pelo difícil contexto de mobilização das lutas sindicais nas últimas décadas.

Análise crítica sobre o modelo OS e seus impactos sobre o trabalho e os trabalhadores da saúde

A respeito da atuação das Organizações Sociais, CONLUTAS destaca o papel protagonista do Rio de Janeiro na aprovação da lei das fundações de direito privado e, em seguida, das OS. Sua análise destaca as mudanças no processo de ocupação do espaço público, chamando a atenção para uma nova etapa de ocupação das instituições públicas – como ele caracteriza, ‘por dentro’, o que acarreta

graves consequências para os trabalhadores e a população usuária: *“Então, a gente tem aí um alinhamento dos governos, alinhados com esses interesses externos e internos do capital, do setor empresarial, enfim, a saúde a gente vê, infelizmente, como a área em que eles mais avançaram. Hoje, a gente vê, nos setores do Estado e do Município, as instituições [de saúde] totalmente entregues ... eu acho que não sobrou nenhuma sob gestão estatal. Elas estão em parte ou todas entregues a essas organizações sociais. Então, assim, se o orçamento como um todo, seja do Estado, do município ou da União, não está sendo direcionado prioritariamente para as políticas públicas e estamos falando especificamente sobre o que a Constituição prevê, por outro lado, além disso, é um processo de privatização diferente do que aconteceu nos anos 80. Eles venderam as grandes instituições públicas, tiveram os leilões e, agora, eles estão fazendo os ‘entranhamentos’ dos entes privados por dentro, essa coisa corrosiva, por dentro, que inclusive dificulta a disputa ideológica com a população [...] A gente vê esses conceitos todos misturados: ah, é público? não estatal? como é que funciona isso?”*

Em termos do financiamento, CONLUTAS destaca que os repasses (exorbitantes) que o poder público vem fazendo para as OS seriam mais do que suficiente para manter as unidades públicas de forma a assistir a população com integralidade e qualidade. Como diz: *“Se cada instituto, cada hospital ou unidade de saúde recebessem anualmente o dinheiro que é repassado para as OS, durante um bom tempo nós estaríamos numa outra realidade, não a ideal, mas certamente numa outra realidade. Por exemplo, na realidade do Estado, naquele estudo dos contratos das OS, nós vemos que os mais baratos são de 20 milhões, besteirinha, uma Upazinha... Existem contratos com 200 milhões, 300 milhões de verba anual. 300 milhões é três vezes o Orçamento Público...”*

Por fim, CONLUTAS aponta as sérias questões que impedem a organização dos trabalhadores da saúde para enfrentarem esse modelo, entre as quais suas divisões internas provocadas pelos diferentes vínculos de contrato: *“Então, você vê que não é exatamente falta de dinheiro, mas uma estratégia política definida e que nos coloca desafios muito maiores, porque esse ‘entranhamento’ disfarça mais, e ele traz uma enorme divisão do trabalhador, porque se perde a identidade. Então, você tem aí, no mesmo espaço, diversos tipos de vínculos, diversas condições de direito”,* o que segmenta a organização sindical, divide os interesses e dificulta a organização dos trabalhadores para as lutas de enfrentamento.

Na avaliação do SINDAUX, as OS estão cooptando os servidores públicos do SUS que estão com a remuneração deteriorada e se deixam atrair pelo salário das OS, mais altos. SINDAUX denomina esse processo de ‘perverso’ pois vai desvirtuar o trabalho dos profissionais, mantendo um duplo vínculo, sobrecarregando o trabalhador, desgastando-o e, por fim, adoecendo-o. Em suas palavras: *“O servidor público está tão achatado ... Eles chegam aqui [no sindicato] e falam que se aposentam com o salário mínimo. Chegam aqui com 600 reais, e aí, o que eles tem que fazer? Porque eles não tem aumento de salário, mas o gestor da OS diz assim pra ele: “Olha só, vem pra OS que você vai ganhar 1500 reais e você vai trabalhar 40hs, mas você continua com teu vínculo do Estado, que eu permito que você continue com suas 24 hs... e ele se sujeita porque tem uma família pra sustentar. Mas ele não tá feliz, ele não consegue desenvolver plenamente essa atividade [profissional]. Então, é preocupante no Brasil, hoje, não só no Rio, esse vínculo precário na saúde pública, porque virou moda e virou uma fonte muito grande de renda, até porque, se a gente for parar para observar, as OS não estão tão sujeitas a fiscalização do Ministério Público e nem do Tribunal de Contas. É uma situação onde elas fecham um pacote, recebem aquele dinheiro por mês ou por ano e recebem uma cota para cumprir de tarefas”. Esse depoimento revela a estratégia de cooptar o servidor público, com salários deteriorados, em uma dupla vinculação, o que implica em*

uma sobrecarga de trabalho desumana, como evidenciado a seguir.

Sobre os impactos que esses processos têm sobre a saúde dos trabalhadores da saúde, o SINDAUX é enfático quanto à extensão e gravidade do sofrimento gerado: “*Aí, quando chega uma intercorrência desse tipo [sub-contratação ou sobre-contratação], eles vêm a vida deles destroçada, porque eles perdem todo o amor próprio, começam a ter problema psiquiátrico, faltar no trabalho e até a surtar dentro do serviço. Muitas doenças coronárias, muitas doenças de colunas, devido a essa depressão, a gente entende que é como se aquela doença viesse suprir o teusentimento*”.

O SINDAUX denuncia a extensa prática de assédio moral no trabalho, revelando que o assédio faz parte de um ciclo que visa, em última instância, fragilizar o trabalhador. Como ele cirurgicamente descreve: “*Você seduz o funcionário que tá insatisfeito a vir trabalhar consigo na organização [OS]. Aí, você oferece pra ele um valor um pouco maior do que ele ganha. Ele, seduzido pela forma de manter a família e estar no mesmo local de trabalho, aceita. Quando ele aceita, ele se sujeita, e aí, nesse momento, que vem o assédio, porque aí, ele começa a ser cobrado, não mais como servidor público mas como servidor celetista, como um profissional que tem que cumprir carga horária de 40 horas, onde lá, no vínculo estadual, ele compre 24 ou 30h. E ele vai ter que cumprir 40 horas e, em algumas vezes, a escala vai bater [coincidir]. Aí, ele tem que dar seu jeito, porque o gestor já mudou completamente: daquele sedutor, ele passa a ser o algoz. E aí, começa o assédio, porque aí o servidor começa a entrar em confusão com ele mesmo, conflito com a própria natureza: “O que que eu fiz, meu deus do céu, por causa de dinheiro eu vendi minha alma ao diabo!” E o gestor não quer saber, porque, na realidade, ele tem uma meta pra cumprir, ele tem não sei quantos profissionais para contratar, tem uma gestão pra dar conta, porque, de certa forma, tem uma licitação ali que ele ganhou e tem que dar conta de manter o padrão. E aí ele tem que cobrar de alguém ...E isso a gente vê aqui, na prática... há muitas denúncias de assédio moral, em face a enfermeiros que eram do Estado e agiam de uma forma. Quando ele passa a ser gestor da OS, mas ainda com vínculo do Estado, ele muda completamente o comportamento com os seus pares, e aí ele começa a perseguir, a mudar de setor, a remanejar do dia pra noite, a trocar o horário sem avisar, a por telefone demitir. Então, assim, causando danos de forma bem grosseira. E as pessoas, sem ter como recorrer, vem aqui pro conselho, vai pro sindicato, começa a ficar buscando remédios pra sua dor*”.

Neste perverso processo de trabalho, geram-se uma série de conflitos entre pares, o que dificulta o trabalho de organização dos trabalhadores para o necessário enfrentamento coletivo deste cenário. A tal ponto que o Conselho Regional de Enfermagem vem implantando Comissões de Ética nas instituições para negociar os conflitos interpessoais que eclodem em decorrência de relações de trabalho conflitivas e contraditórias.

O SINDAUX ainda chama a atenção para o fato de que o nível de sofrimento de um trabalhador de OS é diferente, e mais intenso, do que aquele que trabalha em uma instituição privada, em função desta sobreposição conflituosa de papéis, salários e vínculos. Na instituição privada, as regras são, segundo ele, mais claras, o que dá um certo nível de segurança e clareza para o trabalhador, mesmo sob condições exploradas.

O SINDAUX sinaliza um outro aspecto que torna o trabalho nas OS difícil e desgastante: a grande rotatividade de profissionais, o que dificulta, segundo ele, o estabelecimento de vínculos, qualidade fundamental do trabalho em saúde. Além disso, se um profissional é demitido – e o são por motivos irrelevantes, segundo ele – não conseguirá mais trabalhar nas áreas onde essa OS atua. Há um conluio entre as OS no sentido de ‘eliminar’ os trabalhadores tidos como ‘indesejáveis’.

Sobre o sentido do serviço público, o SINDAUX define com precisão como entende a natureza ético-política deste vínculo e a

perda de sentido do servidor público: “*Quando eu entrei para o Ministério da Saúde, haviam muitos cursos de qualificação profissional para melhorar nosso padrão. Então, você era servidor do MS e você tinha orgulho de ser servidor, vinha trabalhar ‘servindo’, no sentido que a palavra diz mesmo, servidão. Então, atender o paciente dentro de uma emergência era colocar o direito que ele tem de estar ali, de ser atendido por mim, que sou servidor público, que ele me paga para eu trabalhar. O imposto que ele paga e eu também pago. Então, porque a coletividade paga esse imposto que eu tô ali. Era essa a consciência que a gente tinha e que hoje não tem mais. Então, eu iria tratar aquele paciente o melhor possível, porque ele tá ali numa condição de indefeso e eu estou ali para justamente servi-lo. Então era essa a consciência que a gente tinha*”.

O SINDENF, a esse respeito, pontua que o desejo de todo enfermeiro é se tornar servidor público mas essa opção hoje não está mais dada para a maioria desses profissionais. Critica a expansão sem controle dos cursos de enfermagem (inclusive em modalidade EAD), que inundam o mercado de trabalho com profissionais jovens que terminam por aceitar qualquer tipo de contrato de trabalho. Esta situação se torna extremamente vantajosa para as OS que, entre outras irregularidades, vem remunerando abaixo do piso salarial. Mesmo quando o sindicato ameaça entrar na justiça, as OS sabem que há abundância de força de trabalho disposta a aceitar qualquer salário, o que é reforçado pelo fato de não haver mais concursos públicos. Segundo ele, “... eles [profissionais jovens] adoram uma OS, porque é a única chance que eles tem de trabalhar, até porque todo mundo precisa trabalhar, todo mundo precisa se sustentar”. Relata o caso de um diretor do sindicato que trabalha em um grande hospital público na Baixada Fluminense, onde “... é tudo contrato, não paga piso, não tem direito a férias, agora que tão dando 20 dias de férias. Enfim, é a forma como o trabalhador é tratado. E as pessoas conseguem abrir mão disso? Não abrem. E é nisso que eles se mantêm”.

Quando perguntado sobre suas expectativas sobre as OS, antes de serem implantadas no Rio de Janeiro, relata que nunca teve ilusões de que o vínculo via OS seria nocivo aos trabalhadores pois “...a gente acha que o serviço público tem que ser com o servidor público, a gestão tem que ser no ser público mesmo”, reafirmando seu compromisso com o serviço público. Porém, os trabalhadores de sua base ficam sem opção de emprego e terminam por se afastar do sindicato, que percebem como uma ameaça: “*Encontramos pessoas que não vem a possibilidade num concurso público e falam “eu não vou sair com esse sindicato pois essa é a forma de me sustentar, sustentar meu filho, você quer acabar com o meu trabalho*”. Esse depoimento deixa entrever as dificuldades que os sindicatos vem encontrando para organizar suas categorias para os enfrentamentos das políticas de precarização, que se expressam também na intensificação dos ritmos de trabalho, como relatado por Sindenf: “*Olha, essas Clínicas de Família, essas UPA’s, – é tudo OS – ali o movimento é enorme, enfermeiro não tem tempo pra nada, nem atender telefone, acho até que não tem como cumprir meta porque ele não tem tempo, ele tem que dar conta daquela fila. A sociedade, o próprio paciente, o familiar te cobra isso*”.

Os relatos do SINDSPREV a respeito das OS e seus modelos de gestão privada não destoam dos demais, como expresso em sua fala: “*Dramático! Hoje você tem ... se você entra dentro de uma unidade de saúde, você tem uma enfermeira que ganha menos que uma técnica de enfermagem. Você tem três modelos de gestão: você tem ali uma pessoa que, com greve, consegue arrancar algum tipo de reposição da inflação – porque nós não temos aumento de salário há muitos anos, mal temos a reposição das perdas inflacionárias. E aí você tem esse tipo de categoria. E você tem outro que, pela precarização das suas relações de trabalho, está há nove anos sem ter nenhum tipo de reajuste, que são os contratos temporários dentro da rede federal. E você olha pra outro que está num sub emprego, também por causa das fundações,*

com um salário totalmente archoado, que consegue ter o salário mais baixo ainda que aquele que tem o contrato temporário, que dali a dois meses ele sai”.

O SINDSPREV relata que, no município do Rio de Janeiro, as OS pagam salários diferenciados, onde o nível intermediário ganha menos que o mesmo nível estatutário, mas o nível superior ganha o quádruplo, porque a lógica da privatização através das Organizações Sociais quebra a paridade das diferentes categorias que compõem esse ‘esqueleto’ da Secretaria Municipal de Saúde”. Portanto, fica evidenciado que uma das estratégias de controle sobre a força de trabalho se dá pela quebra da paridade salarial, o que dificulta enormemente o fortalecimento da solidariedade entre as categorias e os níveis de formação.

Outra consequência nefasta deste tipo de gestão do trabalho é o caos administrativo que gera funcionários insatisfeitos e desmotivados pelas péssimas condições de trabalho. Como exemplifica o SINDSPREV, “hoje, por exemplo, o Cardoso Fontes, que é um hospital municipalizado que sofreu uma intervenção federal através de um decreto de calamidade pública, os funcionários não tem água potável pra beber. Você não tem uma cadeira de asseio para levar aos usuários que dependem disso para poder tomar um banho. Tem paciente lá que está há um mês sem tomar banho. Então, você não acredita que existe esse tipo de realidade dentro da saúde pública. No entanto, nesse hospital, hoje iriam inaugurar a emergência e tiraram as cadeiras da acompanhante do terceiro andar pra poder colocar dentro da emergência, tiraram os computadores dos médicos para poder colocar dentro da emergência, tiraram as mesas do pessoal administrativo pra poder colocar dentro da emergência porque o ministro viria, para poder bater a foto. A gente vira chacota”.

Esse sindicalista acredita que o caminho para se transformar essa situação dramática passa pela aliança dos servidores com os usuários. Porém, critica as estratégias de cooptação dos usuários nas instâncias do controle social pois estes tentam obter favores e vantagens pessoais com os diretores dos hospitais, tentando fraudar as filas. Portanto, para o SINDSPREV, a aliança entre servidor e usuário não pode passar pelas instâncias do controle social porque, segundo ele, “... o Governo maldosamente conseguiu fazer a cooptação de todos eles através desses programinhas que, nas suas comunidades, fazem sucesso, mas não viram e nem mudam a vida do povo de lá. Continuam mantendo eles num mesmo espectro de miséria, de subserviência e cada vez mais necessitados desse tipo de favor”, reproduzindo os velhos esquemas clientelistas históricos no país.

O impacto dessa política nos processos de trabalho são, como não poderiam deixar de ser, trágicas, tanto para os trabalhadores quanto para os usuários. O SINDSPREV pontua o quanto as tensões acabam se fazendo na relação entre esses dois segmentos, que se responsabilizam mutuamente pelas dificuldades e carências. Na fala do SINDSPREV: “Tem hoje uma realidade no local de trabalho, onde tem três elementos: primeiro, uma disputa emocional que se estabeleceu por conta dos diferentes vínculos, dos diferentes salários. O colega deixa de olhar pra quem tá promovendo a bagunça, pra disputar com o colega do lado que ganha mais ou menos que você e, por um outro lado, você tem um assédio absurdo das chefias, pois se predis põem a administrar o caos; e para administrar o caos, só com autoritarismo e assédio moral, para que você possa submeter os trabalhadores à sua autoridade, que o faça continuar trabalhando; e, por outro lado, você tem a gestão confortável, dentro dos seus gabinetes com ar condicionado, participando do mesmo jogo de negociatas políticas”.

A respeito da possibilidade de democratizar as unidades de saúde através das eleições diretas de suas direções, o SINDSPREV não mostra otimismo em função das dificuldades que se inter põem neste processo. Em suas palavras: “O que poderia fazer com que as uni-

dades deixassem de ser moedas de barganhas políticas seria as eleições pras direções das unidades de saúde. Só que tem unidade que a gente conseguiu realizar isso. Só que a gente não conseguiu democratizar as relações de trabalho através da consolidação dos conselhos de gestores locais e através de grupos de trabalho que pudessem democratizar a tomada de decisão dentro das Unidades de Saúde, debatendo as prioridades, debatendo o foco, debatendo qual vai ser o investimento naquela unidade. Então, você consegue até fazer o processo de eleição, mas você não consegue dar a sustentação necessária para que você possa dar o retorno de investimentos para que as unidades tenham esse processo de fiscalização e tenham transparência nessa cobrança e nessa gestão. [...] A gente só pode avançar e vencer nisso quando a gente acha uma pauta que unifique. Somente assim a gente consegue vencer o assédio moral e o autoritarismo dentro das unidades de saúde”. Essa análise revela as distorções dos próprios processos democráticos de gestão que, por si só, não asseguram uma gestão efetivamente participativa e que contemple as perspectivas e necessidades dos diferentes atores envolvidos.

Ao ser indagado sobre qual modelo escolheria para a gestão da saúde no Brasil, o SINDSPREV não hesita em afirmar que optaria por um modelo 100% público. Mas realça a importância da democratização da gestão através “... dos conselhos de gestão participativa, com grupos de trabalho, para que se debatam as prioridades de trabalho, com fortalecimento das câmaras técnicas para acabar com esse assédio que os vendedores fazem com os profissionais, andando com suas maletinhas dando brindes. E fazer uma gestão 100% pública mas sem ter a figura central da direção, do diretor como autoridade máxima da unidade hospitalar; 100% pública mas com a tomada de decisão construída pelo trabalhador que tá na base, que tá na ponta, com fiscalização e transparência. A gestão dentro da unidade... ela também tem que prestar conta do que tá fazendo. Na maioria das vezes, ela tem autonomia orçamentária e eles não prestam conta disso pra ninguém, a não ser para os órgãos de controle. Então elas não prestam conta pra dentro da unidade hospitalar, eles tem que prestar”.

Como se pode depreender, o SINDSPREV expressa muita clareza a respeito do modelo de gestão radicalmente democrática e representativa pelo qual se anseia, e que não é garantido apenas pelas eleições das direções.

Na opinião do SINDSPREV, se tomarmos em conta que os modelos OS e Fundações vem apresentando tantos problemas – desvio de recursos e baixa qualidade de assistência entre eles – não resta dúvida que o modelo público é o único que tem condições de oferecer uma assistência à saúde calcada nos princípios constitutivos do SUS, com efetivo controle social, transparência e democracia na gestão.

