

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

**A privatização da Saúde através dos novos modelos de
gestão e seus impactos na configuração do SUS Constitucional.**

CLAÚDIA GENARO BULLÉ

Rio de Janeiro
2016

CLÁUDIA GENARO BULLÉ

A privatização da Saúde através dos novos modelos de gestão e seus impactos na configuração do SUS Constitucional.

Trabalho de Conclusão do Curso de graduação apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Dra. Cecília Paiva Neto Cavalcanti.

Rio de Janeiro

2016

CLÁUDIA GENARO BULLÉ

A privatização da Saúde através dos novos modelos de gestão e seus impactos na configuração do SUS Constitucional.

Trabalho de Conclusão do Curso de graduação apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr^a

Prof.^a Dr^a

Prof.^a Dr^a

Sanitarista, e aí? E agora?

Temos o SUS para muito trabalhar!

O SUS tão rico de ideias, tão pobre de recursos.

Cadê os recursos? Estão chegando, mas quase nunca vem.

Vamos cobrar?

E os que têm, vamos usar!

Mas como? Sem controle, "a Deus dará"? Assim não dá!

Vamos controlar o que temos para gastar e mais gente se beneficiar.

E o que fazer com o que há? Vamos planejar, para no futuro, quem sabe, melhor utilizar.

E na gestão o que há? Não sei, mas vamos organizar, porque senão a "casa da mãe Joana" vai virar, ou já virou, não sei, deixa isso pra lá!

Mas agora da política vou falar, sem pestanejar, mas está tão complicado que acho melhor agora me calar.

Deixo pra vocês amigos sanitaristas, família, professores e todos mais, já me incluindo, a difícil tarefa de mudar: o quadro político, social, econômico, seja lá o que vão trabalhar.

É difícil, eu sei, mas sem nossa ajuda mais árduo vai ficar!

Vamos à luta e ver o que vai dar, sem se acovardar, mas podendo se amedrontar, para levantar e MAIS FORTE GRITAR!

Bruno César Florenzani

(Aluno do Curso de Especialização em Saúde Pública
ENSP/FIOCRUZ – Turma 2006) apud Juliana Menezes

AGRADECIMENTOS

*“Há homens que lutam um dia, e são bons;
Há outros que lutam um ano, e são melhores;
Há aqueles que lutam muitos anos, e são muito bons;
Porém há os que lutam por toda a vida.
Estes são os imprescindíveis.” Brecht*

Esta é a melhor parte da monografia que é agradecer as pessoas que são imprescindíveis. Muitos foram aqueles que, de alguma forma, contribuíram para essa etapa que se encerra, em se tratando de graduação. O agradecimento a todos se torna uma tarefa difícil de ser executada, mas tentarei fazer.

Assim, meu agradecimento especial vai para meu esposo **Wallace Santos da Rocha** e minha mãe **Célia de Genaro**, incansáveis trabalhadores e que mesmo na batalha, conseguiram por inúmeras vezes me conscientizar de que a luta deve ser realizada no cotidiano com garra e pelo que acreditamos. Cada um a sua maneira me apoiaram incessantemente, um com sua generosidade e compromisso com sua perseverança e coerência. Com carinho e admiração, AMO VOCÊS!!

Aos meus filhos por nunca chorarem e nunca me culparem diante das minhas ausências, estiveram sempre fortes e maduros, **Bruna Bullé da Rocha** minha mocinha linda e amada, **Gabriel Genaro Bullé da Rocha**, meu filhote travesso, querido e também muito amado. Vocês foram minhas inspirações por essa busca.

Aos meus sogros **Altamiro Higino da Rocha** e **Maria da Glória Santos da Rocha**, obrigado pela nossa amizade, mesmo diante de tantas discordâncias estive e se fez presente nesse apoio direta e indiretamente.

A minha irmã, **Lilian** pela nossa cumplicidade e união, ainda que necessitemos estreitar alguns inúmeros momentos perdidos.

Ao meu paizinho **Walmir Rodrigues Bullé** que mesmo nunca tendo dito, demonstrou enquanto viveu o orgulho pelas filhas maravilhosas que possui. Pai, essa também é por você! E à família **BULLÉ**, pelo grande afeto.

A uma pessoa que mesmo saindo da minha vida de forma extremamente dramática, triste e chocante, ainda assim, jamais deixarei de reconhecer tudo que me ensinou e todo o seu conhecimento a mim transmitido, **Tereza Cristina Ferreira da Silva**. Obrigado por me fazer entender que entre o espaço público e o privado deve sempre existir um afastamento.

A minha primeira orientadora **Andréa Teixeira** pelo acolhimento diante da conjuntura pessoal que ambas enfrentavam. E para a minha atual orientadora, pela incansável busca de aperfeiçoamento, buscando orientar, aconselhar, trazer a reflexão o melhor que pode, e tenha certeza, foi muito importante. **Cecília Paiva Neto Cavalcanti**, obrigado pelas discussões e aprendizado!.

Aos Professores do Curso de Serviço Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que tiveram importância na minha formação com seu saber contribuíram para a transformação de uma visão de mundo antes equivocada. Na impossibilidade de citar todos, permito-me nomear alguns: Cecília Paiva Neto Cavalcanti, Rita de Cassia Cavalcante, Gláucia Lélis Alves, José Paulo Netto, Marilene Coelho, Marildo Menegat, Janete Luzia Leite e Vantuil Pereira.

Aos meus grandes amigos e companheiros que ali estiveram na militância a me ensinar, me acolhendo, rindo, brincando, aprendendo e apreendendo sempre: **Deise Pimenta, Wanderson Magalhães, Flávio Silva, Fabiano Ferreira, Sabrina Mendonça, Camila Pinho, Lilian Barbosa dentre outros.**

Aos meus sobrinhos e afilhados amados, **Giulia Bullé, Ian Katsuo e Victor Hugo** por existirem na minha vida, e olhar pra vocês e saber que posso ser melhor.

A todos, meu carinho e afeto.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABRASCO – Associação Brasileira de saúde coletiva.

CAPS – Caixa de Aposentadorias e Pensões.

CEBES – Centro Brasileiro de estudos em Saúde.

CF – Constituição Federativa.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CNS – Conferência Nacional de saúde.

CNRS – Conselho Nacional de Reforma Sanitária.

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema único de Saúde.

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

FHC – Fernando Henrique Cardoso.

FUNRURAL – Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

IFES – Instituto Federal de Ensino Superior.

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada.

MRS – Movimento de Reforma Sanitária.

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde.

ONG – Organizações não Governamentais.

OSCIPS – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

OSS – Organizações Sociais de Saúde.

PDRAE – Plano Diretor de Reforma do Aparelho Estatal.

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento.

PDR – Plano Diretor de Regionalização.

PNS – Política Nacional de Saúde.

PT – Partido dos Trabalhadores.

SUS – Sistema único de Saúde.

SISREG – Sistema Nacional de Regulação.

US – Unidades de Serviços.

RESUMO

Este trabalho de conclusão do Curso de Bacharel em Serviço Social refere-se a uma reflexão sobre os novos modelos de saúde propostos a partir da década de 90. O objetivo do estudo é apontar o quanto a proposta de privatização, que mercantiliza a saúde, vem impactando sobre os serviços ofertados à população brasileira, e sobre tudo ao SUS constitucional.

Buscou-se refletir criticamente sobre os modelos de gestão implementados na saúde, via EBSEH e OSs que caracterize o sucateamento da saúde, e sobre tudo que vão contra a materialização do SUS em sua proposta, incorporando a essa análise os momentos relevantes que antecederam a essa conjuntura que se iniciou na década de 1990.

Serão abordados os aspectos que marcadamente tiveram importância em conjunturas diversas e anteriores a esse processo estudado, considerando, portanto, o movimento de reforma sanitária, como protagonista na luta para a incorporação da saúde como direito universal. Fato que resultou no reconhecimento do futuro texto constitucional no ano de 1988 que se refere à saúde como direito, e como desdobramento para a construção do SUS – sistema único de Saúde.

A ênfase é discutir os impactos da mercantilização da saúde, via projeto privatista, para os serviços de saúde pública ofertada à população, apontando os equívocos na escolha de um projeto governamental que visa à retirada do que é público e de responsabilidade do Estado para o favorecimento de empresas com caráter privado como a EBSEH, e conseqüentemente a organizações sociais –Oss, essas tidas mecanismo concreto que viabilizam essa privatização. Por fim, são apontadas questões referentes aos impactos da mercantilização da saúde sobre os serviços públicos e seus atores como acesso, a força de trabalho atuante na saúde e as condições de trabalho, e, por conseguinte os impactos sobre o SUS constitucional.

Durante a elaboração do projeto, utilizou-se de estudo exploratório baseado em análise documental, sendo consultados para tal, referenciais bibliográficos acerca do tema, oriundos em sua maioria da Frente Nacional contra a Privatização.

Palavras-chave: direito, saúde, privatização, mercantilização e serviços públicos de saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.

1 A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO

1.1 Características de Proteção à saúde no Brasil anteriores a Constituição de 1988

1.2 O movimento de reforma sanitária como protagonista na luta da saúde como direito.

1.3 O processo de construção do SUS e seus entraves.

2 OS IMPACTOS DA MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 Definição e surgimento do projeto neoliberal no Brasil.