Ao ser indagado sobre uma possível eficácia das OS na gestão dos serviços, o SINDSPREV é categórico ao descrever o processo através dos quais elas se instalam: “Não existe isso de eficácia: eles desmontam. Parece aquele poema – “primeiro pisou na minha flor” – e é isso o que eles fazem. Primeiro, eles desmontam, depois eles sucateiam, depois não fazem concurso, e então criam um déficit imenso de RH e, de repente, eles criam a solução, que são as Organizações Sociais, pois aquilo que eles destruíram não serve para nada, não é eficiente, não funciona”.

A respeito dos efeitos da gestão OS sobre os trabalhadores, o SINDSPREV pontua o quanto o vínculo contratual precarizado dificulta, ou mesmo impede, a organização dos trabalhadores para lutarem por direitos trabalhistas e por melhores condições de trabalho. No Rio de Janeiro, em particular, SINDSPREV elenca, além da precarização, a flexibilização e a pressão exercida pelo desemprego que, segundo ele, atua como um ‘machado’ sobre a cabeça dos trabalhadores.

Por fim, para o SINDACS, que congrega a categoria profis-

sional mais numerosa e explorada da ESF, as OS têm significado um vínculo de trabalho perverso. Para ele, as OS “...são sanguessugas, vampiros. Digo isso porque eles oprimem o profissional, ao máximo possível. A gente vive num terror. Os profissionais tem medo de falar, medo de se envolver, medo de fazer as coisas, porque a todo momento você é ameaçado de demissão: “Tem gente para entrar no seu lugar”, “ah! OS é assim: se você não gostou, peça demissão”... enfim, assédios morais cada vez maiores, né? Até porque eles tem que cumprir a metinha deles para eles ganharem o deles. Ai, nisso, eles não vêm a saúde do trabalhador, não vêm nada das condições de trabalho... Nenhuma OS negocia salário, é o que a Prefeitura manda. Nós que temos que negociar salário, nós que temos que lutar pela condição de trabalho, nenhuma OS se envolve. E tem uma coisa que no Rio de Janeiro faz ficar pior ainda: cada CAP é (de) uma OS. Como que você consegue organizar uma categoria com tantos padrões?”

Em seu dramático depoimento, o SINDACS revela condições de trabalho marcadas pela violência e, como consequência, pelo sofrimento dos trabalhadores. O assédio moral é referido por praticamente todos os sindicalistas, nos indicando o quanto esse regime de trabalho é calcado na competição, na violência e no autoritarismo.

Além da alta rotatividade dos trabalhadores ACS, o SINDACS também menciona os salários archoados, as cargas de trabalho cada vez maiores, contribuindo para elevação do nível de estresse, além da alta frequência do assédio moral, o que contribui para um elevado índice de trabalhadores que utilizam medicamentos psicoativos, tipo ansiolítico, além da alta incidência de hipertensão arterial.

Quando indagado se o SINDACS consegue obter informações sobre os contratos de gestão, o entrevistado é enfático sobre a absoluta falta de transparência na contratualização das OS. Em suas palavras: “Não, a gente não tem acesso a isso, já pedimos várias vezes, não temos. Tem o contrato de gestão publicado no site da prefeitura, mas ali tá exposto um modelo padrão, eu não sei se aquilo é o que tem pra todos, eu não sei o quanto é repassado para OS, nós não temos essa informação, por mais que a gente já tenha pedido. Não temos, é uma caixa preta”.

Como exposto acima, o trabalho sob o regime de gestão das OS é altamente problemático em todos os sentidos. As péssimas condições de trabalho e a alta incidência de assédio moral relatadas demonstram que esses trabalhadores que, por definição, cuidam da saúde da população, estão sofrendo um forte desgaste com possíveis impactos sobre sua própria saúde. Ademais, a instauração da lógica da concorrência e do contrato precário de trabalho na assistência à saúde gera condições propícias para a desorganização dos trabalhadores. Há ainda que se considerar que a formação profissional voltada para o mercado, e também em processo de privatização, cria um ‘exército de reserva’ de profissionais de saúde que regulam o custo dessa força de trabalho para baixo, com salários archoados, sem reajustes e outras compensações.

Diante desse cenário, veremos, no sub-tema a seguir, como esses sindicatos estão enfrentando essa preocupante situação.

O papel e a atuação do movimento sindical no enfrentamento dos processos de precarização do trabalho em saúde

Neste sub-tema, levamos em consideração que cada sindicato tem que ser compreendido em sua historicidade, nos contextos de constituição de suas categorias profissionais, da posição dessas categorias nas estruturas hierárquicas do sistema de saúde e de suas lutas de enfrentamento.

O SINDAUX inicia sua fala a respeito da atuação do seu

sindicato frente às condições de trabalho dos profissionais de enfermagem mencionando os inúmeros ‘casos’ individuais de agressões e conflitos, quando o sindicalizado procura o sindicato para defendê-lo judicialmente. Os casos mencionados dizem respeito a conflitos entre trabalhadores e também destes com usuários. Nesses casos, o SINDAUX ‘defende’ juridicamente seus associados, se esta for a demanda. Porém, destaca o fato de que a defesa de profissionais estatutários e celetistas é bem diferenciada em função da fragilidade do vínculo deste último.

Sindaux menciona a criação de uma Associação Profissional de Técnicos em Enfermagem – ANATEN – que, segundo suas expectativas, vai contribuir para o fortalecimento da formação profissional. Este sindicalista não mencionou o encaminhamento de lutas coletivas. Seu depoimento sugere que o SINDAUX tem atuado mais no âmbito individual, na defesa dos sindicalizados que trazem questões decorrentes das relações de trabalho, tais como assédio moral e outros tipos de conflitos. Porém, como o tema da atuação coletiva do sindicato nas lutas por melhores condições de trabalho não foi suficientemente explorado com o SINDAUX, não temos elementos mais consistentes para tirar conclusões a esse respeito.

O SINDENF, por seu lado, menciona a participação deste sindicato nos movimentos de servidores públicos, estaduais e federais, que ocorrem em nível local e nacional. Em função desse engajamento, tem participação nas mesas de negociação com os governos e, portanto, uma expertise ampliada sobre os processos políticos em curso, além de um compromisso político com a defesa do SUS público, como sua fala exemplifica: “Se o Sindicato dos Enfermeiros está nessa luta pelo serviço público, na verdade mesmo, a gente nunca saiu dessa luta, a gente sempre esteve nessa luta, a gente sempre teve na frente dessa luta, e é o que a gente mais faz, a luta pelo servidor municipal, estadual e federal”.

No que diz respeito às demandas oriundas da violência no trabalho, o SINDENF relata uma experiência diferenciada em sua categoria. Segundo ele, o assédio moral entre enfermeiros não tem relação direta com as OS mas com a própria estrutura hierárquica da profissão pois o assédio é cometido entre pares, pelas chefias contra os subordinados. Segundo Sindenf, quando um enfermeiro se torna chefe, ele vai exercer uma prática autoritária sobre seus subordinados, reproduzindo assim as hierarquias de poder que perpassam o trabalho em saúde.

No que diz respeito ao enfrentamento coletivo às OS, o SINDENF faz referência à frente jurídica em torno da ADIN (em recurso ao STF), que coloca em questão a constitucionalidade das OS. Segundo ele, até se conseguir uma vitória nesse sentido, resta ao sindicato fiscalizar o cumprimento das leis.

Apesar de estar engajado nas lutas jurídicas e políticas contra as OS, SINDENF considera o trabalho sob a gestão das OS na saúde um fato consumado com o qual o sindicato tem que aprender a lidar. Em suas palavras, “... por mais que a gente tenha lutado contra as OS, contra essas formas de contratação e tem todas essas justificativas, por conta de... enfim... isso é uma realidade. Isso virou um fato pra gente. O que a gente vai ter que fazer agora? A gente vai ter que fiscalizar, vai ter que entender o que é essa realidade hoje, enquanto a gente não tem uma boa ADIN, enquanto a gente não consegue quebrar isso, a gente vai ter que fiscalizar. A gente agora aqui vai ver os Acordos Coletivos com as OS para que o direito...”.

O SINDENF admite que tem recebido críticas sobre uma postura que poderia, em última análise, estar ‘chancelando’ as OS. O SINDENF, porém, argumenta que é papel do sindicato exigir que as OS cumpram a legislação trabalhista, em uma espécie de ‘política de redução de danos’. Em suas palavras: “...a gente tem que fazer é exigir ao menos que essa relação não seja tão maléfica para o trabalhador e que os direitos dele enquanto trabalhador sejam respeitados: é carteira

assinada, é que paguem o Fundo, que paguem o piso, enfim, e a gente vai lá cobrar isso”.

O SINDENF faz uma crítica ao atual secretário de saúde do Rio de Janeiro que, baseando-se na análise à ineficiência do serviço público, defende intransigente e convictamente o modelo de gestão via OS. Ou seja, o gestor da política pública de saúde do Rio de Janeiro defende e promove a ampliação da gestão privada da saúde no estado, o que configura uma grave questão política.

Por fim, ao se referir ao papel do sindicato frente à categoria que representa, o SINDENF expressa preocupação com a pouca participação dos trabalhadores de sua categoria nas lutas sindicais, o que as enfraquece. Atribui a baixa participação, entre outras razões, à sobrecarga de trabalho, o que dificulta o engajamento dos trabalhadores nos processos coletivos. Porém, não menciona o papel do sindicato na mobilização dos trabalhadores, mesmo – e apesar de – em condições de trabalho adversas.

Demarcando uma posição diferenciada dos demais, o SINDSPREV inicia sua fala sobre a atuação deste sindicato declarando-se classista e socialista, que não só acompanha as lutas dos trabalhadores de sua base como as demais lutas sociais: *“A gente veio de uma jornada expressiva de lutas, que foram as jornadas de junho, que, na verdade, tem início em 2011, a partir da luta dos bombeiros. A gente veio de umas jornadas bastante interessantes, onde a população foi pra rua por mais direitos e especificamente, mais direitos sociais”.* O discurso deste sindicalista expressa uma compreensão mais ampla e profunda dos significados das lutas sindicais, colocando a questão do Estado no centro da crítica, responsabilizando-o pelo desmonte das políticas públicas. A seu ver, esse processo vem gerando profunda insatisfação na população que foi às ruas em 2013. Em suas palavras, *“... se você observar, em todos os lugares [das manifestações] estava lá nossa faixa amarela de ‘não à privatização da saúde’, porque a gente acredita que, se privatizar esse serviço de saúde, que hoje é excludente, por uma ação deliberativa dos governos, vai se tornar mais excludente ainda, porque vai se tornar uma mercadoria. Então, ainda que eles tenham desvirtuado o SUS e ainda que eles sucateiem as unidades de saúde, a gente acredita que é esse diálogo com a população e os movimentos sociais que pode dar uma reviravolta nisso. Então, a gente tem acompanhado todas as atividades, seja em âmbito Federal, Estadual ou Municipal. A gente ainda não conseguiu consolidar o SUS dentro das suas bases fundacionais e esse arremedo que eles criaram não é o suficiente para atender à população”.* Como se depreende, o SINDSPREV tem como estratégia de enfrentamento da privatização da saúde a luta mais geral da população contra um modelo de sociedade injusta e excludente, e do Estado que a ela corresponde. Daí as articulações nacionais nas lutas específicas e a articulação com outros movimentos, de forma a densificar e fortalecer as lutas sociais. No que diz respeito ao enfrentamento das OS, o SINDSPREV diz atuar em várias frentes, com destaque para a jurídica: *“Denúncia. A gente atua, cobra, entrega muito material pro Ministério Público, tudo o que chega pra gente, a gente remete ao MP, fazemos as nossas cobranças públicas, lutamos contra as organizações sociais, assim como as EBSERH, as Fundações, que são projetos de privatização. Então, a gente faz a denúncia constante da privatização e se sustenta a todo o momento tanto pela luta política quanto pela luta jurídica”.*

Segundo ele, a maior parte das denúncias que chegam ao SINDSPREV no Rio de Janeiro dizem respeito a atraso de salário. Quando indagado sobre os encaminhamentos que o SINDSPREV dá a essas questões, diz que a resposta tem sido política pois a resposta jurídica por si só não é suficiente. Em suas palavras, *“o que a gente vê – a privatização enquanto retirada de direitos, o desrespeito às leis trabalhistas – a gente entende que a gente pode ir lá, fazer a denúncia da questão do atraso do salário, mas a gente só consegue reverter esse quadro de uma forma consistente e definitiva*

através da denúncia da privatização, dentro do quadro de privatização que está instalado”.

Avalia que os trabalhadores das OS estão desmobilizados, desorganizados e desmotivados, assim como estão os demais servidores da saúde. Não vê saída que não seja convocar os trabalhadores para o enfrentamento político coletivo. *“Eu vejo, então, que é preciso motivar esses servidores, é preciso mostrar pra eles que tem saída, tem que ter luta. Que tem a alternativa da gente sucumbir no local de trabalho e que a [outra] alternativa é nós irmos pra rua, nós irmos pra luta”.* Cita como exemplo de lutas bem sucedidas a reversão da terceirização no âmbito federal, as lutas contra as Fundações, as OS e a EBSERH.

Neste sentido, crê que *“...só tem um caminho, a gente buscar conseguir consolidar um plano de resistência que não significa ficar na defensiva, mas reagir aos ataques do Governo, com uma pauta prioritária que passa pela valorização do servidor, pela valorização do local de trabalho e por condições dignas e democráticas. A gente precisa construir relações mais humanas nos locais de trabalho e isso, sem dúvida nenhuma, é fundamental”.*

A respeito do atual governo, o SINDSPREV pontua que a dualidade que se instalou – é um governo que conta com os ‘ideólogos’ da reforma sanitária como quadros gestores – gera uma ‘confusão’ política nas lutas sindicais. Como diz, *“então, você tem essa dualidade que acaba fazendo muito mal à organização sindical. Então, a gente vive um momento bem difícil, no sentido de que a gente não consegue, por conta dessas diversas nuances [políticas], a gente não consegue sair de uma pauta defensiva para uma pauta propositiva, entendeu? A gente não consegue avançar numa pauta propositiva porque, quando a gente pensa em se reunir para elaborar alguma coisa, acontece alguma EBSERH, alguma Fundação, e vai todo mundo correndo, porque aí a nossa prioridade passa a ser se defender, já não é mais de elaborar e traçar estratégias e tal... Cadê o Movimento Social organizado traçando estratégias? Se você olha pra dentro do sindicato, você vê que fica tudo muito difícil”.* Ou seja, as lutas sindicais terminam por responder de forma mais imediata às graves situações que se colocam com frequência, fragilizando as possibilidades de se construir uma estratégia política de enfrentamento mais ampla e abrangente.

Mesmo enfrentando um contexto com tantas adversidades, o SINDSPREV crê que a luta deve continuar. Menciona várias iniciativas em curso no sentido de reunir diversas entidades sindicais para elaboração de estratégias comuns, buscando superar as muitas divergências que existem. Em suas palavras, *“é um período aonde nós vamos ter que buscar aquilo que nos une, sabendo o que nos separa, quais são as diferenças ideológicas que nós temos, mas conseguindo construir uma base de união, onde a gente possa organizar os trabalhadores para conseguir reagir a esse próximo período que vai ser de recessão, retirada de direitos e desemprego”.*

Para o SINDACS, a principal frente de luta do sindicato é a efetivação desses trabalhadores, os mais explorados dentro da estrutura de trabalho no campo da saúde. Paralelamente a essa luta ‘de fundo’, o SINDACS menciona que são as lutas salariais que adquirem uma perspectiva mais imediata de enfrentamento com as OS. Em suas palavras, *“porque a gente não pode lutar somente pela efetivação e esquecer do outro lado. Eu digo que, no início do sindicato, a gente saiu de um salário de trezentos e poucos reais – o vale alimentação era 5 reais – e a gente conseguiu um avanço. A gente tá com o vale alimentação de 15 reais – não é o ideal ainda, o salário ainda não é o ideal – o piso ainda será pago, mas nada é o ideal enquanto não houver efetivação. Então, enquanto esse direito não for conquistado...”.*

Sobre as dificuldades de mobilização do sindicato, o SINDACS observa o quanto é difícil organizar uma categoria cujos vínculos são precários. Em suas palavras, *“como é que eu vou te chamar, te convidar para ir ali na porta da prefeitura fazer uma manifestação, se*

quando eles voltarem, eles podem estar demitidos e eu não poder garantir que ele fique [no emprego]?”.

SINDACS também observa que existem diferenciações nas formas de contratação e no piso salarial nos diferentes estados e municípios. No Rio de Janeiro, por exemplo, a situação da precariedade é mais grave nos municípios do interior do que na capital, onde os ACS já possuem, além da carteira assinada, adicionais de insalubridade e deslocamento, além de vale refeição. Sobre a participação nas lutas mais gerais, o SINDACS comenta que o sindicato tem participado das lutas pelo SUS público. Porém, por ser um sindicato novo e ainda em processo de consolidação, não tem conseguido acompanhar os demais movimentos.

Por fim, CONLUTAS refere a participação da CSP nos fóruns e frentes de enfrentamento da privatização da saúde. No que diz respeito às categorias da saúde, CONLUTAS está engajado nas lutas jurídicas, junto ao Ministério Público. Porém, de acordo com o entrevistado, se não houver mobilização dos trabalhadores, as demais formas de enfrentamento se despotencializam. Em suas palavras, “...nossa prioridade é a mobilização dos trabalhadores. Sem isso, [as lutas jurídicas] são espaços e estratégias válidas, muitas vezes, em muitos momentos até fundamentais, mas se não tiver a organização e a mobilização dos trabalhadores, não adianta de nada. A gente vai estar ali num espaço de resistência, marcando oposição, mas esse é o nosso foco central, o mais difícil”.

No que diz respeito às principais demandas que os trabalhadores da saúde estão trazendo para os sindicatos filiados à CSP, CONLUTAS aponta o assédio moral, que decorre diretamente da precarização dos vínculos contratuais. Esse ‘diagnóstico’ evidencia claramente o aumento da violência nas relações de trabalho, com graves repercussões não só na saúde dos trabalhadores como na fragmentação e fragilização das categorias para as lutas de enfrentamento. Em suas palavras, “...nesse contexto de precarização do trabalho, de quebra de vínculos e tal, uma das maiores dificuldades enfrentadas é a questão do assédio moral, que é justamente a questão do isolamento, da quebra de solidariedade, da questão da consciência de classe. Fora a questão da precarização em si: contratos adversos, salários rebaixados, não implementação de carreiras, enfim, tudo que a gente já conhece aqui”. Além disso, a diversidade de vínculos no mesmo espaço de trabalho gera uma situação de competição e desconfiança entre os trabalhadores, fragilizando sua organização. Como diz, “no mesmo ambiente, você vê um contrato ultra precário, o outro que é celetista, outro que é celetista temporário, outro que é terceirizado e quarteirizado, outro que é o efetivo daquela empresa... então, você tem, num mesmo ambiente, todo mundo exposto [...] em condições totalmente diferentes”, o que afeta diretamente a solidariedade entre os trabalhadores em sua luta coletiva, além das dificuldades de unificação de pautas reivindicatórias.

Uma das estratégias de CSP tem sido a promoção de encontros sobre saúde do trabalhador onde várias categorias profissionais têm a oportunidade de perceber que os problemas são os mesmos, assim como os problemas relacionados às condições de trabalho. Segundo CONLUTAS, a percepção de que as dificuldades vivenciadas por trabalhadores tão diferenciados são as mesmas, e decorrem dos mesmos processos perversos, é fundamental para a constituição de uma consciência de classe ampliada. Neste sentido, Conlutas observa o quanto ainda é difícil os sindicatos superarem suas demandas específicas para unificarem – e potencializarem – as lutas dos trabalhadores. Em suas palavras, “...infelizmente, na maioria [dos sindicatos], é uma luta corporativa, imediata, tipo: ah, isso não é problema nosso, nosso problema aqui é nossa discussão salarial. Aqui na UERJ mesmo, a dificuldade que a gente tem de fazer uma luta unificada de técnico-administrativos, professores e estudantes... Se falar em juntar os daqui com os de fora... há uma resistência das próprias direções. ‘Não,

primeiro isso aqui’, ‘ah mas se a gente lutar com o outro, o outro é mais atrasado do que nós, vai acabar puxando a gente pra baixo’... E, ao invés de aproveitar as experiências positivas para trazer o outro... não! Essa é a concepção, infelizmente, que tá aqui, até porque, quanto mais a gente unificar as experiências, mais a gente se fortalece, né?”.

É papel de uma central sindical comprometida com as lutas dos trabalhadores unificar as lutas e é nesse sentido que o CONLUTAS atua, o que é fundamental para o enfrentamento de condições de trabalho tão adversas, especialmente em uma conjuntura de crise econômica, ajuste fiscal e desemprego.

Considerações Finais

As entrevistas com os sindicalistas do campo de saúde, e de uma das centrais sindicais que tem participado ativamente das lutas dos trabalhadores, em especial os da saúde, revelou-se muito proveitosa e enriquecedora para os objetivos da pesquisa. Através dos vários depoimentos, foi possível descortinar, em alguma medida, os sérios problemas que os trabalhadores da saúde estão vivenciando, em especial os que trabalham sob a gestão das OS. Ficou evidenciado o quanto o vínculo precário dificulta a organização desses profissionais e dificulta o trabalho organizativo dos sindicatos. Não casualmente, as estratégias jurídicas têm sido acionadas, na tentativa de enfrentar a precarização do trabalho nesse âmbito. Porém, como mostrou um dos entrevistados, sem a mobilização e participação dos trabalhadores, a estratégia jurídica também se fragiliza.

Por outro lado, o vínculo precário ocasiona uma série de problemas que dificultam o trabalho organizativo. O isolamento dos trabalhadores, as hierarquias de poder que se estabelecem no ambiente de trabalho e os conflitos e disputas que estas provocam terminam por gerar sofrimento e adoecimento entre os trabalhadores. Não casualmente, as denúncias de assédio moral têm sido as mais frequentes. Esses processos de trabalho, extremamente perversos, minam a capacidade de resistência dos trabalhadores e individualizam as estratégias de luta. No caso do assédio moral, a violência no trabalho é atribuída a uma pessoa (um chefe, um colega) e o conflito se estabelece, então, nesta relação individualizada, o que obscurece a percepção coletiva de que a violência contra o trabalhador é estrutural e estruturante das relações sociais de trabalho no capitalismo. Além do mais, há que se considerar que, no assédio moral, é frequente que o assediador seja também um trabalhador de saúde. Todos esses mecanismos têm sido formas históricas de divisão dos trabalhadores que, assim, se fragmentam e se fragilizam coletivamente.

Apesar de tantos problemas e dificuldades, as entrevistas com os sindicalistas revelaram que esses sindicatos de saúde, assim como CSP-Conlutas, estão atuantes e permanecem na defesa intransigente do SUS público e universal, representando um segmento importante de profissionais de saúde que estão engajados nessa luta.

Referências

ANDREAZZI, M. F. S. de. Movimentos Sociais, Mobilizações de Junho de 2013 e a Saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (Orgs.). *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014, p. 69-74.

DEMIER, F. A. Nas ruas por direitos: a resposta popular às contrarreformas da democracia blindada brasileira. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (Orgs.). *A Saúde nos Governos do Partido dos*

Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014, p.62-68.

JÚNIOR, F. B. Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. de (Orgs.). *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014, p. 20-23.

MENEZES, J. S. B. de. Os Governos do Partido dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: “nada de novo no front”. In: BRAVO, M. I. S;

MENEZES, J. S. B. de (Orgs.). *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014, p. 7-19.

CAPÍTULO II:

OS PARTIDOS POLÍTICOS E A LUTA PELA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: A SAÚDE COMO ELEMENTO TÁTICO-ESTRATÉGICO¹

Carolina Alves de Oliveira

Introdução

O presente artigo é fruto de um estudo sobre a atuação dos partidos políticos, do campo da esquerda, na área da saúde, compreendendo essa última como potencial elemento tático-estratégico de transformação.

Para que fosse possível analisar tal atuação de maneira concreta, o campo de pesquisa limitou-se ao município do Rio de Janeiro, onde foram identificados aqueles partidos políticos que, além de defenderem a transformação societária, participam de maneira orgânica do espaço que reconhecidamente tem se destacado como principal mecanismo de luta pela saúde pública da cidade, reivindicando os pressupostos revolucionários do Movimento de Reforma Sanitária: o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro – FSRJ.²

A escolha do Rio de Janeiro se deu por sua importância econômica e política, a qual pode ser identificada através da frontal e visível investida na valorização do capital no município, onde a saúde pública tem servido para tal. Percebe-se que um dos principais eixos de atuação do atual governo é a saúde, sendo a implantação dos “novos” modelos de gestão a política que tem dado o tom das ações no setor, garantindo lucro a empresários, em troca da precarização dos serviços e das relações de trabalho.

A análise aqui exposta compreende o período que vai de 2009 a 2013, entendendo que nesse contexto houve um avanço significativo da ofensiva do capital, em busca de sua valorização na área da saúde no Rio de Janeiro.

A saúde em uma sociedade emancipada

Afim ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, hegemonizado pela teoria marxista de análise,³ a saúde é aqui definida como um elemento que está para além dos determinantes biológi-

cos, envolvendo e sendo subordinada à estrutura economicamente dominante da sociedade – ou seja, ao modo de produção. Nesse sentido, a concepção de saúde que este artigo defende abarca aquilo que se denomina de determinação social do processo saúde-doença. Em linhas gerais, a determinação social do processo saúde-doença pode ser explicada através da seguinte avaliação de Laurell (1982, p. 16):

[...] o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção.

Concebe-se, portanto, que a saúde é o “resultado das formas sociais de organização social da produção” (BRAVO, 2011, p. 111).

Avaliando, pois, a forma de organização social da produção na qual estamos inseridos, é possível reafirmar aquilo que já foi reconhecidamente evidenciado, ou seja, que a dinâmica de seu processo de trabalho está fundamentada pela lógica quantitativa, de produção de mais-valia, sob relações de exploração entre classes sociais e de alienação. Nesse processo, sujeitos são reduzidos à condição de meros trabalhadores, lhes escapando o sentido de seu trabalho. O produto de seu trabalho é, dessa forma, simples meio de acesso aos produtos alheios (DUAYER, 2011). Sendo assim, é certo que, a necessidade de valorização do capital e de sobrevivência do trabalhador substitui a intencionalidade de quem trabalha, configurando-se um intrínseco movimento alienante, onde as relações sociais são de tal forma objetivadas e externalizadas, que passam a adquirir vida própria. Desse modo, o trabalho vivo torna-se desumanizado, já que, transformando-se em mercadoria, só funciona se estiver subsumido à estrutura dominante de produção.

De acordo com Mészáros (2011, p. 624):

[...] a unidade entre necessidade e produção – característi-

1 - O texto que ora se apresenta caracteriza-se enquanto uma versão condensada da dissertação de mestrado intitulada “Partidos políticos e a luta pela saúde no município do Rio de Janeiro: uma análise da saúde como elemento tático-estratégico de transformação”, defendida no ano de 2014, no Programa de Pós-Graduação de Serviço Social, da Faculdade de Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob a orientação da prof. Maria Inês Souza Bravo.

2 - De acordo com os documentos do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, este pode ser compreendido enquanto um espaço de articulação entre diversos movimentos sociais, partidos políticos, sindicatos, centrais sindicais, projetos de pesquisa, entre outros, na luta pela saúde. Tal espaço orienta suas ações em uma perspectiva anticapitalista, reivindicando os pressupostos do Movimento da Reforma Sanitária, em uma perspectiva marxista.

3 - É importante sinalizar que o marxismo não teve influência apenas no Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro. O debate marxista, levado a cabo pela Medicina Social, já se espalhava pela América Latina desde a década de 1960.

ca dos modos anteriores de intercâmbio metabólico com a natureza, na medida em que “a finalidade deles é o homem”, já que orientam a si próprios pela produção de valor-de-uso – é totalmente rompida no sistema do capital.

Segundo o autor a ruptura é dupla: primeiro os produtores são separados dos meios de produção, onde se torna impossível produzirem para si, na medida em que já não têm mais o controle do processo produtivo. Em segundo lugar, as mercadorias produzidas sob essas condições, alienadas e alienantes, devem estar submetidas às relações de troca, onde o valor-de-uso só pode se constituir enquanto tal através dessa relação de troca.

Sendo assim, o que se pode conceber é que, a produção de valores-de-uso, orientada para a necessidade, está submetida à constante busca de valorização e expansão do capital. O aumento da produtividade do trabalho gera uma desvalorização da própria força de trabalho, em detrimento do desenvolvimento humano, sendo sua existência condicionada ao consumo, não podendo o trabalhador afastar-se dessa lógica. Segundo Iasi (2010, p. 72), “a condição humana tinha o trabalho como meio de humanização, agora a condição de mercadoria é o único meio de garantir a existência, (...), de modo que só o acesso ao trabalho, portanto a desumanização permite a satisfação das necessidades humanas e sociais”.

Assim, em uma sociedade baseada na exploração e na alienação, o trabalho estranhado é elemento central, colocando-se como o único meio de sobrevivência, tanto para o capital como para o trabalhador. Tal condição estranhada é resultado de uma separação entre a intencionalidade e o ato do trabalho, uma separação entre o comando consciente e a ação, onde a repetição mecânica de movimentos e ações em nada contribui para o desenvolvimento intelectual humano, ao contrário, o faz adoecer.

Desse modo, atesta-se que a lógica capitalista, intrinsecamente estranhada, é adoecedora. Por outro lado, o alto grau de desenvolvimento das forças produtivas, já realizado ao longo de toda a história da humanidade, pode ser considerado capaz de potencializar o desenvolvimento humano emancipador, se estiver em consonância com relações sociais libertadoras. Nesse sentido, é possível concluir que uma sociedade onde as relações sociais de produção estejam em consonância com o grau de desenvolvimento das forças produtivas, será uma sociedade emancipadora e, conseqüentemente, produtora de saúde.

Ancorado, pois, nessa perspectiva, o presente artigo defende a saúde em uma sociedade emancipada, independente e livre das amarras alienantes.

No entanto, compreendendo que qualquer complexo social é dotado de determinismo e liberdade, não se deve confundir a possibilidade de superação da alienação com a superação do determinismo. Isso porque, este último é necessariamente gerado pela complexificação da vida social, sendo, desse modo, ineliminável.

Dessa forma, é necessário pontuar que uma saúde completa, plena, é ilusória. Afirmar uma pretensa saúde total levaria a um equívoco teórico, no que diz respeito ao método histórico dialético, já que desconsideraria as determinações naturais do homem, tendo em vista que não há ser humano que não comporte a doença de algum modo. “Quando se diz que uma saúde continuamente perfeita é anormal, expressa-se o fato de a experiência do ser vivo incluir, de fato, a doença. Anormal quer dizer precisamente inexistente, inobservável” (CANGUILHEM, 2009, p. 53).

Por mais que a sociedade tenha se desenvolvido de tal modo que haja um recuo significativo das barreiras naturais, estas são inelimináveis. A existência do ser humano está ligada indissolúvelmente ao aspecto biológico e, conseqüentemente, à doença.

As análises de Canguilhem contribuem na medida em que, a

partir das mesmas, é possível compreender que a saúde, mais do que ser um aspecto para além da doença, é a possibilidade de o homem intervir sobre determinadas situações e criar formas de lidar com suas necessidades.

Em determinado momento, Canguilhem afirma que “a saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais” (GANGUILHEM, 2009, p. 79).

Isso leva a crer que o autor compreende a saúde enquanto a possibilidade de criação de novas formas de vida, na medida em que o corpo, prolongado através de instrumentos elaborados em relação ao meio externo, possui historicidade (DONNANGELO, 1976). Isso possibilita a reflexão de que a saúde está para além da simples adaptação a certas condições.

Nesse sentido, a ideia da saúde em uma sociedade emancipada é tida como a liberdade para o completo aperfeiçoamento humano, dada através do desenvolvimento das forças produtivas, livre das amarras alienantes.

Em defesa, portanto, dessa perspectiva ontológica, conclui-se que, é apenas através de um trabalho humano livre e dotado de sentido que a liberdade pode desenvolver-se e a saúde em uma sociedade emancipada será capaz de ser gerada em toda a sua completude. Compreendendo o valor-de-uso como “um produto do trabalho que o homem pode usar apropriadamente para a reprodução da sua própria existência” (LUCKÁCS, 1981, p. 3) concebe-se que a saúde em uma sociedade emancipada só poderá ser fruto da produção direcionada ao uso.

A saúde como elemento tático-estratégico de transformação

É em defesa dessa concepção de saúde, atrelada a uma perspectiva transformadora, que a mesma é considerada enquanto um elemento tático e estratégico de transformação. É um elemento tático, pois, sendo as dificuldades e desigualdades em seu acesso – cada vez mais aprofundadas diante do processo de mercantilização da saúde e da vida – expressões das contradições próprias da luta de classes, a luta por melhores condições nesse campo é uma ação singular, concreta e necessária, mas que deve ser travada no sentido de evidenciar tais contradições. Entretanto, essa ação singular necessita estar articulada ao objetivo final da emancipação humana, da superação da sociedade produtora de doenças para uma sociedade produtora de saúde, uma saúde emancipada. Assim, nesse último sentido, ela também é estratégica, pois se coloca enquanto meio e fim.

Além disso, a saúde é um setor que guarda aspectos geradores de consenso e dissenso, o que a torna um importante componente na busca pela realização de um novo projeto societário. A saúde é elemento de consenso na medida em que lida com a vida e com a morte e é essencial à existência de todos os seres humanos. No entanto, conforme já foi assinalado anteriormente, é fator de dissenso quando as formas diferenciadas de qualidade de acesso evidenciam diferentes condições de vida (SCOREL, 1995; BRAVO, 2011).

Tem-se, portanto, que a saúde torna evidentes diferentes situações embutidas em relações, que são relações de classe. Numa perspectiva transformadora, a luta pela saúde deve tornar claras essas relações. Para isso, ela necessita superar a dicotomia entre os aspectos táticos e estratégicos, entre a busca pela emancipação política e o projeto de emancipação humana. Defender a saúde como emancipação política, sem fazer as devidas mediações com a estrutura social alienante, levaria a uma eterna viagem de retorno aos limites do capital e não proporcionaria uma saúde em uma perspectiva emancipadora, ou seja, a saúde em uma sociedade emancipada.

Nesse sentido, defender a saúde como elemento tático e estratégico significa encampar não apenas um objetivo setorial, ou parcial, visando à melhoria de serviços e atendimento. Ela deve ir além, seguindo rumo a um projeto de sociedade, que supere o modo de produção alienante.

Contudo, para a construção desse projeto emancipatório se faz imprescindível a utilização de instrumentos capazes de travar tal luta. Nas análises empreendidas na pesquisa que ora se apresenta, o Partido Político Revolucionário – compreendido enquanto organismo da classe trabalhadora organizada, que tem como objetivo a sua emancipação – é concebido como sendo um desses instrumentos.

Partidos Políticos e a luta pela saúde no município do Rio de Janeiro

É certo que as esquerdas vivem hoje uma crise de suas expressões mais avançadas: os movimentos socialista e comunista. De acordo com Braz (2006), as causas concretas dessa crise – reestruturação produtiva e queda do chamado “socialismo real” – abateram as formas de organização política da classe trabalhadora. Consequência disso foi a vitória ideológica burguesa, representada pela teoria pós-moderna. Assim, a ascensão do individualismo tomou lugar da consciência de classe e a saúde, como parte da dinâmica social, também termina por absorver estas influências. Como desdobramento disso tem-se a total descrença na luta transformadora e no Partido Político, enquanto instrumento para tal objetivo.

Movimentos em prol de aspectos micro políticos, os quais têm ganhado força nas últimas décadas, inclusive no campo da saúde, não têm avançado – e por vezes nem se prestam a tal tarefa – no sentido de ascenderem a uma perspectiva emancipatória. Terminam por reproduzir a lógica imposta pelo modo de produção atual, tornando-se incapazes de dar respostas que avancem para além daquilo que está posto. Dentro desse cenário, embora os partidos políticos se encontrem em um momento de arrefecimento de sua luta política, eles são elementos de extrema importância para dar sentido às reivindicações das camadas subalternas, compreendendo a saúde como um dos potenciais fatores unificadores de luta.

No entanto, tendo como referência a realidade brasileira, é correto afirmar que aquele partido político – Partido dos Trabalhadores (PT) - que outrora representava os interesses das camadas subalternas, tendo como objetivo a superação da ordem capitalista, hoje representa os interesses do capital. A implementação de seu programa estratégico, conhecido como Estratégia Democrática e Popular, a qual se constituiu na síntese de um momento histórico de protagonismo das lutas sociais, fracassou no que diz respeito à perspectiva de mudança. Tendo em vista a importância do PT para a luta transformadora brasileira, compreende-se que sua virada programática à direita afetou todo o campo da esquerda, onde esta vive um processo de crise programática.

Diante da realidade na qual aquele organismo que outrora representava os interesses, reivindicações e aspirações políticas das camadas subalternas se amoldou à ordem, qual será o posicionamento da esquerda perante esse fato incontestável? Como fica a luta pela saúde em uma perspectiva transformadora? É sobre esse aspecto que esta pesquisa se debruçou.

PCB, PSTU e PSOL: o objetivo da transformação e a saúde como elemento tático-estratégico

Apesar de a concepção de saúde deste artigo estar em-

basada em uma perspectiva ampla, estendendo-a para a possibilidade de desenvolvimento ilimitado de todas as capacidades humanas, não se pode correr o risco de cair em análises abstratas, sem levar em conta a concreticidade da questão. É, portanto, evidente a necessidade de apreensão da ação dos organismos de luta – neste caso, dos partidos políticos – nas manifestações concretas das contradições próprias desta sociedade, que se evidenciam na área da saúde e, identificar nessas ações os caminhos possíveis para a construção de um projeto de transformação.