2.2 As estratégias do projeto privatista para a mercantilização da saúde.

2.2.1 – As organizações sociais de saúde - OSs

2.2.2 – A empresa brasileira de serviços hospitalares – EBSERH

2.3 Os impactos da mercantilização para os serviços de saúde e o SUS constitucional.

2.3.1 – O impacto no acesso.

2.3.2 – O impacto nas condições e relações de trabalho.

2.3.3 – O impacto no SUS constitucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como principal objetivo discutir os impactos do projeto privatista, via novos modelos de gestão, para os serviços públicos de saúde na contemporaneidade e que se apresentam contrários ao SUS constitucional. Teve-se como premissa que tal proposta visa a mercantilização da atenção à saúde, com impactos também sob a força de trabalho, que exerce suas funções na área. Busca-se, assim, apontar criticamente quais são concretamente esses impactos, utilizando-se, portanto, de um estudo exploratório baseado em análise documental onde as fontes de pesquisa tanto foram às legislações da área, quantas produções acadêmicas, e sobre tudo os materiais disponibilizados no sítio da Frente (nacional e municipal) contra a Privatização da Saúde, destacando as centrais para a pesquisa. Contra Fatos não há Argumentos que sustentem as Organizações Sociais (Oss) no Brasil - versão atualizada em junho de 2012;

Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH;

Desafios do controle social na atualidade, artigo de Maria Inês Souza Bravo e Maria Valéria Costa Correia publicado na Revista Serviço Social e Sociedade nº 109, SP: Cortez, 2012;

Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. ed. – Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.76 p.

Serão observados através desse estudo, que de acordo com alguns dos modelos de gestão propostos pelo governo – EBSEH e Oss, desde o início da década de 1990, trarão estes, aos serviços de saúde, impactos consideráveis aos usuários do SUS. Tais impactos imprimem aos poucos (ou nem tanto), uma Política contraditória a proposta pelo SUS constitucional. Haja vista que o princípio da universalidade a exemplo, acaba por ser ignorado diante de uma institucionalidade privatizante e que transforma o acesso à saúde numa ação complexa e aviltante a todos que dela necessitam. Impactando ademais, no diagnóstico e nos tratamentos ofertados pelas instituições que aderem total ou parcialmente a tais modelos de gestão.

A monografia está estruturada em dois capítulos. O primeiro apresenta um resgate histórico das políticas de saúde até a década de 80, destacando assim, o

papel do projeto da Reforma Sanitária e a luta pela universalização da saúde, apresentando o Movimento de Reforma Sanitária como protagonista na luta e conquista do Direito à saúde, buscando, para tanto, discutir a realidade conjuntural pertinente ao período, os atores partícipes e a conquista constitucional da saúde como Direito, a partir da Constituição Federal de 1988. Para encerrar assim essa primeira etapa, será problematizada o processo de construção do SUS, realizando uma reflexão breve sobre os princípios e diretrizes do mesmo.

Na segunda seção, identificam-se os impactos da mercantilização para os serviços de saúde. Para isso, a explanação se inicia com a definição e o surgimento da proposta neoliberal no Brasil durante os governos Collor e FHC, e que se mantém nos atuais governos petistas, frisando na proposta privatista para a saúde. Nesse debate destaca-se que as Organizações Sociais de Saúde e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a partir de suas peculiaridades indicam que ambas, sob a argumentativa de uma suposta modernização da gestão, criam possibilidades de se resolver os problemas de subfinanciamento, por meio da articulação de interesses privados, prejudicando assim, o atendimento ao público, significando na realidade a privatização do público. Conseqüentemente, ressalta-se a exposição que essa configuração atual da política social de saúde, que vem rebatendo no contexto das instituições, nas condições de vida dos usuários em forma de prestação de serviços e na saúde dos trabalhadores da saúde.

Tais elementos estão presentes na realidade institucional dos serviços públicos, desarticulando as demandas da população, infringindo a proposta constitucional que visa à garantia da saúde, e tentando soterrar os princípios e diretrizes que garantem o Sistema Único de Saúde.

A guisa de conclusão será pautado a partir do conjunto de questões postas neste trabalho, apontando para o campo dos serviços.

1 A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO.

Neste primeiro capítulo, apresentaremos o surgimento e a legitimação da saúde pela via constitucional, enquanto um direito. Para tal, abordaremos a importância do Movimento da Reforma Sanitária como um movimento protagonista e relevante na busca do reconhecimento da saúde enquanto DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO. Realizaremos uma breve exposição das políticas de saúde anteriores a Constituição Federal de 1988. Posteriormente, trataremos de forma crítica os artigos constitucionais que permearam o texto referente à saúde, bem como a implementação e caracterização do SUS tratando e enfatizando os princípios e diretrizes norteadores desse modelo. Por fim, destacamos os entraves da execução de um Sistema Único de Saúde que se propõe a ser universal equânime e integral dentro de uma proposta contrária que é o projeto privatista na atualidade.

1.1 CARACTERÍSTICAS DE PROTEÇÃO A SAÚDE NO BRASIL ANTERIORES A CONSTITUIÇÃO DE 1988

Ainda que a pretensão desse tópico não seja demarcar a construção das políticas sociais de uma forma geral, é relevante entender que essas só são possíveis em sua materialidade, a partir do desenvolvimento do capital na sua fase monopólica que irá, portanto, colocar a necessidade de garantir a reprodução da força de trabalho. É justamente durante essa fase, que conseqüentemente a questão social¹, seja pelo ordenamento econômico, pela consolidação do movimento operário, ou até mesmo pela necessidade de legitimação do Estado Burguês, passa a ser enfrentada com ações sistemáticas e contínuas. (NETTO, 2001)

Logo, pode se considerar que as Políticas Sociais, surgem enquanto resposta do aparelho estatal diante do contexto de intensificação das crises em função do acúmulo e excedente de produção do grande capital. Mas, sobretudo, se concretizam pela pressão e mobilização dos movimentos operários que emergiram nas décadas iniciais do século XIX, e que se colocavam portanto, contrários a essa perspectiva de expropriação de uma classe sobre outra. Período o qual foram tratados pelo Estado burguês pela via da repressão, à base da coerção e violência.

¹ Para o esclarecimento do termo questão social vide: NETO, J. P. Cinco Notas a propósito da “Questão Social”. In: Temporalis/ABEPSS. Ano 2, n.3 (Jan. /jun. 2001). Brasília: ABEPSS, Grafline, 2001.

Ademais, a essa característica, ainda utilizando NETTO (2001), as políticas sociais também passam a ganhar dupla funcionalidade: a econômica e política. No sentido econômico, as políticas sociais se tornam instrumentos para combater o subconsumo, ou para possibilitar a socialização dos gastos com a reprodução da força de trabalho, garantindo a preservação tanto da força de trabalho ocupada, quanto da excedente.

Já no segundo aspecto – político, as políticas sociais viabilizam ao Estado o seu reconhecimento e legitimação, uma vez que contribuem para desmobilizar o movimento operário e mantêm a perspectiva de manutenção da ordem, antes ameaçada pelas desigualdades latentes.

Cabe salientar um terceiro fator existente nesse período e, portanto, também relevante para o surgimento das políticas sociais. O fato de que a filantropia e a caridade, enquanto formas embrionárias de atenção às mazelas da questão social, já não davam mais conta das demandas impostas pela ordem capitalista, além do que se sabe que ocorre o avanço do reconhecimento da classe operária como protagonista, o que acaba por provocar a exigência de que o Estado se refuncionalize. (BRAVERMAN, 1980)

Assim sendo e de acordo com Galizia & Pastorini (2007), as políticas sociais só se tornam num primeiro momento, possíveis em sua materialidade se estudadas e refletidas a partir da relação entre Estado e Sociedade, pois há que se levar em consideração as dimensões conjunturais que envolvem tais possibilidades, nesse caso o aspecto econômico, político e social. Posteriormente, também serão possíveis pelo reconhecimento por parte do Estado da existência de uma demanda concreta, que ao fazê-la a devolve em forma de serviços públicos.

No caso específico das políticas de saúde brasileiras, o modelo antecedente ao período de 1980, fase de ampla mobilização popular, poderá ser considerado (caracterizado aqui de maneira genérica), enquanto um modelo securitário de proteção, pois os cobertos por tal modelo eram apenas os que se mantiam no mercado formal de trabalho. Ou seja, acaba por imprimir a mesma proposta de proteção pensada para as políticas sociais como um todo, bem como mantém a intencionalidade fundante de garantir a manutenção da força de trabalho.

Antes da Constituição Federal de 1988, existiam medidas que respondiam inicialmente apenas ao caráter meramente preventivo se pensarmos como referência os quadros de endemias e epidemias de largo alcance, haja vista as

campanhas sanitárias contra febre amarela, varíola e tuberculose datada do período inicial do século XX.

A lógica de privatização por parte governamental, de acordo com COHN (2002), se inicia com as CAPS, essas são Caixas de Aposentadorias e Pensões, que foram impulsionadas pela Lei Eloy Chaves de 1923, no marco inicial da previdência social no Brasil. A propósito desta lei deve ser feitas as seguintes considerações:

1. A lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovado no congresso nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural, foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história da previdência do Brasil, perdurou até a década de 60, quando criado o FUNRURAL.

2. Outra particularidade refere-se ao fato de que as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais.

3. A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação.

A primeira CAP criada foi a dos ferroviários, o que pode ser explicado pela importância que este setor desempenhava na economia do país naquela época e pela capacidade de mobilização que a categoria dos ferroviários possuía.