Concebendo que, no município do Rio de Janeiro vive-se um momento histórico emblemático, onde fica clara a acentuação da lógica privatista e mercadológica no campo dos direitos, em especial do direito à saúde, crê-se que ações que afirmem a saúde como um direito social possibilitam tornar evidentes as contradições intrínsecas a esta sociedade. Possibilitam porque tais ações devem estar acompanhadas de um projeto de transformação, que desempenhe uma atitude radicalmente crítica, tornando cada vez mais clara a impossibilidade de realização da saúde, em uma perspectiva emancipatória, sob o mundo do capital.

Diante dessas colocações, o leitor pode se perguntar se é possível realizar uma análise a respeito da transformação social, tendo como foco um embate de abrangência tão específica, conforme se propôs este trabalho. Este é o momento de esclarecer que, assim como a luta nacional é a forma particular da luta internacional, os embates locais, obviamente contendo suas especificidades, são expressões de relações mais gerais, nacionais e internacionais. Ademais, sob as proposições de Marx e Engels (1980), a busca pela garantia de melhores condições de vida da população não se contrapõe ao objetivo de superação da sociedade capitalista, pelo contrário, o compõe, devendo, no entanto, tornar evidentes as contradições próprias desta sociedade nas lutas cotidianas.

Dito isso, cabe sinalizar que a escolha dos três partidos aqui investigados: Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), Partido Comunista Brasileiro (PCB) e Partido Socialista dos Trabalhadores Unificados (PSTU), se deve, primeiramente, a sua atuação significativa na área da saúde. Mas, apenas sua atuação, embora importante, não seria suficiente para eleger tais partidos como objeto de pesquisa. Assim, um segundo elemento primordial para a escolha feita foi a necessidade de afirmação de uma perspectiva transformadora da realidade posta. É evidente que são muitos os partidos que se afirmam defensores dessa mesma perspectiva, porém, para os fins do presente estudo, procurou-se delimitar aqueles que participam de maneira orgânica do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro (FSRJ). Isto porque, não seria coerente desconsiderar aquele ambiente que hoje se constitui enquanto o principal espaço de articulação e organização dos movimentos de luta pela saúde, do estado do Rio de Janeiro. Já que esta pesquisa se propõe a compreender a saúde na qualidade de elemento tático-estratégico de transformação, deve-se pressupor uma unidade de ação, entre os diversos movimentos da esquerda, na área da saúde, já que uma atuação estratégica o prevê.

É importante assinalar que, os partidos eleitos para este estudo não são os únicos a participarem do FSRJ. Outros partidos também o compõem, ou já participaram, em algum momento, desse espaço, tendo instituído, inclusive, militantes para sua representação. São eles: o Partido Comunista do Brasil (PCdoB), o Partido dos Trabalhadores (PT), a Consulta Popular⁴ e o Partido Democrático Trabalhista (PDT). Porém, de acordo com consultas feitas às listas de presença das reuniões do FSRJ, tais

partidos não apresentam uma ação constante e orgânica neste ambiente.

Importante pontuar que foi a partir do exame documental, bem como da utilização do instrumento de observação participante, que foi possível chegar às conclusões que ora se apresentam. Os materiais utilizados para a realização desta pesquisa foram: atas das reuniões do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro; estatutos e programas dos partidos; documentos de comunicação, como notas, notícias, coletadas em sites, blogs e fanpages dos partidos e de seus parlamentares; projetos de lei de autoria dos vereadores do PSOL.

Contudo, para melhor compreensão do leitor, apresentar-se-á adiante uma breve contextualização histórica a respeito dos partidos estudados. Seguem, portanto, as análises.

I. O Partido Comunista Brasileiro (PCB)

Fundado em 25 de março de 1922, o PCB foi protagonista na luta partidária comunista no Brasil. Tendo sido a primeira organização partidária anticapitalista do país, sua história é marcada por sistemática repressão, onde o partido viveu na clandestinidade por mais da metade de sua existência.

De acordo com os documentos do PCB, de sua fundação até 1930, a ação do partido estava voltada para a formação de uma cultura socialista e de um modo proletário de fazer política no Brasil. Cabe afirmar que até 1935 foi um período de afirmação política do partido e os anos posteriores, até 1942, de refluxo.

Importante lembrar que, após 1930 o PCB teve participação especial da Aliança Nacional Libertadora (ANL), onde este espaço se consolidou enquanto seu núcleo dinâmico, na busca por um projeto de desenvolvimento democrático, anti-imperialista e antilatifundiário. Após a ANL ter sido posta na ilegalidade, o PCB promoveu a insurreição de 1935, onde foi derrotado devido sua desarticulação e falta de envolvimento das massas. Com a derrota, deu-se um intenso processo repressivo, onde chegou-se ao extremo do extermínio de dirigentes e militantes do partido.

No final da Segunda Guerra Mundial, em uma conjuntura favorável às forças democráticas do Brasil, o PCB conseguiu se reestruturar no ano de 1943, por meio da Conferência da Mantiqueira. Em 1945 tornou-se um partido de massas, onde na legalidade garantiu ampla bancada parlamentar, além de o secretário geral do partido, Luiz Carlos Prestes, ter conquistado o cargo de senador.

Porém, entre 1947-48 o partido é posto novamente na ilegalidade, sendo perseguido pelo governo do presidente Dutra. A resposta à perseguição se deu através de uma política sectária, o que contribuiu para um isolamento político e lutas internas entre as facções partidárias. Além disso, o XX Congresso do PCUSS causou impacto negativo sobre o PCB, com perda de dirigentes e militantes.

Em 1958, uma nova perspectiva de ação dos comunistas foi lançada através da Declaração de Março, colocando a necessidade de ampliação dos espaços democráticos. Diante disso, o PCB busca a legalidade, adequando-se à legislação partidária, alterando inclusive seu nome de Partido Comunista do Brasil para Partido Comunista Brasileiro.

A partir desse contexto, o partido passou a adquirir hegemonia na intelectualidade de esquerda, além de ter aumentado sua influência no movimento sindical, articulando alianças amplas e flexíveis, de acordo com a conjuntura. Tais alianças se mostraram desfavoráveis ao partido e ao movimento da esquerda em geral, em

especial no processo de combate à ditadura.

Posteriormente, o partido adotou uma ação antiditatorial, que negava a articulação com qualquer ação que não tivesse em conta a necessidade de organização e participação no movimento de massas.

Com a repressão da ditadura militar, o PCB combinava a ação política clandestina com a atuação nos espaços legais, como o Movimento Democrático Brasileiro (MDB). A repressão contra o partido foi intensa, onde, novamente, militantes foram mortos e torturados.

Com a conquista da anistia, o retorno de dirigentes do exílio foi elemento de extrema importância para a dinamização da luta contra a ditadura em seu momento de crise – pós “milagre econômico”.

Após o sétimo congresso do partido (1982), um congresso marcado por intensos embates entre forças políticas e rupturas, o PCB conquistou ganhos político-organizativos importantes. Porém, sem inserção no movimento de massas, a intervenção política do PCB se viu fragilizada, ainda que tivesse mantido seu destaque nas articulações institucionais de esquerda e no campo democrático. Sendo assim, o partido não se afirmou como organização de massas e nem esteve na vanguarda do movimento operário no decorrer dos anos 80.

O oitavo congresso (1991) demonstrou a divisão do partido e, no X Congresso (1992), realizado com claros objetivos liquidacionistas, aconteceu o racha, que teve como fruto a formação do PPS. Os demais militantes do PCB se mantiveram nos movimentos de massas, travando disputas legais a fim de formalizar o partido.

Em 1995, o PCB conseguiu registrar novamente sua legenda e, em 2005, fez a autocrítica de sua linha programática, de defesa da etapa democrático-burguesa como meio necessário à revolução socialista no Brasil. Apresentou ainda uma crítica aberta ao governo de Luiz Inácio Lula da Silva e orientou seus militantes a deixarem a CUT e integrarem a Intersindical, no ano de 2006, convocando o Encontro das Classes Trabalhadoras, o qual teve como objetivo a unificação dos sindicatos combativos (MATTOS, 2012).

2. O Partido Socialista dos Trabalhadores Unificados (PSTU)

Fundado em 05 de junho de 1994, o PSTU foi o primeiro partido organizado através de uma dissidência do PT. A corrente Convergência Socialista (CS), parte do PT desde a sua fundação, foi expulsa pela Direção Nacional deste, no ano de 1992, por conta de posicionamentos contrários a respeito do movimento “Fora Collor”. A CS adotou uma política de enfrentamento mais frontal ao governo federal, onde tal prática foi desautorizada pela direção do PT. Esta direção aprovou uma resolução que proibia suas correntes internas de manter relações internacionais, sede própria, finanças e imprensa independentes, estabelecendo o prazo de 15 dias para a CS adaptar-se aos novos procedimentos. Sem a adaptação anunciada, em 9 de maio de 1992, a direção do PT anulou a condição da CS de corrente interna do partido (CERDEIRA, 2009).

No seu congresso de 1991, já prevendo a expulsão, a CS definiu a necessidade da construção de uma Frente Revolucionária. Nesta frente, as organizações, correntes e militantes teriam como tarefa intervir na luta de classes, explorando as possibilidades de construção de um partido revolucionário em comum. Em julho de 1992 a Frente foi criada a partir de uma carta de princípios, a qual defendia a independência operária, a democracia operária, o caráter internacional do socialismo e da revolução e a necessidade de um

4 - Não há nenhum documento deste organismo, que se tenha tido acesso, que o caracterize como um Partido Político. No entanto, os participantes deste espaço o identificam como tal. É nesse sentido que o movimento é citado nas análises deste artigo.

partido revolucionário (CERDEIRA, 2009).

Foi em meio a este processo que o PSTU foi formado, abrindo, além dos militantes expulsos ou saídos do PT, militantes do Partido da Libertação Proletária (PLP) e sindicalistas de esquerda, antes associados à “CUT pela base”. O PLP, organização de origem petista, que atuava junto ao PDT nos anos de 1980, logo se afastou da recém criada legenda. Então, os militantes da Convergência passaram a dirigi-la de forma mais homogênea (MATTOS, 2012).

3 – O Partido Socialismo e Liberdade (PSOL)

O PSOL foi fundado em 2004, tendo tido como impulso a greve geral do funcionalismo público. A principal pauta da greve era a luta contra a reforma da previdência, proposta e aprovada no governo Lula, em 2003. Parlamentares petistas – Heloísa Helena, Babá, Luciana Genro e João Fontes – recusaram-se a votar o projeto em questão, o que ocasionou sua expulsão do partido.⁵ Tal expulsão resultou na formação do PSOL.

A partir de então, reuniram-se para a construção deste novo partido: grupos políticos ligados aos parlamentares expulsos – Movimento Esquerda Socialista (MES) e Corrente Socialista dos Trabalhadores (CST) – a dissidência da Democracia Socialista (DS) do PT; um grupo dissidente do PSTU – Coletivo Socialismo e Liberdade (CSOL) –; figuras públicas petistas, as quais também se desligaram do partido – Milton Temer, Leandro Konder, Carlos Nelson Coutinho, Ricardo Antunes, Paulo Arantes, Francisco de Oliveira –; militantes sindicais do funcionalismo público, rompidos com o PT e com a CUT, além de militantes de demais grupos de esquerda. Em 2005, após seu reconhecimento legal, outras figuras importantes passaram a compor esta organização, como: Chico Alencar, Ivan Valente e Plínio de Arruda Sampaio, todos dissidentes do PT (MATTOS, 2012).

Sendo assim, pode-se afirmar que, o descontentamento com a política posta em prática pelo PT, mesmo antes e para além da expulsão dos parlamentares, demonstra que o PSOL nasce sob a perspectiva de apresentar-se como uma alternativa à experiência petista, a qual teria abandonado o socialismo como horizonte estratégico.

Resultados da pesquisa

Tendo em vista que as lutas são travadas concretamente e não no plano das abstrações hipotéticas, é necessário ter uma real dimensão das dificuldades e potencialidades dos Partidos Políticos na realidade brasileira – sem, contudo, negligenciar o contexto internacional de disputa entre capital e trabalho.

No território nacional, o “processo de morte do PT” (IASI, 2012), associado a seu giro conservador, significou uma crise programática em toda a esquerda. O Partido dos Trabalhadores, que outrora representava os interesses das camadas subalternas, tendo como objetivo final a transição do modo de produção capitalista para o socialismo, aos poucos foi se constituindo em instrumento da ordem. Hoje, esse partido concorre para garantir espaço, não mais no sentido da superação do capitalismo, mas no gerenciamento do capital no contexto brasileiro.

Diante dessa realidade, na qual aquele organismo que outrora representava os interesses, reivindicações e aspirações políticas

das camadas subalternas se amolda à ordem, três partidos têm se destacado no campo da esquerda, mostrando-se fiéis, pelo menos até então, às perspectivas emancipadoras, são eles: o PCB, o PSTU e o PSOL. Como o tema desse trabalho está relacionado à luta pela saúde em um sentido tático-estratégico, tais partidos foram considerados também, e principalmente, pelo fato de os mesmos fazerem parte do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro – referência da luta pela saúde no município e no estado. Sendo assim, apresentar-se-ão adiante as considerações gerais que foram tecidas, tendo em vista as ações desses partidos, sob a realidade concreta do município do Rio de Janeiro.

O município do Rio de Janeiro, conforme já foi sinalizado, possui uma importância política e econômica de grandes proporções. Tal importância, em tempos de financeirização e mundialização capitalista, torna a cidade extremamente atrativa aos interesses e necessidades de valorização do capital. Nesse processo, as formas de administração do espaço urbano na cidade passam por uma reestruturação – posta em prática a nível mundial desde a década de 1990 – onde o Rio de Janeiro passa a ser considerado como uma mercadoria, que deve ser atrativa às investidas empresariais. Assim, o Estado busca atuar de maneira a garantir a competitividade da cidade.

No governo de Eduardo Paes essa situação ganha profundidade e a lógica privatista se intensifica. A gestão municipal apropriada, de forma mais incisiva, dos pressupostos colocados pelo Plano Diretor de Reforma do Estado onde, na saúde, a discussão sobre os chamados “novos modelos de gestão” ganha corpo e se consolida.

Esse processo é fruto da busca pela administração da crise do capital, o que gerou uma disputa pelo fundo público, que passa agora a servir às necessidades de mercado, com prejuízos para as necessidades sociais. A saúde não foge a esse processo, sofrendo com a submissão dos direitos aos ditames da valorização do capital. Tais orientações evidenciam um processo de mercantilização, não apenas da saúde, mas da vida e, nesse sentido, elas devem ser enfrentadas. Se esse enfrentamento se propõe efetivo, ele necessita se elevar à condição transformadora da ordem, já que a reversão desse processo não se dará nos marcos do modo de produção capitalista.

Sendo assim, sujeitos coletivos revolucionários são imprescindíveis à superação dessa situação doentia. Segue, pois, a síntese de suas ações, tendo como foco os partidos aqui estudados.

É preciso sinalizar, todavia, que a análise aqui apresentada não pretende dar respostas conclusivas sobre qualquer partido estudado. A pesquisa realizada suscita algumas inquietações que, de modo ainda embrionário, serão apresentadas. Assim, o objetivo da presente pesquisa foi realizar algumas pontuações iniciais a respeito das ações dos partidos estudados, através de uma pesquisa documental, a qual é importante e necessária, porém insuficiente para qualquer apontamento decisivo. Os documentos de referência dos partidos estudados – estatutos, programas – são elementos importantes a serem investigados, na medida em que apresentam a identidade dos partidos e a forma como se organizam. No entanto, tais organismos, em sua própria dinâmica interna, possuem, como qualquer espaço coletivo, contradições, divergências e embates, os quais não foram possíveis de serem analisados a fundo, apesar de algumas questões terem sido pontuadas. Assim também se dá a análise das atas das reuniões do FSRJ, das publicações em mídias dos partidos e parlamentares e das resoluções congressuais. Tais investigações apontam para posicionamentos hegemônicos, que não são únicos e eternos, mas passíveis de

5 - Nesse contexto, já se encontrava na ordem do dia, nas discussões da esquerda, a necessidade de formação de um novo partido, já que o Partido dos Trabalhadores não mais representava os interesses da classe trabalhadora. Mas, por conta de divergências a respeito de programa, formato, entre outras questões, o movimento de criação deste novo partido terminou por ser menor do que o originário (MATTOS, 2012).

mudanças. Dito isso, seguem as análises.

Na luta pela saúde, foi possível encontrar todos os organismos avaliados em espaços contra-hegemônicos do setor, como na Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e no Fórum de Saúde do Rio de Janeiro. Tais espaços, conforme já foi sinalizado, constituem-se como referências na luta pela saúde em um sentido anticapitalista.

Não é difícil reconhecer, nas intervenções dos três partidos, a crítica à lógica privatista, que tem tomado conta da política de saúde no município do Rio de Janeiro e no Brasil. Do mesmo modo, é suficientemente clara sua oposição com relação ao projeto de cidade/mercadoria – no caso do Rio de Janeiro. A desaprovação da relação da saúde com a busca sempre crescente de valorização do capital e do lucro é igualmente identificada. No entanto, a visão da saúde como um potencial elemento tático-estratégico, apresentado de forma clara, orgânica e propositiva, foi identificada apenas nas análises a respeito dos documentos do PCB.

O PCB possui definições sobre a saúde muito bem clarificadas e que expressam o sentido e o objetivo de sua ação na área. Apesar de, pontualmente, existirem certas análises ainda pouco aprofundadas, a relação entre saúde e capitalismo e a necessidade de construção de uma nova forma de organização da sociedade estão colocadas de maneira articulada à concepção de saúde que o partido defende – a possibilidade de desenvolvimento humano máximo, de acordo com o grau de desenvolvimento das forças produtivas. Essa concepção de saúde – uma concepção ligada ao objetivo do desenvolvimento do homem enquanto ser genérico – ultrapassa a lógica dos serviços, avaliando as potencialidades humanas, as quais, conforme já foi visto, são impossíveis de progredirem em seu grau máximo sob o modo de produção capitalista. No entanto, se a noção de saúde defendida pelo organismo extrapola a ótica dos serviços, ela a contém, em um movimento de negação e superação do que está posto. Se para o partido, qualquer luta específica tende a se chocar contra a lógica do capital – já que os problemas imediatos são manifestações das contradições próprias do modo de produção capitalista –, os embates por melhores condições de serviços de saúde, que ultrapassem a lógica de mercado e privatista, são essenciais. No entanto, é necessário que isso se expresse em um projeto de sociedade, que vise à superação da ordem. Esse objetivo, de acordo com as análises proferidas, se torna claro nas ações do partido em questão. Nos demais partidos analisados, o objetivo de transformação também é claro, mas esbarra em algumas análises pouco desenvolvidas sobre os fundamentos do capital.

Além disso, o Partidão é o único partido, entre os três estudados, que possui, de maneira clara, uma proposta de saúde para o programa de transição.

Na atuação local, no município do Rio de Janeiro, o organismo tem se colocado presente nos espaços de luta da saúde, apresentando interessante esforço em relacionar os problemas vivenciados no cotidiano dos serviços à lógica de mercado, voltada para a valorização do capital. Contudo, não foi possível identificar um programa de saúde para a cidade, compreendendo suas particularidades. Apenas foram identificadas análises mais gerais, que são importantes, mas que necessitam ser pensadas a partir da realidade concreta, vivida no espaço da cidade.

Além disso, identificou-se que, tendo sua história desenvolvida de forma independente do PT, o PCB não se coloca como alternativa a este partido, como fazem o PSOL e o PSTU. Assim, a perspectiva de unidade se materializa com maior concreticidade nas ações do partido. Os demais parecem estar ainda muito ligados à experiência do Partido dos Trabalhadores e, na medida em que se colocam como as *alternativas* de esquerda a este projeto fracassado,

acabam desconsiderando, por muitas vezes, os demais organismos de luta.

Porém, apesar de sua importante intervenção na área, o PCB, por ser um partido de pequenas proporções, tem tido pouca capilaridade nos espaços de luta. No entanto, essa situação tende a se modificar com a entrada de novos militantes nesse espaço.

No caso do PSTU, apesar de haver uma relação clara entre saúde e capitalismo e sua determinação social, o que foi possível perceber em suas ações e formulações, foram propostas para a área muito presas à esfera dos serviços, onde o combate às privatizações tem sido central nas práticas do organismo. Identifica-se, com isso, que as formulações do partido carecem de uma leitura mais atenta sobre a estrutura alienante do modo de produção capitalista, ou seja, sobre a lógica do valor, atentando para a contradição entre trabalho presente e passado. Preocupados prioritariamente com a qualidade dos serviços de saúde, os documentos do partido não avaliam que, serviços de qualidade não são, necessariamente, contra a manutenção do modo de produção capitalista – vide a realidade dos países escandinavos. Assim, compreende-se que, apesar de o partido atentar para a determinação social do processo saúde/doença, ele faz a análise dessa determinação de modo unilateral, identificando apenas os processos de precarização e privatização dos serviços e da atenção, levada a cabo por um processo – que tem se aprofundado cada vez mais – de mercantilização da saúde e da vida. Embora este seja um movimento importante e necessário de ser encampado, o PSTU não referencia suas análises à própria estrutura alienante do modo de produção capitalista, a qual impede o desenvolvimento humano em toda a sua potencialidade, ainda que possa garantir serviços de qualidade. De acordo com o que foi defendido neste estudo, a discussão sobre exploração capitalista deve estar associada ao debate sobre a alienação. e este debate ainda carece de maiores aprofundamentos no partido em questão.

Ademais, nos documentos estudados inexistiu a relação entre saúde e socialismo. Porém, a importância deste partido nos espaços de luta pela saúde é inquestionável, além de sua reconhecida influência na luta sindical, através da CSP/Conlutas.

A respeito do PSOL, é possível encontrar diferentes formas de abordagem no campo da saúde, dentro do partido. No entanto, os setoriais de saúde têm tido papel importante na busca pela ampliação da concepção crítica sobre o tema, no PSOL e fora dele. Contudo, ainda é possível identificar muitas dificuldades na relação entre o setorial e as demais instâncias do partido, em especial a parlamentar. Além disso, parece que o PSOL, do mesmo modo que o PSTU, necessita de maior aprofundamento sobre as análises dos fundamentos alienantes do capitalismo, no sentido de seguir rumo à perspectiva da saúde em uma sociedade emancipada, ou algo que esteja ligado a ela. Fala-se muito sobre uma sociedade produtora de saúde, mas não existe uma qualificação sobre o que ela seja.

Sobre a atuação parlamentar, foram identificadas muitas dificuldades, como o bloqueio às ações dos parlamentares na Câmara dos Vereadores. No entanto, embora haja significativas dificuldades, o PSOL apresenta uma preocupação excessiva com este espaço de atuação, embora suas formulações originais indiquem o contrário. Diante dos obstáculos próprios a esta atuação, no mundo do capital, concebe-se que, esta forma de intervenção, em uma perspectiva transformadora, só tem sentido se estiver em conjunto com os movimentos sociais, também defensores da transformação. Se a priorização da lógica parlamentar permanecer presente, esta perspectiva transformadora tende a se fragilizar gradativamente e o perigo é o retorno, ou continuação, de um caminho já trilhado anteriormente pelo PT.

Considerações Finais

Tendo em vista, portanto, todas essas avaliações, o que se pode sinalizar, de modo ainda preliminar, é que a saúde, apesar de se constituir enquanto elemento importantíssimo na luta pela emancipação, de modo geral, tem uma participação ainda reduzida nos debates da transformação societal, e, nos espaços onde ela se encontra articulada à luta pela transformação – como na participação dos principais partidos nos movimentos contra-hegemônicos da saúde – a mesma ainda carrega, de forma concreta, uma concepção muito focada na prestação de serviços. Na defesa de uma nova sociedade, uma sociedade emancipada, produtora de saúde, é preciso que se estabeleça uma relação entre a luta pela emancipação política e a busca da emancipação humana. Ou seja, é preciso ir além da ótica dos serviços, tendo-a sob uma perspectiva crítica, buscando a superação da ordem posta.

A participação em movimentos contra-hegemônicos, que reivindicam a herança das propostas do Movimento de Reforma Sanitária, hegemônico pela perspectiva marxista, tem contribuído de maneira significativa para a ampliação dessa noção.

Ainda assim, há um caminho longo a ser trilhado. Novos estudos e formas de ação necessitam ser realizados, onde a saúde deve se apresentar sob a perspectiva da possibilidade da realização humana em toda a sua complexidade.

Além disso, não se deve compreender a dificuldade em considerar a saúde como elemento estratégico apenas do ponto de vista unilateral, ou seja, analisando unicamente a concepção de saúde e as ações nesse setor, encampadas pelos partidos. A luta estratégica pressupõe um plano geral de luta, que, portanto, não se limita a ações pontuais e setoriais de partidos e de movimentos. Assim, para que a saúde, de fato, se constitua em elemento tático-estratégico na luta pela transformação, deve existir, mais que um objetivo geral de superação do modo de produção capitalista, uma ação comum, e isso ainda é bastante insuficiente na esquerda, brasileira e mundial.

Entretanto, é importante sinalizar que, embora esse plano geral e comum não seja ainda uma realidade, as ações que têm se estabelecido são importantíssimas para a construção histórica da luta pela transformação. E o que foi possível perceber nesse trabalho, foi a importância das ações na área da saúde para o fortalecimento deste objetivo.

Contudo, compreendendo que a estratégia não é uma questão de escolha, mas de resultado, é necessário pontuar que ela é a síntese de determinações materiais, as quais não estão reduzidas às vontades dos sujeitos. Nesse sentido, as lutas em torno da saúde, bem como novos estudos sobre o tema, articulados à transformação societal, devem estar em consonância com a realidade histórica. A trajetória dos processos revolucionários, em seus movimentos dialéticos de avanço e posterior amoldamento à lógica sociometabólica do capital – mas sempre impondo um patamar diferente na luta de classes – trouxe a lição de que, os projetos de uma nova sociabilidade devem partir dos elementos postos na realidade, disponíveis na sociedade em que se situam, onde a fidelidade ao objetivo transformador é *sine qua non*.

Desse modo, entendendo que tais elementos se encontram de maneira fragmentada, apresentando-se enquanto singularidades postas em um todo, é necessário compreender estas singularidades em uma perspectiva universal. Segundo Iasi (2012), a ação dessas particularidades é capaz de elevar-se à universalidade, através de ex-

periências coletivas, onde as necessidades individuais são sentidas como necessidades comuns. É nesse sentido que é possível a superação da serialidade em direção a um projeto de classe,⁶ podendo ainda avançar em um movimento em direção à generalidade. Ou seja, é possível, através da experiência comum, de identificação de necessidades comuns, a criação de uma força totalizadora, de negação da impossibilidade de permanecer vivo dentro da lógica posta.

Porém, essa possibilidade de superação da serialidade, em direção a um projeto emancipador e universal, não está dada a priori. As condições subjetivas, de ação da classe, devem se dar aliadas a condições objetivas, onde os caminhos a seguir rumo à transformação societária se dão, inicialmente, dentro da ordem. “Isto significa que, neste caminho de construção das condições para a emancipação humana, caminhamos dentro da ordem do capital, antes de ser contra ela e podermos iniciar nossos passos além dela” (IASI, 2012, p. 356).

Dito isso, pode-se afirmar que a saúde é um elemento potencializador da finalidade transformadora da realidade posta. No entanto, para que tal potencialidade se concretize, é necessário um projeto estratégico comum de toda a esquerda e esse caminho, conforme pontuou a presente exposição, ainda é longo, mas tem sido trilhado.

Referências

- BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. São Paulo: Forense Universitária, 1993.
- CERDEIRA, B. *Enfrentamento e Ruptura: a expulsão da convergência socialista do PT*. [S.l.: s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.pstu.org.br/node/8584>>. Acesso em: 13 ago. 2013.
- DEL ROIO, M. O PCB e a Estratégia da Revolução Brasileira. *Novos Temas: Revista do Instituto Caio Prado Jr*, São Paulo, n. 7, p. 217-235, jul. 2012.
- DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- DUAYER, M. Mercadoria e Trabalho Estranhado: Marx e a Crítica do Trabalho no Capitalismo. *Revista Margem Esquerda*, São Paulo, 2011, n. 17, p. 88-99, dez 2011.
- ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (Org). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Cortez, 1995, p. 181-192.
- FÓRUM DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Escola de Serviço Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Livro ata das reuniões do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro*, do período de 2010 à 2013. Livro 1, p. 1-300.
- _____. Faculdade de Serviço Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Livro de presença das reuniões do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro*, do período de 2009 à 2013. Livro 1, p. 1- 100.
- GRABOIS, I.; COSTA, E. *As principais diferenças entre o Partido Co-*

6 - Classe é aqui compreendida como um sujeito social que se move de forma contrária à dominação exercida por outra classe, representando, dessa forma, um impasse geral, que permitiria a unificação daqueles que buscam a superação dessa dominação (IASI, 2012)

munista Brasileiro (PCB) e o Partido Comunista do Brasil (PC do B). Disponível em: <http://pcb.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1736:as-diferencas-entre-pcb-e-pcdob&catid=29:organizacao>. Acesso em: 9 jan. 2013.

IASI, M. L. *As Metamorfoses da Consciência de Classe: o PT entre a negação e o consentimento*. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

_____. Trabalho, Emancipação e Estranhamento? In: EDVÂNIA, L. et al. (Orgs). *O Averso do Trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 61-83.

LACAZ, F. A. C. de. *A atuação do PCB e a Reforma Sanitária Brasileira*. [S.L.: s.n.], 2011. Disponível em: http://pcb.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=2956:a-atuacao-do-pcb-e-a-reforma-sanitaria-brasileira&catid=1:popular. Acesso em: 16 set. 2013.

LAURELL, A. C. A Saúde como Processo Social. *Revista Latinoameri-*

cana de Salud, México, n. 2, p. 7-25, 1982.

LESSA, S. A. Emancipação Política e a Defesa de Direitos. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 90, p. 35-57, jun 2007.

MARX, K. *Sobre a Questão Judaica*. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, K.; ENGELS, F. *Manifesto Comunista*. São Paulo: Ched, 1980.

LUKÁCS, G. O Trabalho. In: _____. *Para a Ontologia do Ser Social*. Tradução de Ivo Tonet. Roma: Editori Riuniti, 1981.

MATTOS, M. B. Sobre os Partidos Políticos no Brasil de Hoje: um enfoque a partir da classe trabalhadora e seus movimentos. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. (Orgs). *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos*. São Paulo: Cortez, 2012. p. 146-165.

MÉSZÁROS, I. Crise estrutural do Sistema do Capital. In: _____. *Para Além do Capital*. São Paulo: Boitempo, 2011. p. 605-633.

O FÓRUM DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO E A LUTA CONTRA A MERCANTILIZAÇÃO DA VIDA

Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes
João Pedro Rodrigues
Cleonice Cardoso Viegas

Apresentação

O texto tem como objetivo destacar o papel da sociedade civil¹ na defesa da Saúde, enfatizando o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro como uma nova forma de resistência na saúde e novo espaço de participação popular; tendo como referencial os pressupostos preconizados no projeto de Reforma Sanitária brasileira dos anos 1980.

O movimento sanitário, sujeito político fundamental na formulação do Projeto de Reforma Sanitária na década de 1980, ficou recuado a partir dos anos 1990. A inovação que ocorre nesta década é a criação dos conselhos de saúde que foram concebidos como mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado-sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos.

Estes conselhos, entretanto, por terem sido implementados nos anos 1990, sofreram o impacto da desmobilização da sociedade. A despolitização da política cria obstáculos concretos aos projetos societários contestadores das relações capitalistas de produção e limita as possibilidades de mudanças aos marcos de um reformismo político (NEVES, 2008). A repolitização da sociedade civil tem se dado por meio de ações que contribuem para o apassivamento dos movimentos sociais populares (FONTES, 2006) e da valorização da participação popular colaboracionista (NEVES, 2008).

A partir dos anos 2000, ressaltam-se algumas experiências organizativas no campo sindical e no campo dos movimentos sociais, onde é possível afirmar que a conjuntura atual não é marcada apenas pelo refluxo. Aponta-se que “há movimentos, organizações e partidos orientados por um projeto classista que resistiram e resistem ao processo de cooptação, capitulação, passividade e conformismo” (DURIGUETTO, 2008, p. 62).

Na saúde, ressaltam-se como movimentos contra hegemônicos: a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde² e os

Fóruns de Saúde que existem em vinte e um estados brasileiros³.

Vai-se enfatizar o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, ou seja, seu surgimento, suas lutas, seus sujeitos fundamentais.

A Saúde e os movimentos sociais

No final dos anos 1970, ocorreu na saúde um movimento significativo que contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e com propostas governamentais apresentadas para o setor, o que contribuiu para um amplo debate. A saúde passou a assumir uma dimensão política, vinculada à democracia. Os sujeitos políticos que entraram em cena foram: os estudantes; os professores universitários; os trabalhadores da saúde, defendendo questões como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (CEBES) como mecanismo de difusão e ampliação do debate; os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 1996).

Em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o marco mais importante na história da política pública de saúde neste país, que pode ser considerada como a Pré-Constituinte da Saúde. Esta conferência, sendo a primeira com participação popular, contou com presença ampla de diversos segmentos da sociedade civil, desde as representações sindicais, conselhos, associações e federações nacionais de profissionais de saúde.

Toda essa movimentação foi articulada pelo Movimento Sanitário que elaborou a proposta da Reforma Sanitária brasileira que tem como característica central a elaboração de propostas de fortalecimento do setor público, em oposição ao modelo de privatização do setor privado (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986) – im-

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

2 - A Frente, criada em 2010, surge com o objetivo de defender o SUS universal, público, 100% estatal, sob a administração direta do Estado, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos de 1980. É composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários.

3 - Existem Fóruns de Saúde nos seguintes estados: Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Bahia, Pernambuco, Sergipe, Paraíba, Ceará, Rio Grande do Norte, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Pará, Tocantins e Distrito Federal.

plantando no período da ditadura do grande capital (1964 a 1974) – bem como, a politização da saúde com o objetivo de aprofundar a consciência sanitária.⁴

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária e foi regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS – Leis nº 8.080/90 e 8.142/90). O Projeto de Reforma Sanitária, tendo no SUS uma estratégia, tem como base um Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destaca-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social; a interdisciplinaridade nas ações. Seu ponto central é a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO & MATOS, 2001).

Nos anos 1990, assistiu-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal e é gestada pelo capital a “cultura política da crise” (MOTA, 1995). Essa estratégia busca adesão dos trabalhadores para viabilizar a “contrarreforma” do Estado e o desmonte dos mecanismos de proteção social, fragilizando a luta dos movimentos sociais por direitos.⁵

Com a ofensiva do neoliberalismo vivemos num contexto, segundo Netto, de “redução da vitalidade dos movimentos das classes e camadas subalternas, que se expressa na perda de ponderação de movimentos sociais capazes de colocar em pauta algo mais que reivindicações pontuais e particularistas” (2004, p.21).

O SUS completou 25 anos de existência e, não obstante ter conseguido alguns avanços, o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito.

O projeto saúde articulado ao mercado ou privatista, hegemônico a partir dos anos 1990, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Nesse projeto, a tarefa do Estado consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm condições de acessar ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. Em síntese, a proposta de uma saúde pobre para pobre (BRAVO & MATOS, 2001).

A universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – é um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto privatista da saúde. Os valores solidários, coletivos e universais que pautaram as formulações da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos e focalistas que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado que tem por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema.

Nesse contexto, diversas entidades progressistas têm substituído suas lutas coletivas por lutas corporativas, restritas a grupos de interesses. Essa concepção está de acordo com o ideário das classes dominantes que tem como perspectiva a americanização da sociedade brasileira, neutralizando os processos de resistência com a utilização de estratégias persuasivas, obrigando os trabalhadores a uma prática política defensiva (VIANNA, 1999). O projeto coletivo, cuja construção iniciou-se nos anos 1980, tem sido questionado e substituído pelo projeto corporativo que procura naturalizar a objetividade da ordem burguesa.

A atitude defensiva assumida pelos movimentos sociais, a partir dos anos 90, tem como determinantes as mudanças na esfera do trabalho, através da reestruturação produtiva e as concepções pós-modernas que enfatizam o local desvalorizando categorias mais gerais como a totalidade social. A agenda dos movimentos tem sido elaborada a partir da agenda governamental, o que difere da ação dos mesmos nos anos 80, que formulavam proposições para intervenção nas políticas públicas.

Nesta conjuntura, de fragilização das lutas sociais, as entidades da sociedade civil não têm conseguido uma defesa da seguridade social e da saúde em particular, com destaque para o movimento sindical, o movimento popular e os partidos políticos.

A expectativa que se colocava para o governo Lula da Silva era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno que ocorreu no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos foram fortificados. A defesa do papel do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população foi fortalecida e a perspectiva universalista ficou mais longe de ser atingida (BRAVO, 2006).

A análise que se faz após os dois mandatos de Lula, um mandato de Dilma e os encaminhamentos da saúde no segundo governo Dilma vem sinalizando a continuidade de políticas e programas focalizados, a falta de democratização do acesso, o desfinanciamento, a não viabilização da Seguridade Social, a articulação com o mercado através das privatizações e a cooptação dos movimentos sociais.

Diante dessas questões, reforça-se a necessidade e a relevância de estudos acerca das mobilizações e lutas sociais em curso com vistas à reversão desse quadro, a exemplo do que realiza o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro em articulação com a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

O movimento sanitário, sujeito político fundamental na formulação do Projeto de Reforma Sanitária, constituído de intelectuais da saúde e de alguns históricos que participaram de sua construção na década de 1980, não tem se articulado com os demais movimentos sociais, como ocorreu na sua origem, ficando recuado a partir dos anos 90. As suas principais entidades não conseguiram articular propostas nacionais em defesa da reforma sanitária. A agenda de lutas tem se restringido à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, por sua vez, não engloba todas as proposições da reforma sanitária, com destaque para a intersectorialidade e a necessidade de reformas sociais mais amplas.

Neste contexto insere-se a importância de estudar a participação de diferentes entidades dos movimentos sociais no espaço do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e o que essa organização pode vir a apresentar na luta pela saúde no estado do Rio de Janeiro e no fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária, constituído na década de 1980.