Segundo POSSAS (1981), “tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAPS possuíam administração própria para seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores”.

A composição de tais administrações era composta por três representantes da empresa, um dos quais assumindo a presidência da comissão, e de dois representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos. O regime de representação direta das partes interessadas, com a participação de representantes de empregados e empregadores, permaneceu até a criação do INPS (1967), quando foram afastados do processo administrativo. POSSAS (1981).

Logo, a criação das CAPS deve ser entendida no contexto das reivindicações operárias no início do século, como resposta do empresariado e do estado a crescente importância da questão social.

Após esse período, é possível verificar através da revista de saúde coletiva PHYSIS (Vol. I número I, 1991) que o governo investe financeiramente por meio de arrecadações orçamentárias datadas das décadas de 60/70, em construção ou reformas de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da previdência social e em medidas de cunho coletivos aliados a campanhas preventivas.

Após essa iniciativa ainda na década de 60, foram desenvolvidos (anteriormente a VIII conferência Nacional de Saúde na década de 80) outros modelos de assistência, a exemplo: O IAPS que no contexto geral, caracterizavam-se em suma pela compra de serviços do setor privado. O INPS, que já se considerava um avanço, devido à unificação dos modelos anteriores, se pensarmos no contexto do regime autoritário de 1964. Neste caso de acordo com BIRMAN (1991), o INPS iniciará a consolidação do componente assistencial pela marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial Hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado e que terá uma forte presença no futuro SUS.

Portanto, como afirmou acima COHN (2002) a lógica privatizante, está perpassada por toda a criação/construção de modelos de saúde brasileiros, ainda que se tenha avançado no SUS pós 88.

A visão que permanece até os dias atuais referentes a saúde como bem de consumo, que tendem a generalizar a demanda social por consultas médicas, ainda se mantem como respostas as graves condições de saúde, bem como o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; as multiplicações de faculdades particulares de medicina por todo país; a organização e a complementação da política de convênios entre INPS e os hospitais; clínicas e empresas de prestação de serviços médicos em detrimento de recursos já parcos, tradicionalmente destinados a serviços públicos. PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva Vol. I número I, 1991.

Outro fato relevante anterior a constituinte de 88, refere-se à década da ditadura Militar, fato este que terão impactos na história da saúde pública no Brasil.

De acordo com os estudos dos artigos “As Políticas de Seguridade Social Saúde” In: CFESS/CEAD (2000), Maria Inês Bravo expõe que a primeira década da ditadura militar de 1964-1974, foi marcada por muitas reformas institucionais e a interrupção do processo democrático. A prioridade era o processo de modernização

autoritária, que levou o país a um grande crescimento industrial, época conhecida como “*milagre econômico*”. Os investimentos na infraestrutura econômica aumentaram, enquanto os gastos com as políticas sociais diminuíram. Todas estas reformas afetaram profundamente a saúde pública, que nesse momento priorizava a mercantilização do sistema de saúde com ênfase no modelo hospitalocêntrico.

Durante a primeira década do regime militar, configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde, mantido pelos recursos da previdência social que prevalecia sobre o Ministério da Saúde. Uma das primeiras medidas desse governo, como já mencionados acima, foi à unificação dos IAPs ao *Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)*, ocorrida em 1966, que concentrava todas as contribuições previdenciárias, gerenciava aposentadorias, pensões e assistência médica de todos os trabalhadores formais. Ficavam excluídos desse processo os trabalhadores rurais e os trabalhadores urbanos informais que constituíam a grande massa dos “sem carteiras assinadas”, estes cidadãos que não contribuíam a previdência social obtinham atenção a saúde em centros e postos de saúde pública, desde que integrassem o perfil dos programas (atenção materno-infantil, tuberculosos, hanseníase e outros) ou nos serviços de saúde como as Santas Casas, Consultórios e clínicas privadas, desde que tivessem poder aquisitivo para ser atendidos.

A previdência social patrocinava o desenvolvimento do setor privado mediante a compra de serviços privados de saúde e assim estimulava um padrão de organização da prática médica orientada pelo lucro. A contratação de hospitais e laboratórios privados era remunerada por *Unidades de Serviço (US)*, modalidade considerada como uma “*fonte incontrolável de corrupção*”, já que, os serviços de saúde inventavam pacientes e ações que não tinham sido praticadas ou escolhiam fazer apenas as mais lucrativas. A medicina de grupo outra modalidade de saúde sustentada pela previdência, praticava convênios com empresas a qual passava a ficar responsável pela assistência médica de seus empregados e, dessa forma, deixava de contribuir com o INPS, o principal interesse desses convênios era diminuir a quantidade de serviços prestados e baratear os custos desses serviços.

A saúde no Brasil tornou-se ineficiente e conservadora, com atuações que se restringiam a campanhas de baixa eficácia com graves consequências para a saúde da população, motivo pelo qual em 1967 se realiza a *4ª Conferência de Saúde* presidida pelo ministro Leonel Miranda, assumindo novamente o caráter das

primeiras conferências, onde se discute a necessidade de profissionais capacitados e o desenvolvimento de uma política de saúde.

Foi então quando surgiu a proposta, mas privatizante do Sistema Nacional de Saúde o Plano Nacional de Saúde (PNS) que pretendia que todos os hospitais fossem vendidos a iniciativa privada, transformando-os em verdadeiras empresas privadas.

O governo militar foi marcado pela repressão política e o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor de saúde, a organização da prática médica em moldes mais capitalistas, passou a diferenciar o atendimento em termos da clientela e não pacientes, facilitado pela interferência estatal no setor da saúde. Este regime deixou suas marcas na saúde do povo brasileiro e influenciou de alguma maneira o sistema de saúde que hoje temos no Brasil.

Para reverter tal ideologia predominante à época se faz necessária a luta em defesa da saúde enquanto Direito de todos e Dever do Estado, como ampla e universal. Dessa forma, surgirão movimentos mais combativos que, de acordo com a correlação de forças e com a articulação entre diferentes atores intrínsecos ao Movimento, ganharão ou não maior visibilidade.

Portanto, no final da década 80 ganha força o MRS - Movimento de Reforma Sanitária, esse lutará para enfrentar os ideários privatizantes que já se faziam presentes nesse contexto da década de 1980 os quais serão tratados a frente, e que em suma, entendem a saúde dentro de uma concepção restrita.

Logo, os diferentes e diversos atores envolvidos no MRS pretenderão ao longo do século XX e XXI enfrentar tal lógica que se baseia até então no indivíduo e que, sobretudo, desconsidera os determinantes sociais que envolvem o processo saúde doença.

1.2 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA COMO PROTAGONISTA NA LUTA DA SAÚDE COMO DIREITO

As mobilizações, que se agudizam na década de 1980, dão início a um movimento heterogêneo em sua composição, mas possuirão, enquanto ideologia

fundante, propostas bem diferenciadas das concepções anteriores, que entendiam a assistência à saúde enquanto ações curativas e medicamentosas, ou seja, restritas.

É relevante destacar que o Movimento de Reforma Sanitária, possui visibilidade numa conjuntura de lutas mais amplas, como o processo de construção da Constituição Federal de 1988. Não somente por isso, mas acaba por conter, enquanto premissa, não só a mudança substancial das condições de saúde, mas, sobretudo a possibilidade de propiciar o exercício da liberdade e da cidadania no sentido global de transformações a que o momento buscava.

Abrangendo a questão para além dessas práticas e refletindo acerca de uma nova frente, nascia o Movimento de Reforma Sanitária, que tem em sua composição, os diferentes segmentos da sociedade civil organizada e diversas forças, dentre eles os profissionais da saúde, os estudantes e professores, a sociedade civil organizada dentre outros, que irão atuar intelectualmente nos diversos espaços, por meio de estudos sobre a temática, imprimindo assim, uma nova concepção de Direito à saúde.

SCOREL (2002) aponta para a possibilidade do movimento de Reforma Sanitária, ao mesmo tempo em que trava uma luta digamos micro, do ponto de vista do setor saúde, passa a estar de certa forma interligada a questões mais amplas da sociedade, como a luta pela transformação das relações sociais.

Entendendo a perspectiva de análise da autora, conjuntamente às necessidades do sujeito, postas dentro do processo de acumulação do capital, lutar pela ampliação dos direitos à saúde é lutar pelas condições de igualdade social, onde o sujeito necessita para se manter e reproduzir-se, possuir elementos que subsidiarão as condições mínimas a ela inerentes. Ou seja, habitação, educação, renda e etc.

Assim sendo, a temática saúde passa a ser um elemento de extrema importância no sentido potencializador para a união das diversas forças existentes em meio a esse movimento, uma vez que a identificação das necessidades de transformação no cenário de atuação no campo da saúde perpassam os anseios de todos.

Nesse aspecto, a saúde passa a ser palco revolucionário para o enfrentamento das questões mais macro, como por exemplo, a ampliação dos Direitos e a responsabilização do Estado na distribuição das Políticas Sociais.

Segundo ESCOREL (1989 p.186) “O Movimento de Reforma Sanitária fez valer uma de suas outras características primordiais que é o estabelecimento de alianças com setores progressistas, populares ou não, comprometidos com a luta”.

Pensar a objetividade do Movimento de Reforma Sanitária de acordo com os autores estudados é, portanto, primeiramente analisar a direção que lhe é atribuída, para posteriormente, a perspectiva projetada rumo à construção do projeto, e se esse é um projeto particular (no aspecto profissional das forças envolvidas) ou se está ligado à luta mais coletiva de proposta de transformação da sociedade.

Faz-se relevante lembrarmos as influências negativas vividas pelo Brasil pelos governos militares, pois imprimiram com o passar dos anos, um caráter conservador, levando assim, as decisões a uma estrutura centralizadora. Esse dado influenciará nas tomadas de decisão por parte dos integrantes do movimento, principalmente os médicos, que foram um dos pioneiros no enfrentamento, convocando greves e reafirmando assim, a necessidade de lutar por um sistema de saúde mais democrático e menos subordinado aos interesses empresariais. Haja vista a criação do CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em 1976, que nesse contexto de lutas e mobilizações se constitui numa das instituições que irá apoiar largamente e difundir em nível nacional as propostas de reorganização do sistema único de saúde, a partir do processo de redemocratização.

A temática saúde começa a tomar visibilidade, após a crise previdenciária dos anos 80, o que fortalece o movimento da reforma sanitária, mesmo diante de fragilidades como, por exemplo, obtendo o próprio apoio dos usuários do sistema de saúde. Diante dessas crises o movimento se torna o único capaz de oferecer alternativa concreta ao modelo vigente.

Sendo assim, a direção que o movimento de reforma sanitária - MRS pretendia dar e, (ainda se torna luta até os dias atuais), não está apenas na direção de uma saúde restrita aos trabalhadores formais e, portanto, contribuintes com a previdência. Mas, sobretudo, na perspectiva de construir uma saúde universal, que seja de todos para todos.

Logo, para enfrentar as condições desiguais do acesso à saúde e dar visibilidade as suas pautas de interesses mais amplos e universais, o MRS seguiu sua luta na direção da ocupação dos espaços de decisões e deliberações de importância para as políticas públicas adentrando com representantes no interior do aparato estatal.

As ocupações foram impulsionadas enquanto estratégias nas diferentes esferas, entretanto, primordialmente em âmbito federal, ministerial (da saúde) e na Fiocruz, ocupando, assim, papéis centrais de decisões e influências que proporcionaram à mesma sua legitimação, com amplo reconhecimento de seus princípios, o que os tornaram formalmente um movimento instituído.

Ainda na década de 1980, o país vivenciou mudanças significativas no cenário político, pois o INAMPS passa a ser operacionalizado pelo então Ministério da Saúde, fato que permitiu o avanço dos ideários reformistas que já apontavam para a Unificação da Saúde.

De acordo com BRAVO (2001), atravessou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde com profícua discussão em torno da responsabilização do governo pela questão da saúde, o que anteriormente era discutido setorialmente, muito pelo fato das sete conferências anteriores conterem pouca ou nenhuma expressão social.

Sendo assim, a 8ª CNS torna-se um evento inédito pela proposta oposta, com ampla convocação e participação da sociedade civil no debate político, construindo e contribuindo com a formulação de programas futuros, o que acabou futuramente influenciando no texto constitucional de 1988.

Obviamente que a construção dos ideários de unificação da saúde no interior dos espaços políticos de gestão e direções institucionais, não se deu de forma consensual e homogênea foram, (como já demarcado) se consolidando enquanto frutos de processos de luta e pressões por parte de variados atores que se faziam presentes, pois existiam interesses diferenciados de concepção.

FALEIROS et al (2006, p.78), afirmam que o Ministério da Saúde defendia a unificação imediata pelo alto, ou seja, ambos os ministérios tanto o da saúde quanto o da previdência compondo um único ministério - ou da seguridade social ou da saúde. Já o INAMPS defendia a unificação por baixo, avançando na questão da descentralização.

Fatos como estes acirraram ainda mais a disputa entre previdência e saúde, mas notoriamente dão ao movimento um *status quo* de legitimidade, devido ao fato de que no interior do espaço conservador que era o INAMPS, acaba por penetrar ideários progressistas.

O MRS possuía importantes aliados nesses espaços, e participou amplamente da discussão durante a 8ª CNS, destaque para as prefeituras, as associações Abrasco e Cebes que nesse contexto já se tornam reconhecidas por

suas influencias científicas. Todos os atores que ali se encontravam partícipes, sejam eles representados por colegiados, partidos, associações ou por si, apenas por acreditarem na mudança, farão da 8ª conferência nacional de saúde, desde a sua preparação até sua realização, o “divisor de águas” entre o que se discutia em teoria, para o salto significativo daquilo que seria futuramente a prática do movimento. Ou seja, a luta pela estatização e universalização da saúde, de forma a abarcar nacionalmente as questões complexas como cidadania, direito e participação popular, passam a ser também consideradas.

Ainda no interior das efervescentes discussões que se mantinham na conferência, marcadamente uma das questões decisivas, foi à criação da CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária e desta a elaboração do relatório final contendo em seu texto elementos centrais para a incorporação e compromisso político para o sucesso dos pleitos, o que se tornou futuramente cópia fiel do que viria a ser a seção de saúde na Constituição Federal de 1988. (Ministério da Saúde. 2006 p.85).

Diante dos argumentos apresentados, pode-se considerar o Movimento de Reforma Sanitária enquanto um movimento protagonista, coerente, forte e ameaçador aos ideários de privatização e de luta para a ampliação da saúde como universal equânime e totalmente pública. Mesmo diante dos avanços ameaçadores propostos pelo projeto de privatização contrário ao do MRS, a mesma conseguiu historicamente avançar para o entendimento da questão saúde, dentro de uma visão de totalidade, onde inclui os determinantes sociais do processo saúde/doença do indivíduo, como central na reflexão da lógica necessária a produção e reprodução da Força de trabalho.

1.3 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS E SEUS ENTRAVES.

Em concordância com VAITMAN, (1992) para se entrar no aspecto que tratará o processo de construção do SUS, há que se reputar a existência da saúde também como física e mental, estando essa ligada a uma série de condições irreduzíveis umas as outras. Deve ser considerada que sua produção ocorre antes de qualquer coisa dentro da sociedade, ou seja, envolve as formas de organização da vida cotidiana, a sociabilidade da afetividade, a sensualidade, a subjetividade, a cultura e o lazer, bem como as relações do meio ambiente. Portanto, é antes, o

resultado do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também não esqueçamos biológico.

Uma concepção de saúde não reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização de vida cotidiana, tal como está expressa, não só através do trabalho mais também do lazer, ou da ausência, por exemplo, de ambos. Isto é, uma concepção ampliada da saúde passaria por pensar a recriação da vida sobre novas bases.

A respeito da Criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o mesmo se deu inicialmente através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que tratará sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Torna-se a primeira lei orgânica do SUS que detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, as competências e as atribuições de cada nível – federal estadual e municipal. E prevê também a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento, gestão financeira e planejamento e orçamento.

Logo em seguida, tem-se a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe acerca da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais como (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, a materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional em 1988, na chamada Constituição cidadã, que busca considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”.

Esse processo se por um lado resultou da ampla mobilização de um conjunto de forças sociais em torno do movimento pela Reforma Social Brasileira, revela também a aproximação do nosso marco jurídico aos princípios do chamado Estado de Bem-Estar social (*Welfare State*) ainda que não tenhamos vivido em sua plenitude. Este contrapõe à perspectiva liberal e neoliberal, que defende a redução

do papel do Estado na garantia das condições de vida e saúde da população brasileira.

De acordo com TEIXEIRA (2003) o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica concebê-lo como “imagem objeto de um processo de reforma onde um “sistema de saúde” deve ser capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Ademais, que com relação à natureza do sistema que se pretende conformar, os chamados “princípios estratégicos”, que dizem respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontarão “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer conformar, institucionalizar. Tais princípios que institucionalizam o SUS, são como é de se saber, a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social.

É preciso, entender o significado disso em uma sociedade capitalista e periférica, como a brasileira, na qual vicejam distintas concepções acerca do Estado, da Política, e em suma da natureza das relações entre público e privado, e mais contemporaneamente, das relações entre estatal público – privado.

Ora, isso exige que se esclareça o sentido e o significado que se pretende e tem sido dados aos termos “SAÚDE” e “SISTEMA DE SAÚDE”, e principalmente, o que se está entendendo por **Universalidade** o que se está entendendo por **Equidade** e o que está se entendendo por **Integralidade**, bem como, por **Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação social**.

Ainda que se identifique tal avanço, as questões centrais alvos de crítica, dessa construção são as que se referem aos Princípios finalísticos e diretrizes estratégicas do SUS.

No primeiro princípio, o da **Universalidade** pode se dizer que o mesmo possui a pertença ideia em buscar ser de livre acesso a qualquer cidadão em todos os tipos de serviços e de níveis de assistência. Pretença, por exprimir na visão de PAIM (2008) a característica da oferta, a capacidade de os usuários utilizarem os serviços de saúde quando deles necessitarem. Entretanto, são vários os fatores que contribuem para a dificuldade desse acesso, dentre eles: a disponibilidade dos serviços, a localização geográfica das unidades de saúde, a qualificação dos recursos humanos e tecnológicos, a ausência de informação, as formas de financiamento etc. Para que o SUS venha a ser universal é preciso se desencadear

um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venha, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços.

Além de tudo isso, se coloca em cena o princípio da **Equidade**, mais um dos princípios finalísticos do SUS e, atualmente, o tema central em todos os debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental. A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos.