4 - Conceito utilizado por Giovanni Berlinguer (1987) que amplia o grau de educação da população sobre saúde e seus determinantes, mas também o nível de ação coletiva voltada para a mudança de seus determinantes estruturais.

5 - Utiliza-se o termo “contrarreforma”, pois as mesmas vão na direção de supressão de direitos enquanto as reformas têm sua origem nas lutas sociais e progressistas. Para maior aprofundamento, vide Behring (2003).

Histórico e caracterização geral do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro

O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro teve sua origem no final do ano de 2005 e no início do ano de 2006, como fruto da realização de diversos seminários de gestão participativa promovidos pelo Projeto “Políticas Públicas de Saúde”,⁶ em articulação com a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde. Outro motivo importante de sua criação foi a crise na saúde do Rio de Janeiro, onde o município perde a gestão plena e ocorre a intervenção do Ministério da Saúde.

Em 2007, transformou-se em Fórum em Defesa do Serviço Público e Contra as Fundações de Direito Privado. Este foi o caminho de unidade encontrado pelo movimento para intervir no processo de tramitação do projeto de lei que autorizava a criação de fundações estatais de direito privado na saúde, para gerir 24 hospitais. Mesmo após a aprovação e sanção da lei este espaço se manteve buscando a participação de outros movimentos sociais, especialmente nas áreas futuramente afetadas pelo projeto de fundações que segue em discussão no Congresso Nacional – o Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/076.⁷ A principal ação de resistência articulada e organizada conjuntamente pelas entidades que compunham o Fórum consistiu no Ato Político Contra as Fundações Estatais de Direito Privado e em Defesa da Saúde Pública, realizado no dia 7 de abril de 2008, na ALERJ, que contou com a participação de cerca de seiscentos participantes de diversas forças políticas.

Este Fórum, no segundo semestre de 2008, desdobrou-se no Movimento Unificado dos Servidores Públicos Estaduais (MUSPE) a fim de unificar a luta dos servidores públicos estaduais com a proposta de ampliar para os demais servidores: federais e municipais.

Em janeiro de 2009, foi recriado o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro para dar seguimento a luta dos sujeitos sociais em defesa da saúde pública. Este mecanismo não pretendeu fragmentar as ações efetivadas pelo MUSPE, mas articulá-las e ser um espaço de debate com relação à saúde junto com os movimentos sociais, sindicatos, partidos, entidades e a academia.

Este fórum se reúne com regularidade e persegue pontos comuns elevados, à semelhança das centrais ou confederações, a fim de produzir respostas e vir a colocar-se em movimento. Tem-se apresentado como um espaço de discussão, e de formulação de propostas, enfim, como um lugar para se construir uma unidade de objetivos, uma

frente anticapitalista na defesa da Reforma Sanitária dos anos oitenta e do Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal e de qualidade.⁸

Nesta direção, o fórum de Saúde é um espaço que congrega representantes de diversas entidades, tais como: partidos políticos, sindicatos, associações de moradores, movimentos estudantis, movimentos de trabalhadores da saúde, movimentos populares, projetos universitários, entre outros. Pretende-se denunciar, debater, refletir e organizar a resistência contra as políticas de cunho neoliberal contrárias à perspectiva do direito, constituindo assim, um movimento contra-hegemônico que na perspectiva gramsciana se refere a uma direção ético-política que envolve argumentações e interpretações convincentes acerca da realidade social.

Toda revolução foi precedida por um intenso e continuado trabalho de crítica, de penetração cultural, de impregnação de idéias em agregados de homens que eram inicialmente refratários e que só pensavam em resolver por si mesmos, dia a dia, hora a hora, seus próprios problemas econômicos e políticos, sem vínculos de solidariedade com os que se encontravam na mesma situação (MORAES, 2010, p. 56).

Nessa citação, o autor refere-se a um trabalho de disputa de consciências que reflete na capacidade de criticar, nos valores e nas formas de agir. Ou seja, a construção de uma nova cultura que proporcione os trabalhadores/subalternizados a se reconhecerem como classe.

Com base nessa concepção, enfatiza-se que o fórum de saúde se caracteriza pela defesa da participação popular, da gestão democrática com controle social, da articulação e mobilização entre as diversas forças sociais que defendem a saúde pública e 100% estatal.

Segundo Correia (2006), o debate e a defesa da participação popular na saúde ocorre no Brasil a partir do processo de redemocratização na década de 1980, com a participação do Movimento de Reforma Sanitária articulado aos movimentos sociais, partidos políticos e outras entidades comprometidas com as classes subalternas. Estes buscaram inserir o debate na sociedade focando tal questão com o objetivo de garantir a participação popular na elaboração das políticas públicas. Neste sentido, tem-se como uma das vitórias a criação de mecanismos de participação popular instituídos na Constituição Federal de 1988 e reafirmados nas leis orgânicas como os conselhos e as conferências. De acordo com o autor, a área da saúde foi a primeira a defender o controle social democrático, onde o Movimento de Reforma Sanitária brasileiro teve um protagonismo importante.⁹

6 - O Projeto articula ensino, pesquisa e extensão, pois envolve estágio curricular e assessoria aos movimentos sociais e conselhos e está situado na Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

7 - Em 2007, é apresentado ao Congresso Nacional, pelo Poder Executivo, o Projeto de Lei Complementar nº 92/07, que propõe a criação das Fundações Estatais de Direito Privado para todas as áreas que não sejam exclusivas do Estado. Este projeto objetiva regulamentar a Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, mais conhecida como emenda da contrarreforma do Estado brasileiro, do governo Fernando Henrique Cardoso. O projeto das Fundações de Direito Privado foi aprovado na Câmara dos Deputados em 2008 por duas comissões, a do Trabalho, Administração e Serviço Público em junho, e a de Constituição e Justiça, em setembro (RADIS 79). A proposta de Fundação Estatal de Direito Privado foi aprovada em diversos Estados, a partir de 2007. O Rio de Janeiro foi o primeiro a aprovar a Lei que regulamenta a mesma em dezembro de 2007 (Lei nº 5164, de 17 de dezembro de 2007). Outros Estados da federação também aprovaram em seguida a proposta de Fundação de Direito Privado, a saber: Bahia, Sergipe, Pernambuco, Acre, Tocantins. Em 2009, a proposta das Fundações Públicas de Direito Privado é reapresentada ao Congresso Nacional, em caráter de urgência, na contramão do que o Conselho Nacional de Saúde tem defendido, revelando a intenção-ação do governo de esvaziar o controle social democrático na saúde, de implementar a lógica privatista, de controlar o movimento dos trabalhadores, com o fim da estabilidade do RJU – subjugando trabalhadores às intencionalidades dos gestores. A proposta descaracteriza o SUS Constitucional nos seus princípios fundamentais e todas as proposições que o Movimento Popular pela Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária sonharam construir em suas lutas desde meados dos anos setenta. Substitui-se o interesse público por interesses particularistas numa privatização perversa do Estado brasileiro, o que infelizmente não é novidade na cena pública nacional. Todas essas modificações, entretanto, são ancoradas em valores que foram ressignificados, como a democracia, a qualidade, a transparência, a eficiência e a eficácia.

8 - É importante destacar que tanto o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e a frente Nacional contra a Privatização da Saúde são movimentos suprapartidários, ou seja, não tem uma direção partidária.

9 - Carvalho (1995) trabalha a evolução do conceito de controle social, identificando quatro momentos diferenciados: o Estado controlando a sociedade; a sociedade apenas complementando o Estado; a sociedade combatendo o Estado; e a sociedade participando das decisões do Estado. Historicamente, a categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais (BRAVO, 2001).

O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro é integrado por cerca de 30 entidades, umas com o vínculo mais orgânico do que outras, devido a rotina de trabalho intensa dos representantes, conjuntura política atual, o foco de luta de cada momento, diversos compromissos na agenda de luta das representações, entre outros motivos.

Entre essas entidades que compõem o Fórum de Saúde, cabe destacar: os partidos políticos de esquerda, como o PSOL (Partido Socialismo e Liberdade), PCB (Partido Comunista Brasileiro), PSTU (Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado); alguns sindicatos, como o dos médicos, o SINDSPREV/RJ (Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, Trabalho e Previdência Social do Estado do Rio de Janeiro), a ASFOC-SN (Sindicato dos Trabalhadores da FIOCRUZ), a oposição sindical a ASFOC (ASFOC de Luta), o ANDES-SN (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior); as Associações Docentes (ADUFRJ e ASDUERJ); centrais sindicais, como a CSP-CONLUTAS; representações estudantis, como a DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina), o Centro Acadêmico de Medicina da UERJ, o Centro Acadêmico de Serviço Social da UERJ, o DCE (Diretório Central de Estudantes) da UFRJ, entre outros; conselhos profissionais, como o CRESS/RJ (Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro); alguns movimentos sociais, como o MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), o MUDI (Movimento dos Moradores e Usuários em Defesa do IASERJ), o Movimento da Luta Antimanicomial, a Frente de Drogas e Direitos Humanos e a Frente Independente Popular (FIP), entre outros; bem como alguns mandatos parlamentares. É importante ressaltar também a participação do Projeto Políticas Públicas da UERJ.

O fórum é um espaço de articulação das lutas destes movimentos, principalmente contra a privatização, não só na instância da saúde, mas também em outras áreas. Procura instrumentalizar os diversos movimentos sociais teoricamente, politicamente e juridicamente, através da socialização de informações.

O fórum tem realizado, na UERJ, duas reuniões mensais, às terças-feiras, uma operativa, ou seja, organizativa e outra formativa e/ou reuniões de formação política, onde se aborda temas relevantes para a saúde e a sociedade.

As principais temáticas debatidas no espaço do fórum são: a privatização da saúde; a precarização do trabalho; as terceirizações; a restrição dos direitos; o desmonte dos serviços públicos; a unificação das lutas e assuntos decorrentes da análise de conjuntura da saúde e da sociedade, como por exemplo: a implementação da EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) nos hospitais universitários do Brasil; o posicionamento autoritário do Estado decorrente as prisões realizadas aos ativistas políticos; organização e avaliação dos atos em que o Fórum de Saúde esteve ou estará inserido; além de outras demandas trazidas pelas entidades.

As discussões realizadas no Fórum em torno das temáticas citadas se relacionam com a “questão social”,¹⁰ ou seja, se refere ao embate capital x trabalho. A conjuntura atual é de redução do espaço público e expropriação dos direitos sociais. Frente a essa realidade, faz-se necessária a resistência organizada através de discussão, formulação e articulação dos movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos e intelectuais comprometidos com o Projeto de Reforma Sanitária, críticos à sua flexibilização, afim de enfrentar o desmonte da saúde.

O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro também se articula com os demais fóruns existentes nos diversos estados brasileiros, através da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Feita esta introdução histórica e caracterização geral do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, serão destacadas algumas ações realizadas pelo mesmo nos últimos anos.

Principais ações do Fórum de Saúde

O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro tem se constituído em um espaço de controle democrático na perspectiva das classes subalternas, na medida em que tem apontado como desafio estratégico resistir aos interesses do capital dentro do SUS, ou seja, a saúde como mercadoria e fonte de lucro, e denunciar os interesses do capital que dilaceram o SUS. São espaços que congregam setores da esquerda, sendo uma frente anticapitalista, conforme já sinalizado.

Isto não quer dizer que os espaços dos conselhos e conferências devam ser abandonados como espaços de lutas e disputas de propostas para dar a direção da política de saúde. Eles podem ser tensionados e ocupados pelos próprios fóruns de saúde e movimentos sociais como “trincheiras” de lutas, na “guerra de posição”¹¹ vinculada a um projeto de classe.

O fórum também tem se posicionado em defesa da qualidade dos serviços ofertados pelo SUS. Tem um grande desafio na construção de uma nova hegemonia no campo da saúde que reafirme o caráter público e estatal da saúde e o seu valor de uso, resistindo à sua utilização como mercadoria e fonte de lucro, perante a força dos “aparelhos privados de hegemonia” a serviço da reprodução dos valores e concepções de mundo da classe dominante que naturalizam as desigualdades sociais, despolitizam as expressões da questão social e criminalizam as reações dos movimentos sociais à devastadora destruição dos direitos sociais.

As principais atividades desenvolvidas, em 2009, além das reuniões ordinárias foram: o Curso de Extensão “Política de Saúde na Atualidade”¹²; o Seminário “Movimentos Sociais, Saúde e Traba-

10 - “A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho -, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. (...) A questão social expressa portanto disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (...) Tem a ver com a emergência da classe operária e seu ingresso no cenário político, por meio das lutas desencadeadas em prol dos direitos atinentes ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento como classe pelo bloco do poder, e, em especial pelo Estado. Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos. Esse reconhecimento dá origem a uma ampla esfera de direitos sociais públicos atinentes ao trabalho - consubstanciados em serviços e políticas sociais -, o que, nos países centrais, expressou-se no Welfare State, Estado Providência ou Estado Social” (IAMAMOTO, 2001, p. 16-17).

11 - Gramsci (2000), a partir da análise do formato da sociedade civil no Oriente, em que o “Estado era tudo, a sociedade civil era primitiva e gelatinosa”, e no Ocidente, em que “havia entre o Estado e a sociedade civil uma justa relação” e essa tinha “uma robusta estrutura”, aborda a mudança da “guerra manobrada” aplicada no Oriente em 1917, para a guerra de posição, que era a única possível no Ocidente” (Gramsci, 2000, p. 262). A “Guerra de Posição”, concebida por Gramsci para a conquista do “Poder no Ocidente”, tem como referência e fundamento a dinâmica das inter-relações dialéticas (ação recíproca) entre a “Sociedade Civil” e a “Sociedade Política” (Estado no sentido estrito), característica essencial das sociedades tipo “Occidental” (COUTINHO, 1999). O curso de extensão surgiu como requisição das entidades que participam do Fórum de Saúde, diante da necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a saúde e a Reforma Sanitária, já que as lacunas de conhecimento referente à análise das políticas limitavam a concretização do referido Fórum como espaço de discussão e articulação para o fortalecimento do caráter público da saúde

12 - “O curso teve por objetivo instrumentalizar os movimentos sociais no que tange à saúde, visando fomentar e fortalecer a atuação política, abrangendo os que atuam nas lutas por saúde e que iniciam uma aproximação com o tema. É uma atividade de formação teórico-política que tem como referência o projeto de Reforma Sanitária, o qual tem como premissas básicas: compreensão do processo saúde-doença a partir da sua determinação social; universalização do acesso; responsabilização do Estado; valorização do setor público; participação popular no controle social das políticas e inserção dos movimentos sociais. (...) A organização do Curso é uma estratégia importante na defesa da universidade pública voltada para as requisições da sociedade, a democratização do conhecimento e o intercâmbio institucional, não ficando fechada em seus muros” (BRAVO & MENEZES, 2010, p.238-239).

lho”;¹³ Ciclo de Debates de temas atuais da conjuntura de saúde¹⁴ e o Seminário “Os Partidos Políticos e a Saúde”.¹⁵ A votação pela Câmara de Vereadores do Projeto das Organizações Sociais (OS), em 2009, exigiu do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro uma posição. Nesta direção, foi lançado um manifesto em defesa do Sistema Único de Saúde e contra a Privatização, com a assinatura de diversas entidades e organizado um ato público.

Em maio de 2010, com a ampliação das Organizações Sociais em vários estados do Brasil houve a articulação dos Fóruns de Saúde do Rio de Janeiro, Paraná, Alagoas, São Paulo e Londrina para compor uma frente nacional pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923/98,¹⁶ contra as organizações sociais (OS). As ações planejadas por esses Fóruns foram: pautar junto ao Supremo Tribunal Federal a importância de votarem favoravelmente à ADI 1923/98; divulgar a carta nacional pedindo a aprovação da ADI assinada por entidades, movimentos sociais do país; constituir campanha através de um abaixo-assinado digital a fim de mobilizar a população e explicitar os problemas da privatização. Como desdobramentos desta mobilização foram previstas as seguintes ações: dia nacional de luta contra as organizações sociais; realização de um Seminário Nacional com a participação dos fóruns de saúde e das entidades nacionais para a criação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde; mobilização e articulação com outros fóruns que foram surgindo.

As estratégias do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro articuladas aos princípios da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde para a construção de uma nova hegemonia na saúde retoma o alicerce da Reforma Sanitária proposta nos anos de 1980 – saúde não é mercadoria – avançando no sentido da defesa da estatização da saúde e têm se dado de forma articulada no *campo jurídico*, no *âmbito do parlamento*, no *conjunto da sociedade*, nas *ruas*, no *controle democrático do controle social*, no *âmbito da formação*, nos *meios de comunicação/opinião pública*.

No *campo jurídico*, têm atuado através de ações civis públicas, Ação Direta de Inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais e contra as suas implementações. Destaca-se algumas atividades: participação em conjunto com a Frente Nacional na ação pela procedência da ADI (Ação Direta de Inconstitucionalidade) contra as Organizações Sociais e contra a EBSERH (Empresa Brasileira de

Serviços Hospitalares), e elaboração da ADI contra a Lei das Organizações Sociais no Estado do Rio de Janeiro.

No *âmbito do parlamento* ressalta-se a articulação com os parlamentares (deputados estaduais e vereadores) para debater a privatização da saúde e votar contra os “novos” modelos de gestão. Além disso, destacam-se as manifestações nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas nas sessões de votação dos projetos de lei que privatizam a saúde. O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro participou de manifestações na ALERJ (Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro) contra o Projeto das Organizações Sociais no Estado do Rio de Janeiro, em 2011 e na Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro contra o Projeto da RioSaúde S.A., em 2013.¹⁷

É necessário inserir o debate da privatização no *conjunto da sociedade*, mostrando o quanto de prejuízo este processo tem trazido aos trabalhadores e usuários do SUS. Diante dos problemas existentes no SUS – falta de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência e relacionados à baixa qualidade dos serviços prestados, gerados pelo sucateamento da rede pública com falta de pessoal, infraestrutura e insumos necessários para os procedimentos mais elementares – o modelo de gestão do SUS é apresentado como o “vilão”, como o problema a ser solucionado através de sua “modernização”, em que a gestão por entidades privadas seria a saída. A propaganda da eficiência do setor privado associada aos problemas enfrentados pelo SUS hoje estimulam ao “consentimento ativo” de muitos trabalhadores e usuários ao projeto privatista da saúde. Daí a importância de fazer este debate no conjunto da sociedade.

No ano de 2012, destaca-se a atuação do Fórum de Saúde na Cúpula dos Povos,¹⁸ através da organização de atividades autogestionadas e sua inserção em diversas atividades referentes à Saúde. Este evento, que ocorreu no Aterro do Flamengo – Rio de Janeiro, configurou-se enquanto um espaço paralelo a Rio+20, Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável. A inserção do Fórum de Saúde se deu a partir da organização de uma atividade autogestionada, cujo objetivo foi o de articular os diversos movimentos da sociedade contra a privatização da Saúde e da vida na luta pela defesa dos direitos sociais¹⁹ e culturais.

Em 2013, o Fórum de Saúde travou uma árdua luta contra

13 - O seminário também foi realizado com sucesso, reunindo cerca de trezentos participantes. Os principais temas discutidos foram: “Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho – dilemas e desafios” e “As Lutas pela Saúde e os Movimentos Sociais”.