A **Igualdade** prevista na assistência a saúde refere-se a todas as ações e serviços necessários para a promoção e recuperação da saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Todo o indivíduo é igual perante o SUS, por isso deve ser atendido conforme suas necessidades. O sistema deve garantir igualdade com justiça social, o que ainda não se efetivou na realidade.

Nesse último sentido, a busca de equidade se articula, dinamicamente com outro princípio finalístico do SUS, qual seja, a **Integralidade do cuidado à saúde**. O princípio da integralidade que pode ser entendido como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de promoção, prevenção e cura, bem como tratamento individual e/ou coletivo, exigidas para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema – ou seja, olhar o todo e intervir no todo. Cada pessoa deve ser percebida como um ser indivisível, considerando sua inserção social. Deve ter para tal, articulação entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde e doença visando garantir as condições satisfatórias de saúde da população. (NORONHA et al, 2008)

Portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos

populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

As **Diretrizes** condizem basicamente com a forma em que será regida. São elas: A **Descentralização** que tem como objetivo promover a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada comunidade. Definem desde 1993, por meio da portaria nº 545/93 as diferentes atribuições gestoras dos níveis federais, estaduais e municipais sobre planejamento e programação da atenção a saúde, pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria de ações e serviços prestados no âmbito do SUS. Determina também a responsabilidade e respectiva prerrogativa financeira associada às diferentes condições de gestão de Estados e municípios.

A **Regionalização** e a **Hierarquização** dos serviços, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos entre si e com a população usuária. A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo. A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra referência de usuários e de informações, o que está cada vez menos utilizado, haja vista a implementação do SISREG – Sistema Nacional de Regulação, que vem a ser uma ferramenta de organização e controle para a melhoria do acesso aos serviços de níveis secundários, terciários e quaternários. O desuso ou a menor utilização das guias de referência e contra referência se dá pela dinâmica do real, onde os usuários são orientados a procurar às unidades básicas de atenção a saúde, para através dessas se inserirem nas unidades de maior complexidade.

O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza,

como por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou a rede de atenção à saúde mental.

A garantia de que a população, participe, opine, fiscalize e controle é a diretriz última do SUS denominada de **participação e controle social**. Dá-se por intermédio de suas entidades representativas. A participação popular na gestão da saúde é prevista pela Constituição Federal de 1998, em seu artigo 198, que trata das diretrizes do SUS a efetivação deste se dá por meio de instrumentos normativos e da criação legal de espaços institucionais que garantem a participação da sociedade civil organizada na fiscalização direta do executivo nas três esferas de governo.

O que vimos, portanto, foi o avanço constitucional, com garantias e Direitos resguardados na letra da lei, mas devido aos ataques que se iniciam nos anos 90, por intermédio do Projeto Privatista ancorado no ideário neoliberal, ainda não foi possível se efetivar as propostas de um SUS único, universal, equânime e igualitário que represente todos e para todos. Pelo fato de que ambos os projetos tanto o de Reforma Sanitária quanto o Projeto Privatista, possuem respectivamente características e caráter contrários em sua materialidade e se mantêm numa correlação de forças opostas, até os dias atuais em disputa.

Ademais se constata também na atualidade um desrespeito pela ausência de uma prática de promoção da saúde de forma real e agressiva, inclusive por meio de ações Inter setoriais não fundáveis e coordenadas, o que tem sido relevante para a manutenção de um quadro típico em países subdesenvolvidos com incidência de doenças que há muito não mais fazem parte do mundo civilizado, onde a dengue pode ser considerada como um exemplo.

Ao mesmo tempo também acaba gerando uma demanda crescente por determinados tratamentos de maior custo e com técnicas e procedimentos mais especializados, colocando assim em xeque não só a capacidade de financiamento, mas o próprio sistema como um todo.

Essa opção político econômico ideológico do projeto privatista que vem a décadas se tornando cada vez mais real, torna a população brasileira dependente e, em muitos casos, totalmente refém do setor privado/contratado, principalmente nos serviços de referência e especialização que vem sofrendo grandes cortes no que se refere aos procedimentos de alta complexidade, como os transplantes, uma vez que estes estão a cargo exclusivamente do SUS. Logo, o SUS enquanto proposta

universalizante e que atenda as necessidades da população brasileira, acaba perdendo visibilidade de conquista positiva e ganhando imagem negativa, de serviço precário e sem investimentos, diante das atuais propostas de força e agressividade trazidas dentro do modelo privatista.

“Definitivamente, a proposta de um sistema universal e integral como o SUS é incompatível com a coexistência de um sistema privado paralelo forte e pior, alimentado pelo próprio sistema público”.

JUNIOR, 2010 “A agonia do SUS”. Fonte: Folha de S. Paulo

2 OS IMPACTOS DA MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Discutiremos, neste capítulo, os impactos da mercantilização da saúde sobre os serviços de saúde. Para isso, iniciaremos a discussão sobre a definição e surgimento do projeto neoliberal no Brasil, dando enfoque as particularidades da racionalidade da contrarreforma na saúde pela adoção a esse modelo como proposta de reestruturação do Estado ao longo das gestões dos anos 1990 e 2000, buscando as principais características da política de saúde nesse período; em seguida, discorreremos sobre as estratégias do projeto privatista para a mercantilização da saúde buscando caracterizá-lo em linhas gerais para posteriormente realizarmos uma reflexão síntese das estratégias utilizadas pelo Estado por meio da Organização dos serviços de Saúde – OSs e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh suas principais estratégias e as perspectivas que a fundamentam.

Ao final, analisaremos os impactos da adoção dessas propostas mercadológicas para os serviços de saúde na atualidade, bem como o reflexo dessa perspectiva para os profissionais atuantes na área, dentre eles **os Profissionais de Serviço Social**.

2.1 DEFINIÇÃO E SURGIMENTO DO PROJETO NEOLIBERAL NO BRASIL

Embora o enfoque do que será tratado a seguir, seja à entrada do modelo neoliberal no Brasil, se faz necessário situá-lo mundialmente, para que se possa posteriormente compreendê-lo a nível brasileiro. Portanto, falar de neoliberalismo é primeiramente sinalizá-lo dentro de seu processo fundante, ou seja, a crise capitalista.

Segundo Carcanholo & Baruco (apud MENDONÇA, 1990, p.45-58) a conversibilidade dólar euro pelos Estados Unidos em 1971 e a explosão dos preços do Petróleo a partir do final de 1973 dão a essa crise, que é estrutural do capitalismo, um sintoma daquilo que na verdade já se mostrava desde o final da década de 60 nos principais países da economia mundial.

Tais crises estão intimamente ligadas ao desenvolvimento, inspirado nos moldes liberais, buscando assim dentre outras questões, a livre concorrência de mercado, acabando por viabilizar as altas taxas de lucratividade.

Ademais a essa característica se tem o processo de reestruturação produtiva que por meio de novas tecnologias, permitirão uma produção mais flexível e capaz de satisfazer as novas exigências do mercado e assim de acordo com TEIXEIRA (1996, p.214) criar as condições para a oferta de bens e serviços necessários ao acompanhamento das mudanças de hábitos no consumo.

Assim sendo, o neoliberalismo é entendido a partir de concepções ideológicas e político-econômica, que tiveram respaldo nos processos de financeirização e reestruturação para a garantia e retomada da acumulação, enquanto resposta capitalista a sua própria crise, inspirada, sobretudo, nas clássicas teses liberais.

Pode-se afirmar que após o consenso de Washington demais países, assim como o Brasil, acabam se influenciando por esses ideários liberalizantes, acompanhados especialmente por fortes tendências Estatais de cunho reformista, marcadamente na entrada dos anos 90. Entretanto, a questão que se coloca não é apenas a de que o Estado seria mínimo em suas intervenções, mas, sobretudo, seria mínimo para o trabalho e máximo para o capital, o que nos termos de SADER (1999) seria um Estado “minimax”.

Assim sendo o caso Brasileiro adentra na perspectiva neoliberal, mais notoriamente a partir do governo Collor, que após o enfraquecimento das bases desenvolvimentistas se utilizará da sugestiva neoliberal, para estabilizar a economia brasileira, que nesta circunstância apresentará políticas de cunho regulatório. Tais políticas possuíam enquanto tarefa o desafio de conquistar novos canais financeiros internos que proporcionassem o aceleração desses capitais, com padrões acumulativos sobre orientações distintas das outras fases. A proposta apresentar-se-ia com maior flexibilidade, e com perspectiva de retorno acelerado.

Uma das principais medidas tomadas pelo governo Collor que demonstram tal atitude encontram-se no Programa Nacional de Desestatização – PND, segundo seu artigo 1º, Lei nº8031 de 14/04/1990.

CAMPOS (2011) destacam que dentre os mais desastrosos objetivos estão:

I – reordenar a posição estratégica do Estado na economia, transferindo á iniciativa privada atividades indevidamente exploradas pelo setor público;

II – contribuir para a redução da dívida pública, concorrendo para o saneamento das finanças do setor público;

III – permitir a retomada de investimentos nas empresas e atividades que vierem a ser transferidas á iniciativa privada;

IV – contribuir para a modernização do parque industrial do País, ampliando sua competitividade e reforçando a capacidade empresarial nos diversos setores da economia;

V – permitir que a administração pública concentre seus esforços nas atividades em que a presença do Estado seja fundamental para a consecução das prioridades nacionais;

VI – contribuir para o fortalecimento do mercado de capitais, através do acréscimo da oferta de valores mobiliários e da democratização da propriedade do capital das empresas que integrem o Programa.

Pode se notar que o plano de governo Collor era nada mais nada menos que, facilitar, flexibilizar e liberar, a entrada do capital internacional. Permitindo que a maioria da população acreditasse na ideologia de ineficiência do setor público, abrindo definitivamente a entrada massiva para determinados projetos privatizantes, como se deu na saúde por exemplo.

Esse tipo de postura de valorização ao capital internacional se manteve e se aprofundou no governo Fernando Henrique Cardoso, com as privatizações. Mas, retomando os pontos retirados do consenso de Washington, esse tipo de política já aparecia, uma vez que significava destinar ao capital privado as empresas lucrativas a baixo custo, financiadas pelo próprio Estado através de incentivos do BNDES; que por sua vez estão cada vez mais longes de cumprirem com suas finalidades de crescimento e desenvolvimento da economia brasileira.

O governo FHC – Fernando Henrique Cardoso -, com propostas privatizantes, acaba por propiciar uma redução significativa na capacidade empregadora, o que gera nessa conjuntura novas expressões da questão social. O exemplo do que Soares (2003, p.11) traz, considera-se a pobreza e a exclusão como algumas das “novas” resultantes da questão social que permeiam a vida das classes subalternas.

Bem como considerando MATTOSO (1999, p.31), que analisa o momento FHC, onde empregos formais foram dizimados, e se expandindo de maneira inusitada e trágica o desemprego e a precarização das condições e relações de trabalho.

Assim sendo, Fernando Henrique Cardoso acaba por empregar uma política de submissão aos interesses internacionais, ao adotar o neoliberalismo como ideologia e as políticas privatizantes como propostas de enfrentamento a crise, tornando o Brasil um país ainda mais subalternizado a tais interesses, em que o único beneficiário é o grande capital.

2.2 AS ESTRATÉGIAS DO PROJETO PRIVATISTA PARA A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE.

O Projeto Privatista de acordo com BRAVO (2008) pode ser caracterizado em linhas gerais dentre outras características, pela intervenção mínima do Estado onde tendem a transferir a empresas e organizações de iniciativas privado-particulares, aquilo que seria de responsabilidade e **custo** público. Essas possuem ações e estratégias de mercantilização e buscam diminuir também os gastos sociais com a argumentativa conjuntural de déficit financeiro, ou seja, imprimem a lógica do “mínimo para o pobre e máximo para o capital”, esta última afirmativa de acordo com NETTO (2001).

Com a bibliografia utilizada e já demarcada nos capítulos anteriores, podemos perceber que tais estratégias adentraram mais profundamente no Brasil, durante o governo Collor e FHC. Entretanto, durante os anos posteriores, com os demais governos eleitos, percebe-se ainda, que se mantém tal perspectiva de projeto neoliberal, mesmo que sobre os últimos apareçam de forma obscurecida pelo então ideário inicial que o PT (partido dos trabalhadores) adotava. Ou seja, de defesa dos interesses da classe trabalhadora, demarcando assim, uma posição à esquerda, e cujo proletariado mantinha esperanças de rompimento com os interesses do grande capital.

Sendo assim, nos anos posteriores tem-se a sucessão da presidência da República, pelos candidatos pertencentes a tal partido. O primeiro candidato Luiz Inácio Lula da Silva realizou dois mandatos consecutivos, e atualmente o partido ainda se mantém no poder com a Presidenta Dilma Rousseff.

É importante salientar que tal partido inicialmente, possuía propostas bem diferenciadas, onde segundo Iasi (2012) se mantiveram até a década final de 80 e início da década 90, dentro de uma postura anticapitalista, com projetos que apontavam para o socialismo.

Após 1988, com o advento da constituição, percebe-se que o PT, de banda de forma sutil para outros rumos e propostas, o que autores como **Mauro Iasi** entendem como direitização, pois possuíam ideários contrários aos de ruptura com o grande capital.

Nesta direção, Demier (2008) aponta que o partido transita de um projeto original socialista, embora um socialismo mal definido, para a linha da socialdemocracia. Ou seja, sem ter passado pelo Estado de Bem Estar Social com políticas sociais redistributivas. Com os governos de Lula e Dilma, esse processo de transformismo político do partido, finalmente, se completaria.

Sendo assim, Arcary (2011) sinaliza que os governos do PT tem sido uma experiência de “um reformismo quase sem reformas” ou governos quase sem reformas progressistas e muitas reformas reacionárias ou contrarreformas.

A contrarreforma da Previdência Social, ocorrida no governo Lula, realizou, no âmbito do serviço público, ações restritivas de direitos que não conseguiram ser implementadas durante a gestão FHC. Há uma redução de direitos do mundo do trabalho, a privatização dos recursos públicos e a ampliação dos espaços de acumulação do capital.

Granemann (2004) destaca que a especulação financeira, promovida pelos fundos de pensão, atinge o Estado por meio dos investimentos em renda fixa que têm como importantes fontes de suas aplicações os títulos públicos.

Sistematicamente e diria mesmo de forma absolutamente irresponsável, têm-se colocado na conta do histórico, a justificativa para as mazelas do Sistema. Esse tem sido o discurso particularmente de gestores e até de ex-gestores e ex-ministros, talvez como forma de justificar a falta de resposta e a falência das suas gestões. É mais que óbvio que o SUS é subfinanciado! Isso é notório sob qualquer ótica que observemos.

Entre 2002 e 2011, por exemplo, ²a soma dos recursos federais destinados à área de saúde teve um incremento absurdo, logo, o primeiro grande equívoco do governo Lula, e que continua se aprofundando no governo Dilma, foi o **avanço da privatização das ações e serviços**, através da contratação de forma substitutiva à rede pública, de serviços privados, desvirtuando e desrespeitando solenemente a

²Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS (esfera federal) e SIOPS (esferas estadual e municipal), extraídos em 12 de junho de 2015.

Constituição Federal e a lei orgânica do SUS (Artigo 8o da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990).

As estratégias para a mercantilização da saúde apresentam-se atualmente de diferentes formas: Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direito Privado, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIPs, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH e Parcerias Público-Privadas.

Entretanto, serão tratadas nesse capítulo apenas duas dessas estratégias considerando-as como enfoque principal utilizado para a atuação do projeto privatista na saúde. Logo abarcaremos as questões de forma crítica que envolve apenas os modelos de gestão apresentados pelas Organizações Sociais de Saúde, e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, justificando para tal o fato de que ambas possuem propostas mercantilizantes para os serviços de saúde.

Assim sendo, tratar das Organizações Sociais de Saúde e da Ebserh é primordialmente entender seu surgimento, sua intencionalidade e sua significância para a sociedade, assim como quais são as "sequelas" em adotar tal modelo, e, principalmente porque se pode caracteriza-las enquanto uma estratégia de mercantilização da saúde pública brasileira.

2.2.1 As Organizações Sociais de saúde - OSs.

Cabe aqui abriremos alguns parágrafos para expor que estamos nesse momento atravessando processos de transformação da economia e do engendramento das administrações públicas, no sentido financeiro e econômico. Em face de um contexto de precário planejamento institucional de governos cada vez mais reféns de suas dívidas políticas e financeiras, restaria, equivocadamente, a culpa das incapacidades em cumprir a Constituição Federal para ela mesma.

A Constituição de 88, sob esse âmbito de análise, passou a ser tida como uma verdadeira fonte de mais e mais burocracia e também de mais e mais ineficiência, assim como passou a figurar como causa crítica, independentemente da avaliação singularizada de governos passados e presentes, do acirramento de várias frentes de endividamento estatal (funcionalismo público, crescimento explosivo do número de municípios, maior controle por processos e não por resultados etc.).

Segundo essa lógica e em unissonância com correntes econômicas (diz-se do ismo "neoliberal") pela redução da intervenção e do tamanho do Estado, em 1995, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) lançou as bases do projeto governamental brasileiro de reestruturação do aparato estatal, não só enquanto "resposta à crise generalizada do Estado", mas também, segundo o discurso político vigente, enquanto "forma de defendê-lo como '*res publica*'", o que determinou, segundo o próprio Plano Diretor, o caráter "imperativo" da reforma anos 90. (PDRAE, 1995:15).

O discurso governamental, à época do lançamento do plano, era pensar a crise sob o foco do desafio de sua superação, donde a noção de que havia que se "reformular", "reconstruir" o Estado, "de forma a resgatar sua autonomia financeira e sua capacidade de programar políticas públicas". (1995:15)

O desafio da crise diante da necessidade de reformar o Estado é tarefa, segundo o PDRAE, para o conjunto de toda a sociedade, tratando-se de um "projeto amplo", "enquanto que a reforma do aparelho do Estado tem um escopo mais restrito: está orientada para tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania". (1995:17)

Focando sobre a perspectiva mais ampla da reforma do Estado, o PDRAE determina que tal reforma deva ser entendida e, conformada a partir do contexto da "redefinição" do seu papel. Redefinir o papel do Estado seria, segundo a lógica governamental, fazer com que ele abandonasse a responsabilidade direta pelo "desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento". Em termos mais claros, para o PDRAE, "reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado". (1995:17)

Atendendo à premência de se gerar cada vez mais eficiência na abordagem introduzida pelo PDRAE sobre a organização estatal brasileira, foram constituídos na visão de MODESTO (1998) e ROCHA (2002), no setor de atividades não exclusivas (também chamado de terceiro setor) movimentos específicos de transferência da responsabilidade direta do Estado pela prestação de serviços e pela produção de bens para a iniciativa privada.