14 - O Fórum realizou um Ciclo de Debates de temas atuais da conjuntura de saúde, a saber: a Mídia e Democratização da Informação; a Participação e Controle Social na Saúde; Fundações Privadas e Organizações Sociais; Orçamento e Reforma Tributária e Movimentos Sociais na atualidade.

15 - O Seminário sobre Partidos Políticos e a Saúde contou com a presença de, aproximadamente, 150 pessoas. Entre estas, representantes dos seguintes partidos: PCB (Partido Comunista Brasileiro); PCdoB (Partido Comunista do Brasil); PT (Partido dos Trabalhadores); PSOL (Partido Socialismo e Liberdade) e PSTU (Partido Socialista dos Trabalhadores Unificados).

16 - A ADI 1923/98 foi votada esse ano (2015). O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu pela constitucionalidade de quase toda a lei das Organizações Sociais (Lei 9.637/98)..

17 - O projeto de lei nº 80/2013, elaborado pelo Prefeito Eduardo Paes, propõe a criação da empresa pública de saúde do Rio de Janeiro, a Rio Saúde S.A., que é uma forma de privatização da saúde, já que com esta empresa pode-se contratar ou celebrar convênios com entidades ligadas ao interesse privado, instituições com fins lucrativos, para administrar os hospitais públicos municipais, diferente do que é posto na Constituição, pois esta proíbe a destinação de recursos públicos do SUS para essas entidades. Essa empresa pode também contratar trabalhadores pelo regime celetista, ao invés da realização de concursos públicos, acabando com o servidor público estatutário. As estratégias de resistência desenvolvidas pelo Fórum de Saúde e pela ONG “Meu Rio”, com diversas entidades e cidadãos envolvidos, se davam por e-mails, por mensagens no celular e, principalmente, na participação nas sessões de votação na câmara, e reuniões na escadaria da mesma para traçar as próximas estratégias contra a votação do projeto. O objetivo principal era convencer os vereadores que a RioSaúde não iria beneficiar os usuários e os profissionais da saúde. O projeto de lei foi aprovado. Entretanto, o mesmo teve sua votação adiada por várias vezes e o resultado da votação foi 32 a 12 votos contrários, com sete abstenções, do total de 51 vereadores. Considerando o perfil da Câmara dos Vereadores, conseguiu-se com as manifestações que alguns vereadores votassem contra ou se abstivessem.

18 - A Cúpula dos Povos teve uma função importante, pois foi organizada pela sociedade civil global que reuniu entre 15 e 23 de junho de 2012, organizações, entidades, movimentos sociais populares, centrais sindicais e outros movimentos de todo o mundo. Teve como objetivo debater e questionar a atual conjuntura global e quais as ações que estão sendo propostas enquanto únicas soluções possíveis pelas nações e pelo mercado, em relação aos problemas ambientais e elaborar possíveis soluções que abarquem os interesses e demandas da sociedade, e não apenas do mercado. Este evento contou como eixos principais: Causas estruturais das crises e injustiças sociais e ambientais; Soluções reais e novos paradigmas dos povos; Agendas que unificam o processo da luta anticapitalista.

19 - Tais atividades foram: “Privatização da Saúde, da Educação e Mercantilização da Vida” e “Impacto de Grandes Empreendimentos na Saúde e no Ambiente”. Além disso, também foi exibido aos participantes o documentário “Carne e Osso”, lançamentos de livros, distribuição de materiais informativos, coleta de assinaturas nos abaixo assinados contra as OSs e a EBSERH e atividades

a implementação da EBSEH nos hospitais universitários da UFRJ e da UNIRIO. As votações seriam nos Conselhos Universitários (CONSUNI) das respectivas universidades, e o fórum conseguiu mobilizar diversas entidades e estudantes a pressionar os conselheiros a votarem “não” para este projeto privatista. Através de uma forte divulgação, conseguiu-se lotar os espaços designado para as votações. Devido a pressão não houve a aprovação da EBSEH nas duas universidades.

Outra estratégia é *produzir material para os meios de comunicação* no sentido de formar a opinião pública dos referidos prejuízos trazidos com a privatização da saúde.²⁰

O *âmbito da formação* tem sido outro eixo de atuação com realização de cursos de atualização, debates, incentivo a pesquisas e trabalho de extensão em torno da saúde pública. A articulação de intelectuais para a produção de artigos relacionados com os temas da privatização é outra iniciativa importante no campo da formação.²¹

As lutas também têm se dado *nas ruas*, com caminhadas, atos públicos com paródias, palavras de ordem, denúncias das irregularidades e ineficiências das unidades de saúde administradas por Organizações Sociais e Fundações. O Dia Mundial da Saúde tem sido uma referência para manifestações.²²

A atuação do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro tem se dado também no *controle democrático do controle social*, ou seja, através da pressão sobre os mecanismos institucionais de controle social – conselhos e conferências – para que se posicionem contra os novos modelos de gestão. Nesta árdua luta tem conseguido aprovar em algumas conferências distritais, municipais e estadual moções de repúdio à privatização, além de conquistar e mobilizar participantes para a luta e organização coletiva.²³ Um exemplo foi a participação de forma organizada e atuante dos integrantes do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde na 14ª Conferência Nacional de Saúde.²⁴ Durante toda Conferên-

cia²⁵ houve uma dura disputa política entre os defensores do SUS público e sob a administração direta do Estado e os que defendem os novos modelos de gestão privatizantes. Esta frente obteve uma grande vitória com as propostas aprovadas durante esta conferência: os delegados rejeitaram todas as formas de privatização da saúde – Organizações Sociais (OS), Fundações Estatais de Direito Privado, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) e as Parcerias Público-Privadas (PPP) –, bem como outras propostas.²⁶ Sabe-se que nem tudo o que é definido nas conferências é colocado em prática pelos gestores e pelo parlamento.²⁷ Mas, por outro lado, as propostas aprovadas servem para legitimar as lutas sociais em torno do seu cumprimento e denunciar a destruição e privatização do SUS de forma sorrateira, quase silenciosa, e o desrespeito ao controle social. Cabe destacar que, neste ano de 2015, o Fórum de Saúde tem participado das conferências de saúde defendendo suas bandeiras de luta.

O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro também participou dos cinco seminários da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde realizados: o primeiro no Rio de Janeiro, em 2010; o segundo ocorreu em São Paulo, em 2011; o terceiro em Maceió/Alagoas, em 2012; o quarto ocorreu em Santa Catarina, em junho de 2013 e o quinto em março de 2015, no Rio de Janeiro.

Agenda de Lutas do Fórum de Saúde

O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro utiliza a mesma agenda da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde para a defesa do Sistema Único de Saúde público, 100% estatal e de qualidade e da Reforma Sanitária dos anos 1980.²⁸

A agenda pauta-se em cinco pontos, a saber:

1. *Determinação social do processo saúde e doença: Saúde no*

20 - O documento “Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil” tem sido utilizado neste sentido. O Fórum tem blog e Facebook para divulgar suas ações.

21 - A articulação direta com a Universidade existe através do Projeto “Políticas Públicas de Saúde” da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, coordenado pela Professora Dra. Maria Inês Souza Bravo

22 - O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro tem organizado os Atos do Dia Mundial da Saúde, no mês de abril, desde 2011; tem participado dos Atos da Luta Antimanicomial; do Dia Internacional de Luta das Mulheres; do Dia do Trabalhador; do Grito dos Excluídos; participou das Jornadas de Junho e Julho de 2013 e de seus desdobramentos em 2014; nos Atos contra a Copa do Mundo, em 2014, intitulado “Copa na Rua: Por uma Cidade de Direitos – Todo Apoio aos Trabalhadores em Luta”; nos Atos contra a Criminalização dos Movimentos Sociais e pela liberdade dos Presos Políticos, em 2014; e nos Atos contra a o projeto da Terceirização e as medidas de ajuste fiscal, em 2015.

23 - Pode-se citar como exemplo a participação efetiva do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro nas Conferências Distritais de Saúde do Rio de Janeiro, em algumas Conferências Municipais de Saúde (Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Queimados), na Conferência Regional de Saúde da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro e na Conferência Estadual de Saúde, preparatórias à 14ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2011.

24 - A 14ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em Brasília, de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011.

25 - Na Plenária Final desta Conferência, houve por parte das forças aliadas ao Ministério da Saúde uma manobra na tentativa de não dar visibilidade à sociedade às importantes propostas aprovadas na 14ª Conferência Nacional de Saúde contra todas as formas de privatização contempladas no Relatório Final. A forma encontrada para despolitizar a Conferência e omitir a grande vitória contra a privatização foi a aprovação de uma “Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde”, que contempla demandas importantes, mas omite o posicionamento do Brasil contra os “novos” modelos de gestão privatizantes. É esta Carta que está sendo divulgada na página do Conselho Nacional de Saúde e na mídia em geral, e não o Relatório Final que respeita e contempla todo o processo democrático acontecido em 4.200 Conferências Municipais e 27 estaduais e mais a do Distrito Federal, e na etapa nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Esta “Carta síntese do relatório” não estava prevista nem no Regulamento nem no Regimento da Conferência Nacional.

26 - Aprovou-se o aumento do financiamento para o SUS, exigindo a imediata regulamentação da Emenda Constitucional 29 e a destinação de 10% da Receita Corrente Bruta para a saúde e, principalmente, que estes recursos públicos sejam aplicados para ampliação da rede pública de serviços em todos os níveis de atenção à saúde – com instalações, equipamentos, medicamentos e assistência farmacêutica restritamente públicos –; a realização de concursos públicos, a definição de pisos salariais e de Planos de Cargos e Carreira para todos(as) os(as) trabalhadores(as) e melhores condições de trabalho, efetivação de serviços de saúde mental na lógica da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, rejeitando a internação compulsória e as comunidades terapêuticas, dentre várias outras propostas que visam fortalecer o SUS público e estatal com o objetivo de efetivar o direito à saúde.

27 - A emenda constitucional aprovada no senado três dias após o término da conferência não seguiu as deliberações da Conferência de aplicar 10% da receita corrente bruta para a saúde pela união. Os parlamentares vinculados ao governo negociaram e venceram manter a mesma base de cálculo do piso nacional da saúde que hoje representa cerca de 7% da receita bruta do governo federal. Com esta proposta aprovada, a saúde perde 30 bilhões de reais.

28 - A agenda da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde está na seguinte publicação: BRAVO, M. I. S. & MENEZES, J. S. B. (Orgs.) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2011.

contexto mais amplo das desigualdades sociais.

Aponta-se a necessidade de resgatar o conceito de determinação social do processo saúde e doença tal como o Movimento de Reforma Sanitária. Isto vai implicar em inserir a saúde no contexto mais amplo das lutas para supressão das desigualdades sociais, como prospecção socialista, sem perder de vistas as mediações desse processo no cotidiano das práticas da saúde, ou seja, articular as lutas pela saúde às lutas por outra sociedade.

Principais Propostas:

- Articulação da Reforma Sanitária a um projeto de transformação social de radicalização da democracia com real deslocamento do poder em direção às classes trabalhadoras, valorizando o conceito de consciência sanitária.
- Concepção de saúde, enquanto dimensão essencial à vida, que considera os seus determinantes sociais e econômicos – a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, o acesso a terra para quem nela trabalha, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Art. 3º da Lei nº 8.080/90) –, relacionando à qualidade de vida da população. Para se ter saúde na sua plenitude exige-se uma política de Estado comprometida com um modelo econômico e social que acabe progressivamente com as desigualdades sociais e com a destruição do meio ambiente, em função da acumulação de riqueza sem precedentes de uma minoria que detém o poder econômico e manipula o poder político.
- Articulação e apoio às lutas vinculadas às condições concretas de saúde dos trabalhadores, como trabalho, educação, moradia, transporte, reforma agrária, entre outros.
- Defesa do serviço de saúde como serviço de relevância pública, não se constituindo como objeto de transação no mercado.
- Mudança política macroeconômica com a definição de uma política que garanta os direitos sociais através dos seguintes mecanismos:
 - a) Suspensão do pagamento da dívida e auditoria da mesma.
 - b) Apoio à campanha “A dívida não acabou e quem está pagando é você!”.
 - c) Regulamentação do imposto sobre as grandes fortunas, como fonte para a Seguridade Social.
 - d) Contra a proposta de Reforma Tributária do governo. Por uma Reforma Tributária progressiva com manutenção do orçamento da Seguridade Social e suas fontes específicas.
 - e) Aplicação da CSLL (Contribuição Social sobre Lucro Líquido) para as instituições financeiras.
- Defesa da Seguridade Social possibilitando políticas sociais intersetoriais que assegurem os direitos relativos à saúde, assistência social e previdência social.
- Convocação da Conferência Nacional de Seguridade Social e recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social.
- Ampliação da articulação e participação dos fóruns e da frente com outras lutas e movimentos Sociais, tais como: reforma sanitária, reforma agrária e urbana, reforma psiquiátrica, contra agrotóxicos, contra criminalização de movimentos sociais, entre outros.

2. Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde

Os problemas existentes no campo da gestão do SUS não se resolvem através de “novos” modelos de gestão, mas assegurando as condições materiais necessárias para a efetivação do modelo de gestão preconizado pelo SUS. Isto implica na necessidade de mais recursos para ampliação exclusiva dos serviços públicos com gestão pública estatal e controle social efetivo.

Principais Propostas:

- Defesa dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, intersetorialidade, participação social e descentralização. Pela manutenção dos serviços de saúde exclusivamente sob a administração direta ficando vetada a administração por: OS, OSCIP, Fundações Estatais de Direito Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.
- Aprimoramento do modelo de financiamento do SUS através das seguintes medidas:
 - a) Financiamento que retome os princípios que reagem o Orçamento da Seguridade Social.
 - b) Defesa de aplicação de 10% do PIB para a saúde pública, garantindo a universalidade das ações e serviços de saúde.
 - c) Extinção da renúncia fiscal para pessoa jurídica que presta assistência médica a seus funcionários.
- Acabar com a transferência de recursos públicos para o setor privado. Recurso público para o Serviço Público Estatal.
- Luta contra a manutenção da DRU (Desvinculação das Receitas da União de 20% dos recursos destinados aos setores sociais).
- Eliminar o limite da LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal) para despesa com pessoal na saúde.
- Ampliação do desenvolvimento tecnológico e inovação em equipamentos, insumos, métodos e processos de saúde pública, fortalecendo a capacidade reguladora estatal e social.
- Fortalecimento do parque tecnológico público de produção de medicamentos e insumos em saúde, e do marco regulatório sobre as indústrias privadas, nacionais e multinacionais.
- Ampliação da ação regulatória do Estado na iniciativa privada através dos mecanismos:
 - a) Aumento do controle sobre a rede privada de prestação de serviços e garantia de que esta seja complementar ao setor público.
 - b) Extinção de isenção fiscal para operadores e prestadores privados de serviços, planos e seguros.
 - c) Abolir a renúncia fiscal para gastos com planos, seguros, aposentadoria privada e gastos com educação para pessoa jurídica.
- Revisão dos modelos de gestão burocratizados, clientelistas e terceirizados para uma gestão pública com participação dos diversos sujeitos sociais, tendo como estratégias:
 - a) Democratizar as instituições de saúde (criação de conselhos gestores e colegiados de gestão).
 - b) Desmontar a lógica vertical e fragmentada das instituições de saúde.
 - c) Garantir a transparência da gestão e do controle dos gastos.
 - d) Romper com o isolamento no setor da saúde através da criação de novos canais com políticas setoriais, in-

fraestruturais, e com outras instâncias e poderes (sociedade, academia, poderes judiciário e legislativo).

e) Investimento para a formação do “novo” gestor (critérios para este gestor: não ser indicado e sim eleito, ter responsabilidade sanitária e com gestão participativa, ser servidor público concursado).

3. *Modelo de Atenção à Saúde que garanta o acesso a universidade com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com resguarda na média e alta complexidade.*

Defende-se o modelo de atenção à saúde previsto no SUS constitucional que valoriza a prevenção e a promoção da saúde, integralidade e a intersetorialidade das ações, na perspectiva de romper com o modelo centrado na doença e subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, descolado das necessidades da população que ainda é hegemônica.

Principais Propostas:

- Adoção do modelo de atenção à saúde centrado no cidadão de direitos. Ter como princípios e participação dos usuários no processo de promoção, prevenção e recuperação. Ampliar o acesso à atenção primária e nos demais níveis do sistema. Incrementar ações que possibilitem uma maior humanização, qualidade dos serviços e satisfação do usuário.
- Implementação de um Modelo de Atenção à Saúde baseado nas necessidades de saúde e na perspectiva de atuação intersetorial.
- Desburocratização das instâncias de negociação consensuada (comissão intergestoras), ampliando o caráter técnico e político, a transparência e o controle social.
- Avaliação tecnológica com transparência e prestação de contas à sociedade.
- Defesa do modelo assistencial da reforma psiquiátrica, 100% estatal, deslocando o foco da internação para o fortalecimento dos diferentes serviços da rede de atenção em saúde mental, como por exemplo, os CAPS (AD, I, I, II, III), Casa de Acolhimento Transitório, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Consultório de Rua, e todos os dispositivos da atenção básica etc.
- Defesa da Lei nº 10.216/2001 como marco regulatório das políticas públicas de saúde mental, e repúdio a internação compulsória como estratégia principal, prioritária e generalizada na atenção dos usuários de álcool e outras drogas.

4. *Política de Valorização do Trabalhador e da Trabalhadora da Saúde*

Entende-se que o processo de precarização dos serviços de saúde acontece em similitude com o processo de precarização do trabalho em saúde. Daí a importância das lutas contra retrocessos nas conquistas dos trabalhadores da saúde (salários justos com isonomia, estabilidade, vínculo sem precarização, condições de trabalho, jornada não exaustiva, vínculo único). A luta por saúde implica em lutar por condições dignas de trabalho.

Principais Propostas:

- Avançar na gestão do trabalho em saúde, tendo como foco a ampliação da estabilidade, do vínculo, da satisfação e do compromisso dos trabalhadores com o Sistema Único de Saúde:
 - a) Remuneração e incentivos (Planos de Carreira, Cargos e Salários para o SUS) sem os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a realização de concursos

públicos.

b) Organização do processo de trabalho (ênfase no trabalho interdisciplinar, participação dos trabalhadores na gestão, melhoria das condições de trabalho e cuidado com a saúde do trabalhador).

c) Educação permanente dos trabalhadores de saúde com a participação dos mesmos no processo de articulação entre as unidades de formação e os serviços.

d) Redução das iniquidades na alocação e fixação dos trabalhadores entre as regiões do país.

- Implementação de uma política de recursos humanos que considere a admissão dos trabalhadores por concurso público, a isonomia salarial, a estabilidade do trabalho através do Regime Jurídico Único (RJU), de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) para os trabalhadores de saúde e a qualificação profissional.
- Estabelecimento de diretrizes para a formação em saúde voltada para o interesse público, reorientação dos currículos de ensino para as profissões de saúde, instituição de critérios para os novos cursos na área da saúde. Defesa do ensino público, gratuito e de qualidade.

5. *Efetivação do Controle Social e da Participação Social*

Os espaços institucionais de controle social – conselhos e conferências – apesar de serem fruto de conquistas sociais, têm se tornado, muitas vezes, espaços de cooptação de lideranças e movimentos sociais, passando a ser controlados pelos gestores. Permanece o desafio de torná-los espaços de disputa para a efetivação do direito universal à saúde e para a defesa da saúde pública estatal. A experiência recente dos fóruns estaduais de saúde e da Frente Nacional contra a Privatização tem aberto a possibilidade de fortalecer também espaços não institucionais de controle social.

Principais Propostas:

- Fortalecimento do Controle Social na Saúde articulando com os movimentos sociais. Os conselhos precisam exigir dos gestores o cumprimento das decisões das conferências de saúde e ampliar seus vínculos com os movimentos sociais. A participação dos sujeitos sociais só será efetiva com um amplo trabalho de socialização das informações para que ocorra intervenção qualificada no sentido de exigir direitos e pressionar o poder público.
- Ampliação da gestão participativa e da regulação externa e democrática do sistema público de saúde, articulando com o Ministério Público e outros órgãos/instâncias de representação popular, não ligados diretamente à saúde.
- Fortalecimento da autonomia e independência dos movimentos sociais nos espaços de controle social, perante a gestão do SUS, nas três esferas de governo.
- Incentivo à criação de espaços autônomos de controle social como os Fóruns de Saúde nos estados e seus núcleos nos municípios.
- Articular os Conselhos de Saúde com os das demais políticas sociais, formando uma agenda única para o enfrentamento da questão social.
- Fortalecer a intervenção da Frente e dos Fóruns nas Conferências e Conselhos de Saúde, como tática para a construção do controle social pela classe trabalhadora sobre as políticas de saúde.

Algumas Reflexões

Diante do exposto, pode-se notar claramente o posicionamento do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro a favor do Projeto de Reforma Sanitária e na defesa da efetivação do SUS, na resistência às políticas privatizantes e na luta contra hegemônica, juntamente com outros movimentos e entidades progressistas, tanto no âmbito do controle social, quanto em outros setores.

Temos vivido as dificuldades, os problemas estruturais, as contradições e as tentativas de desmonte do Sistema Único de Saúde que atende 80% da população brasileira, aproximadamente, 160 milhões de pessoas.

Ressalta-se a importância das lutas travadas pelos movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos de oposição, profissionais de saúde, estudantes, em meados da década de 1970 e nos anos de 1980, na construção do Projeto de Reforma Sanitária e na luta pela redemocratização do país. Foi através dessas lutas que se seguiu a elaboração da Constituição Federal Brasileira de 1988, representando no plano jurídico, a afirmação e a extensão dos direitos sociais em nosso país, fazendo com que a saúde passasse a ser um direito do cidadão e um dever do Estado, no que posteriormente, se instituiria no Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, com o avanço da privatização, vimos que se colocam dois projetos de saúde em disputa: o Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Federal de 1988; e o Projeto de Saúde Privatista, articulado ao mercado através da lógica neoliberal. A partir dos anos 2000, já identifica-se um outro projeto, que é o da Reforma Sanitária Flexibilizada, ou seja, do SUS possível, com a flexibilização dos seus princípios.

Percebe-se na atualidade, a forte tendência à privatização, à clara preferência a parceria com o setor privado, com a lógica de mercado, sem se preocupar em pautar o financiamento público efetivo ao SUS, além da tendência à cooptação e repressão dos movimentos sociais.

Contudo, na contra corrente, temos a defesa dos direitos sociais, da participação da sociedade nas políticas públicas, da socialização das informações, através de movimentos que lutam pela democratização do Estado e da sociedade, entre eles: o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Apesar dos diversos obstáculos colocados a esses movimentos, alguns desafios são postos, tais como: o fortalecimento desses fóruns, pois a capacidade de mobilização e participação social é reflexo da sua força; articular sua agenda com a demanda da sociedade civil, fortalecendo sua representatividade; evitar a cooptação pela burocracia estatal; lutar pela gestão pública estatal e serviços públicos de qualidade; lutar pela democratização do Estado; defender investimentos de recursos públicos no setor público; propor políticas públicas estatais, universais e de qualidade, articulada a transformações na sociedade.

Diante desse contexto adverso, o Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, ciente destes desafios e das suas limitações, conseguiu alguns resultados significativos nesses últimos anos na luta pela concretização do SUS.

O fórum tem considerado importante recolocar alguns conceitos na perspectiva de construção de uma frente anticapitalista, a saber: *Frente Única Operária* a fim de constituir a luta unificada; *Bloco Histórico ou seja*, a necessidade da Reforma Intelectual e Moral para construção de uma vontade coletiva hegemônica e a concepção de política e democracia como espaço de criação, universalização e da formação de um novo projeto societário que se contraponha ao capital. Outro conceito importante é o de *revolução permanente*.

O Fórum e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde tem colocado também como desafios aos movimentos sociais na

atualidade: a recomposição da esquerda no Brasil, em articulação com a América Latina na perspectiva do internacionalismo, articulação das lutas dos movimentos sociais e colocar o socialismo na agenda.

O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro continuará na luta, em todos os âmbitos, por uma saúde pública digna aos cidadãos cariocas e por uma sociedade justa, plena de vida, sem discriminação de gênero, etnia, raça, orientação sexual, sem divisão de classes sociais.

Para fortalecer as suas ações tem como tarefa a mobilização, a potencialização, a organização e a consciência sanitária, através da articulação com os diversos movimentos sociais, sindicatos, centrais sindicais, movimento estudantil, partidos políticos, entre outros segmentos da sociedade civil, no intuito de unificação da resistência, fortalecimentos de tais movimentos, elaboração conjunta de estratégias e direcionamento de ações para lutar contra o projeto privatista posto pelas instâncias governamentais, defendendo o caráter público e estatal do SUS, de qualidade e para todos.

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

Considera-se, portanto, na atual conjuntura, fundamental a articulação nacional através da frente entre os diversos fóruns de saúde com vistas à construção de um espaço que fomente a resistência às medidas regressivas quanto aos direitos sociais e contribua para a construção de uma mobilização em torno da viabilização do Projeto de Reforma Sanitária construído nos anos oitenta no Brasil na defesa da emancipação política, tendo como horizonte a emancipação humana e um novo projeto societário anticapitalista.

Referências

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

BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. 3ª edição. (Tradução Pe. Bruno Giuliani). São Paulo: HUCITEC, 1987.

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

_____. *Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos*. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (Orgs.) *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____; MATOS, M. C. *A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal*. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (Orgs.) *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. *Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)*. *Serv. Soc. Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 88, 2006.

_____; MENEZES, Juliana Souza Bravo. *Fórum em Defesa do Serviço Público e Contra as Fundações Estatais de Direito Privado no Rio de Janeiro: Uma Experiência de Assessoria*. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. (Orgs.) *Assessoria, Consultoria e Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. (Orgs.) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2011.

_____. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.) *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2011a.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. *Desafios do Controle Social na atualidade*. Serv. Soc. Sociedade, n.109. São Paulo, 2012.

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

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA et al (orgs.) *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTINHO, C. N. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

DURIGUETTO, M. L. Ofensiva Capitalista, Despolitização e Politização dos Conflitos Sociais de Classe. *Temporalis*: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. n.16. Brasília: ABEPSS, 2008.

FONTES, V. Sociedade civil no Brasil contemporâneo. In: LIMA, J.; NEVES, L. M. W. (Orgs.) *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. Volume II.

IAMAMOTO, M. V. A Questão Social no Capitalismo. In: *Temporalis*: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Brasília: ABEPSS, 2001.

MORAES, D. Comunicação, Hegemonia e Contra-Hegemonia: A Contribuição Teórica de Gramsci. Dossiê Comunicação e Política. *Revista Debates*, Porto Alegre, v.4, n.1, p. 54-77, jan.-jun. 2010.

MOTA, A. E. *Cultura da Crise e Seguridade Social*. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, J. P. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. In: *Serv. Soc. Sociedade*. São Paulo: Cortez, n.79, 2004.

NEVES, L. M. W. A Política Educacional Brasileira na 'Sociedade do Conhecimento'. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.) *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/ EPSJV, 2008.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes: Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.

RODRIGUES, J. P. Os Espaços de Controle Social e Participação Popular na Resistência a Privatização da Saúde no Rio de Janeiro: Uma Análise do Conselho Municipal de Saúde, das Conferências e do Fórum de Saúde. *Trabalho de Conclusão de Curso*. Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

VIANNA, M. L. T. W. As armas secretas que abateram a seguridade social. In: *O desmonte da nação: balanço do Governo FHC*. LESBAUPIN, I. (Org.). Petrópolis, Vozes, 1999.

VIEGAS, C. C. A inserção do Projeto Políticas Públicas de Saúde da Faculdade de Serviço Social da UERJ no Fórum de Saúde do Rio de Janeiro. *Trabalho de Conclusão de Curso*. Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014.

SOBRE OS AUTORES E ORGANIZADORES

André Dantas

Graduado em História (UFF). Mestre em Memória Social (UNIRIO). Doutor em Serviço Social (UERJ). Professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (FIOCRUZ). Participa do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro. Contato: andredantas@fiocruz.br

Andreia Assis

Mestre em Serviço Social (UERJ). Assistente Social da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Atuou durante cinco anos como Assistente Social na Política Estadual de Transplantes do Estado do Rio de Janeiro. Contato: assisap@gmail.com

Áquilas Mendes

Doutor em Ciências Econômicas (UNICAMP), livre-docência pela USP e pós-graduação em Política e Relações Internacionais (Lancaster University da Inglaterra). Professor livre-docente de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública e professor doutor do Departamento de Economia e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política (PUC-SP). Ex-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES) (2007-2010). Participa da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Contato: aquilasn@uol.com.br

Carolina Alves de Oliveira

Mestre em Serviço Social e especialista em Serviço Social e Saúde (FSS/UERJ). Assistente Social do Departamento Geral de Ações Socioeducativas do Rio de Janeiro (DEGASE). Integrante da equipe do Projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos movimentos sociais e dos conselhos do Rio de Janeiro” (FSS/UERJ) e da equipe da pesquisa “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiada pela FAPERJ, em 2013 e 2014. Participa do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Contato: carolinaoliviseso@gmail.com

Cleonice Cardoso Viegas

Graduada em Serviço Social (UERJ). Residente em Serviço Social (HUCCF/UFRJ). Integrante da equipe de colaboradores do Projeto “Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Movimentos Sociais e dos Conselhos do Rio de Janeiro” (FSS/UERJ). Participou da equipe da pesquisa “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiada pela FAPERJ, em 2013 e 2014. Participa do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro. Contato: cleoniceviegas@yahoo.com.br.

Déborah Barbosa da Silva

Graduada em Serviço Social (UERJ). Residente em Serviço Social (HUPE/UERJ). Integrante da equipe de colaboradores do Projeto “Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Movimentos Sociais e dos Conselhos do Rio de Janeiro” (FSS/UERJ). Participou da equipe da pesquisa “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, fi-

nanciada pela FAPERJ, em 2013 e 2014. Participa do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro. Contato: deboralory@hotmail.com.

João Pedro Rodrigues

Graduado em Serviço Social (UERJ). Integrante da equipe de colaboradores do Projeto “Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Movimentos Sociais e dos Conselhos do Rio de Janeiro” (FSS/UERJ). Participou da equipe da pesquisa “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiada pela FAPERJ, em 2013 e 2014. Participa do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro. Contato: rodrigues.joaopedrobm@gmail.com.

Jonathan Pacheco

Graduado de Economia (UFRJ). Integrante da equipe da pesquisa “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiada pela FAPERJ. Contato: jonathanpvr@yahoo.com.br

Joseane Barbosa de Lima

Assistente Social e Mestre em Serviço Social (UFAL). Doutoranda em Serviço Social (UERJ). Integrante do projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos movimentos sociais e dos conselhos do Rio de Janeiro” (FSS/UERJ) e da pesquisa “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiada pela FAPERJ Participa do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro. Contato: jo.asocial@hotmail.com

Juliana Fiuza Cislighi

Assistente Social. Mestre e Doutora em Serviço Social (UERJ). Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Orçamento Público e Seguridade Social (GOPSS/UERJ). Professora da Faculdade de Serviço Social (UERJ). Contato: fiuzajuliana@yahoo.com.br

Juliana Souza Bravo de Menezes

Especialista e Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Assistente Social do Hospital Federal de Bonsucesso/Ministério da Saúde. Integrante do projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos movimentos sociais e dos conselhos do Rio de Janeiro” (FSS/UERJ) e da pesquisa “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiada pela FAPERJ. Participa do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Doutoranda em Serviço Social (UERJ). E-mail: julianasbravo@gmail.com

Maria de Fátima Siliansky Andreazzi

Professora Adjunta da Faculdade de Medicina e do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (UFRJ), atuando na graduação e pós-graduação. Doutora em Saúde Coletiva (UERJ). Foi consultora da Organização Pan Americana da Saúde (OPS) no Peru, apoiando projeto de desenvolvimento institucional do Ministério da Saúde. Diretora Adjunta de Gestão na Agência Nacional de Saúde Suplementar

(ANS) (2009-2011). Sub-coordenadora do projeto interinstitucional “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiada pela FAPERJ. Participa do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Contato: siliansky@iesc.ufrj.br

Maria Inês Souza Bravo

Assistente Social. Pós-Doutora em Serviço Social (UFRJ). Doutora em Serviço Social (PUC/SP). Professora Aposentada (UFRJ). Professora Associada da Faculdade de Serviço Social (UERJ). Coordenadora do Grupo de Pesquisa registrado no CNPq “Gestão Democrática da Saúde e Serviço Social” e dos projetos “Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Movimentos Sociais e dos Conselhos do Rio de Janeiro” e “Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais”, financiados pelo CNPq, FAPERJ e UERJ. Coordenadora também do projeto interinstitucional “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiada pela FAPERJ. Integrante do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Contato: mibravo@uol.com.br

Maria Valéria Costa Correia

Assistente Social. Mestre e Doutora em Serviço Social (UFPE). Pós-Doutora em Serviço Social (UERJ). Professora da Faculdade de Serviço Social (UFAL). Coordenadora do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/UFAL).

Participa do Fórum em Defesa do SUS e Contra a Privatização de Alagoas e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Contato: correia.mariavaleria@gmail.com

Regina Helena Simões Barbosa

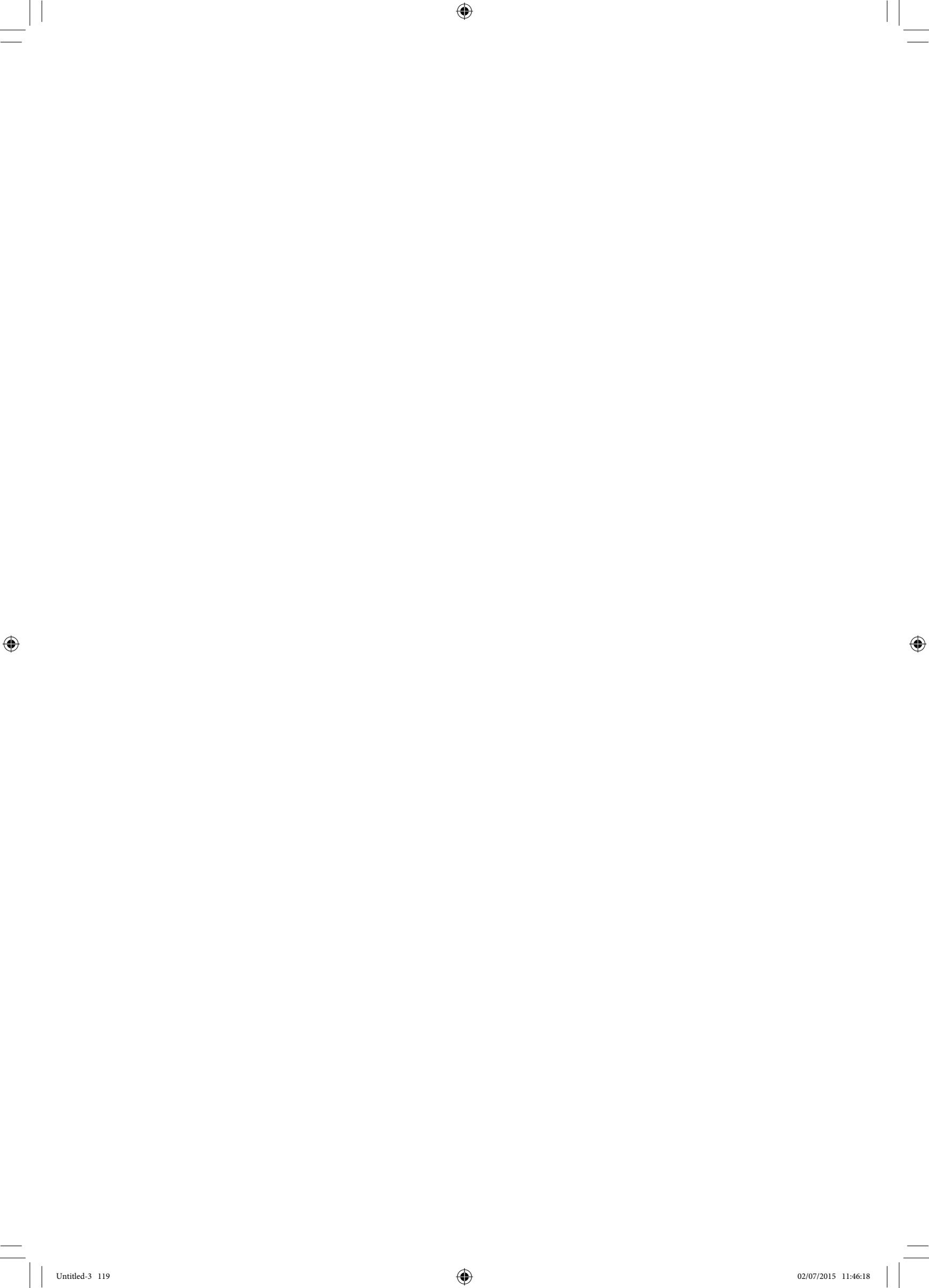
Psicóloga Sanitarista. Mestre e Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (UFRJ), onde desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão nos seguintes campos temáticos: gênero, educação popular, trabalho em saúde, métodos qualitativos e pesquisa-ação. Integrante da pesquisa “Novas articulações entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: o caso do município do Rio de Janeiro”, financiada pela FAPERJ. Contato: regina@iesc.ufrj.br

Rodriane de Oliveira Souza

Assistente Social. Especialista em Serviço Social e Saúde (FSS/UERJ). Mestre em Serviço Social (UERJ). Professora Assistente da Faculdade de Serviço Social (UERJ) e Professora Adjunta do Curso de Serviço Social (UVA). Integrante da equipe do Projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos movimentos sociais e dos conselhos do Rio de Janeiro” (FSS/UERJ). Contato: rodriane@globo.com

Viviane Medeiros dos Santos

Assistente Social. Mestre em Serviço Social (PPGSS/UFAL). Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/UFAL). Participa do Fórum em Defesa do SUS e Contra a Privatização de Alagoas e da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. Contato: viviane.mesantos@gmail.com





ISBN 978-85-88769-86-1



**Junho
2015**