Sendo assim, o movimento ocorrido, em relação à esfera do público não estatal, se deu no sentido de institucionalizar como "**Organizações Sociais**", no

seio do Direito Administrativo, os entes da sociedade organizada sem fins lucrativos, atuantes no ³ “terceiro setor”, o que foi proposto a partir da possibilidade de tais entidades receberem esta qualificação jurídica, em conformidade com um processo de “publicização” previsto na ⁴Lei n.º 9.637/98,

Entretanto, utilizando MONTAÑO (2002, p.288) é possível entender, através da explanação realizada pelo autor sobre a crítica ao padrão emergente de intervenção social, que tais ações como estão sendo consideradas “salvacionistas” e que abarcam um conjunto (em constante crescimento) de entidades, conhecidas por sigla, e em língua portuguesa, ONG ou Organização não governamental. Essas organizações, juntamente com outras buscam, porém, objetivos não tão idealistas quanto fazem crer. E assim sendo, compõem um elenco de entidades que se agregam sob o rótulo de Terceiro Setor. Logo, o autor defende em sua tese de doutorado que, essas são um pretense substituto da Sociedade Civil e desenvolvem ações que, em última instância, pode ser dizer que, estão voltadas para destruir a Sociedade Civil, naquilo que se pode entender a partir do conceito de Gramsci, de que é construída a partir da ação política da população pela organização de base, que é a estruturadora do Estado por meio dos movimentos sociais, por exemplo. Sua preocupação, neste é fazer cair à máscara de um Terceiro Setor “bem intencionado”, anticapitalista e ante estatista, que estaria trabalhando pela causa do resgate da miséria humana consumada em todas as mais nefastas formas de exclusão social vivida pelos homens, mulheres, velhos e crianças de nosso mundo hoje.

Conforme se extrai de seu texto se dá justamente o contrário disso (isto é, o não resgate). O que fazem as organizações do Terceiro Setor é agudizar e reforçar a indigência.

Ainda sobre a letra da Lei que instituiu as OSs, esta prevê a extinção do órgão público responsável por áreas sociais decisivas como a Saúde, incluindo os

³Entende-se por terceiro setor na visão de MODESTO (1998) e ROCHA (2002), a composição desta, basicamente por pessoas jurídicas de direito privado regidas pelo código civil, constituídas sob a forma de associações ou fundações. Leia mais em: <<http://www.webartigos.com/artigos/serviços-publicos-sociais-e-o-terceiro-setor/22716/#ixzz414pi30lr>>

⁴BRASIL. Caderno Ministério da administração Federal e reforma do estado – MARE da reforma do estado – a reforma do aparelho do estado e as mudanças constitucionais. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivos/publicação/seges/PUB-seges-mare-caderno06.>> Acessado em 25 de junho de 2015.

Hospitais Universitários, Assistência Social, Cultura, entre outras – bem como a absorção de suas atividades por uma entidade privada. Significa na prática, que a transferência da gestão e das atividades das políticas públicas para o setor privado, se dará mediante repasse de recursos financeiros, de equipamentos, de instalações **públicas** e de pessoal, nas áreas através das quais o **Estado viabiliza** (ou inviabiliza) os direitos sociais garantidos legalmente. Tal raciocínio legal, acaba subtraindo aos Tribunais de Conta a prerrogativa constitucional de fiscalizar os resultados e a economicidade dessas apropriações de recursos públicos, pois foram concebidas como instrumento de viabilização e implementação de Políticas Públicas⁵.

As organizações da sociedade civil têm como objetivo “formal” da chamada Lei das Oss 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).

Como já foi demonstrado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e a implementação das Organizações Sociais caminharam juntos. Por isso, não é de se estranhar que o anteprojeto de lei e o Decreto de Regulamentação das OSs também foram elaborados em 1995. Nestes documentos as OSs tinham o papel de garantir a descentralização entre as três esferas de governo (União, Estados e Municípios).

As sequelas em adotar tal modelo de gestão são catastróficas, o que a partir da legislação formulada, as Organizações Sociais ao gerenciar um serviço público podem:

a) Contratar trabalhadores através do regime CLT, ou seja, sem concurso público. Esta é uma forma de acabar com o direito de estabilidade no emprego, algo próprio do funcionalismo público. Os trabalhadores ficam a mercê das verbas transferidas pelo governo para as OSs, e também dos jogos políticos que envolvem o contrato. Caso haja corte de verbas, o contrato seja cancelado, ou exista qualquer outro interesse da OS, muitos trabalhadores podem ser demitidos de uma hora para outra.

⁵PINTO, Élide Graziane. Artigos publicados em <<http://jus2.uol.com.br>> Plano Diretor da Reforma do aparelho estatal e organizações sociais. Uma discussão dos pressupostos do “modelo” de reforma do Estado brasileiro, agosto. 2000. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br>>

Além disso, o regime CLT amplia a competição entre os próprios trabalhadores, os quais sempre estão pressionados a se sujeitar aos interesses do empregador e não necessariamente do serviço. O regime CLT, também aprofunda a divisão entre os trabalhadores, já que existem funcionários públicos e celetistas trabalhando juntos, os quais possuem necessidades e interesses muitas vezes diferentes. Ademais, os celetistas possuem maior dificuldade em lutar por seus direitos, já que podem ser facilmente demitidos. Por fim, uma última questão com relação ao regime CLT, é que este tipo de contratação permite o “empreguismo” e o favorecimento político.

b) Os servidores públicos podem permanecer no serviço quando a OS passa a gerir o mesmo, mas deve-se salientar que estes servidores passam a desenvolver atividades para o setor privado.

c) As OSs, a partir do contrato de gestão, recebem recursos orçamentários do governo. No entanto, mesmo as OSs sendo instituições privadas, as mesmas não necessitam de licitação.

d) Não há algo que regulamente as compras e contratos feitos pelas OSs, ou seja, estas instituições podem usar o dinheiro público da forma que quiserem.

e) A OS não necessita prestar contas sobre seus processos de contratação e aquisições de bens e serviços a nenhum órgão de controle da administração pública, já que estas são atribuições do Conselho de Administração, composto por membros que em sua maioria é indicado pela própria OS. Desta forma, pode-se constatar a falta de transparência no uso de recursos públicos pela OS.

A fiscalização do Estado se dá através de uma comissão de avaliação, que avalia os relatórios elaborados pela OS. Estes relatórios têm como central dados referentes ao cumprimento das metas.

A partir dos mecanismos de funcionamento das OSs citados acima, pode-se compreender como estas entidades sem fins lucrativos lucram. Afinal, estando tudo sobre controle do Conselho de Administração, o excedente de verba pública pode ir diretamente para os bolsos dos dirigentes das OSs, como forma de remuneração.

Quando a Lei das OSs estabelece que sejam qualificadas nesta condição somente as entidades privadas sem fins lucrativos, assim como a Lei das OSCIP, mas concedem aos seus respectivos Conselhos de Administração a prerrogativa de dispor sobre o plano de cargos e salários e benefícios dos seus ‘empregados’, estão dispendo, em outras palavras, da possibilidade de utilizar-se de eventuais excedentes operacionais.

Sejam eles brutos ou líquidos dividendos ou bonificações; auferidos mediante o exercício de suas atividades, distribuindo-os entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores ou empregados, na forma de suas remunerações, tais como em salários, gratificações, auxílios e benefícios diversos” (Rezende, 2008).

2.2.2 A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH.

Foi editada em dezembro de 2010 a Medida Provisória nº 520 que concebe a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. (EBSERH). No entanto, devido ao esgotamento do prazo para a sua votação no Senado, o seu conteúdo foi retomado através do Projeto de Lei nº 1.749/2011, que “autoriza o Poder Executivo a criar a EBSERH como empresa na estrutura do Estado, de natureza privada e sob a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos”.

De acordo com BRAVO & MENEZES (2011) trata-se de uma Empresa pública sob a forma de sociedade anônima, com personalidade jurídica de direito privado. Constitui uma via de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro - 46 Hospitais Universitários. A EBSERH desvincula na prática os Hospitais Universitários das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), comprometendo a formação e qualificação dos profissionais de saúde que trabalham na saúde pública e a produção do conhecimento na área de saúde. Os “novos modelos de gestão”, apesar de suas diferenças internas, integram a estratégia de contrarreforma do Estado, pois têm a mesma natureza de repasse do fundo público para o setor privado, flexibilizando a gestão e os direitos sociais e trabalhistas, e privatizando o que é público.

Na área da saúde circula um grande volume de recursos, e o setor privado tem muito interesse em administrá-los. Trata-se da tendência em curso do

fundo público ser colocado a serviço do financiamento da reprodução do capital. Não satisfeito apenas com o livre mercado da saúde, o setor privado busca, por dentro do Estado, se apropriar dos recursos disponibilizados à política pública da saúde. Está em curso um processo de privatização do setor público e um ataque aos direitos sociais e trabalhistas, historicamente conquistados.

As alternativas de modalidades de gestão propostas pelos governos, desde a segunda metade da década de 1990, estão baseadas no repasse da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde para grupos privados, através de “Contratos de Gestão” e de “Termos de Parcerias”, mediante transferências de recursos públicos. Isto significa transferência da gestão das atividades das políticas públicas para o setor privado mediante repasse de recursos, de instalações públicas e de pessoal.

A EBSEH sustenta no argumento de uma suposta modernização da gestão, para abrir na verdade, a possibilidade de se resolver os problemas de subfinanciamento, por meio da articulação de interesses privados, prejudicando o atendimento ao público e à comunidade acadêmica das Universidades. Sem contar os ataques aos direitos sociais que tais lógicas de gestão trazem em si, uma vez que os contratos trabalhistas serão pela via CLT, pois a contratação de pessoal técnico e administrativo poderá ocorrer por tempo determinado, podendo ser via processo administrativo simplificado inclusive. Logo, significaria a total fragilização das relações de trabalho e os servidores da EBSEH também serão regidos pela CLT.

Sendo assim, não terão estabilidade nem tantas outras conquistas dos trabalhadores do setor público, tais como: incentivo à qualificação; progressão funcional por mérito; relativa autonomia profissional; etc.

Amparada nas leis 8.745/93 e 4.748/03, a nova empresa poderá contratar pessoal por tempo determinado. Caso o trabalhador seja demitido antes do término do contrato temporário, receberá apenas metade das indenizações trabalhistas previstas na CLT. Após o término do contrato, não fará jus à indenização trabalhista prevista na CLT, nem poderá mais exercer suas funções na empresa por um período mínimo de dois anos.

A isto se denomina privatização do público, ou seja, apropriação por um grupo privado (denominado “não estatal”) do que é público que no seu pano de fundo busca mercantilizar a saúde, pois, qual seria o interesse de um grupo privado

em assumir a gestão de um serviço social público que não seja o interesse econômico? Ou ainda, qual a lógica que rege o setor privado que não seja a lógica do mercado e a busca incessante do lucro?

Devido a essas e outras questões que se pode afirmar que tais projetos, propostas e ações de gerenciamento por meio de organizações e empresas de caráter privado com base no apoio governamental, estão na verdade retrocedendo ao sistema dual de saúde, onde se privilegia o segmento privado por meio de iniciativas de seguro, em detrimento do público, sendo o segundo caracterizado pela concepção de direito à saúde versus aquele que se dá a partir do poder de compra, inserção no mercado de trabalho e pelo financiamento total ou parcial pelo empregador. MENICUCCI (2006).

Não existe nenhuma outra lógica a não ser a de mercantilização da saúde que possa demarcar os reais objetivos dessas organizações e empresas. É um retrocesso significativo daquilo que se conquistou por meio das lutas e mobilizações sociais.

2.3 OS IMPACTOS DA MERCANTILIZAÇÃO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE e NA CONFIGURAÇÃO DO SUS CONSTITUCIONAL.

A política de Saúde brasileira vivenciou, ao longo dos anos influenciados por mudanças significativas dos aspectos políticos, econômicos e sociais, avanços e retrocessos. Em alguns períodos já anteriormente demarcados, representou a intenção de cooptação da classe trabalhadora e a necessidade de reestruturação econômica do país, por meio da dinamização econômica do setor, e em outros, representou o avanço do movimento de Reforma Sanitária e das mobilizações sociais com o advento da constituição, por exemplo.

Mesmo em governos cujo discurso persiste na preservação dos direitos constitucionais e no fortalecimento dos preceitos do Sistema Único de Saúde, como do PT, verificamos o adensamento da precarização dos serviços públicos, por meio da lógica de privatização da saúde, inclusive nos governos Dilma com o retrocesso de direitos previdenciários por exemplo.

Pudemos notar que o atual perfil da Política de Saúde, sob a lógica de precarização, focalização e privatização acaba por se expressar concretamente no âmbito das instituições públicas de atendimento à saúde, sob diversas formas,

dentre elas sobre as condições de saúde da população e sobre as possibilidades de atendimentos a essas necessidades.

Como forma de expor que esse perfil atual da política social de saúde vem rebatendo no contexto das instituições e nas condições de vida dos usuários em forma de prestação de serviços, tomamos como base bibliográfica diversos autores que convergem em suas reflexões, entretanto os de maior embasamento serão os retirados do sítio Frente Nacionais contra a Privatização da Saúde, bem como alguns exemplares dos Cadernos de Saúde que serão utilizados como argumentativa.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde foi criada no final do Seminário Nacional "20 anos de SUS: Lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal", na UERJ/RJ, nos dias 22 e 23 de novembro de 2010. A mesma é composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários tem por objetivo defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 80. Leia-se mais em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>.

Nesse contexto, verificam-se diversas formas de precarização dos serviços de saúde, desde a estrutura física das unidades de saúde, com dezenas de espaços em manutenção e/ou em estado de precarização de determinados setores ao atendimento, principalmente no serviço de emergência, onde a falta de equipamentos essenciais aos atendimentos são comuns, fatos estes que rebatem diretamente na qualidade dos atendimentos prestados a população e dos serviços, diante de tamanha complexidade de funcionamento das unidades de saúde como um todo.

De acordo com a análise realizada por OLIVEIRA (2015) é possível verificar no âmbito das considerações tecidas pela autora, a ausência nos serviços de saúde da interface com as demais redes.

Outro aspecto relevante é a lotação das unidades de emergência e de alta complexidade sejam em âmbito Federal, Municipal ou Estadual que por apresentarem melhores condições de diagnóstico e tratamento, acabam por gerar uma absorção das demandas reprimidas e advindas das unidades básicas de saúde. Esse aspecto de acúmulo nas unidades de alta complexidade e de emergência como um todo, torna-se dentre outros, fruto de um não estudo para o

conhecimento adequado das demandas de saúde, de uma determinada área populacional, ou territorial. Assim, muitos serviços são fragmentados, atuam de maneira isolada, sendo incapazes de prestar um cuidado contínuo e integral à população. Mendes (2010) afirma que, nestes contextos, a atenção primária não consegue exercer seu papel de coordenadora das redes de atenção e das linhas do cuidado que as pessoas necessitam.

Os gestores desta e das diferentes instituições como um todo, bem como os diversos profissionais inseridos nas unidades e demais serviços, muitas vezes são apontados como os principais responsáveis pela péssima qualidade dos serviços. Na verdade o que se deve levar em consideração, é que esses sujeitos também estão inseridos em uma lógica muito mais complexa, de precarização das suas próprias condições de trabalho, envolvendo suas relações contratuais, suas possibilidades de atuação, e até mesmo o despreparo para o exercício profissional.

Não existem planos de carreira, perspectivas de formação, treinamento e aperfeiçoamento de serviços que possam dar conta das demandas atuais impostas por uma relação desigual de expropriação e apropriação da força de trabalho humana dentro da perspectiva capitalista.

Logo, desmobilizados, desmotivados e desvalorizados pelo atual regime de concurso público, o corpo profissional do setor saúde em sua maioria, troca a dedicação aos pacientes e as instituições de saúde pública, enquanto servidores pelo corporativismo, e/ou obrigam-nos a optar por contratações privadas que lhes acenam com alguma perspectiva de melhoria salarial ou funcional, como as propostas pelas Oss e EBSEH, a exemplo. O corporativismo aqui empregado é difundido no Brasil basicamente pela constatação essencialmente, enquanto expressão de interesses "egoístas" e imediatos de categorias profissionais. Outro uso frequente do termo, também agregado à representação sindical, está na vinculação ao fascismo e, no Brasil, a toda a estrutura sindical historicamente assentada na legislação corporativa pós-30. O corporativismo, portanto, é uma presença constante e inevitável quando se fala em defesa de interesses em nosso país.

Ao lado da desmotivação no exercício profissional dos trabalhadores da saúde, corre por fora o clientelismo em paralelo ao setor público de saúde todo um jogo de interesses que acaba sendo o principal elemento responsável pela política de lotação de pessoal. O termo Clientelismo segundo NUNES (1997, p.27) tem

raízes nas sociedades rurais, significando “um tipo de relação social marcada por contato pessoal entre patrons e camponeses”, com grandes desigualdades entre eles, e uma série de laços pessoais. A relação estabelecida funda-se num sistema de valores sustentado em critérios pessoais e não universalistas, em que a troca de bens tem um caráter generalizado, ou seja, inclui promessas e expectativa de retornos futuros.

Segundo o autor, ao clientelismo vigente desde a República Velha, foram sendo incorporados os demais padrões de relação entre Estado e sociedade, constituindo um sistema sincrético, de acordo com a orientação de diferentes governos. Além disso, tanto as instituições formais como os grupos sociais, podem atuar em consonância com uma ou mais dessas gramáticas. O clientelismo aqui adotado como argumentativa, faz menção a priorização dos interesses privados, impedindo de certa forma o fluxo normal dos interesses públicos, promovendo na prática caminhos perversos aos das políticas públicas.

Logo, o corporativismo, associado ao clientelismo trazem efeitos negativos no próprio gerenciamento das ações em saúde pública.

Com isso acaba-se por colocar em prática em todos os níveis de atenção, o estímulo a mercantilização do trabalho médico particularmente, beneficiado diretamente por uma realidade caracterizada por uma indiscutível reserva de mercado.

Com a rede própria do SUS fragilizada e os profissionais médicos optando pelo exercício profissional na rede privada contratada/conveniada, a população e os gestores ficaram totalmente reféns da lógica imposta pela rede privada e das corporações profissionais organizadas em instrumentos de intermediação de mão de obra denominados “cooperativas”, formando verdadeiros cartéis pelo país afora.

Os hospitais públicos ou postos de saúde mesmo distantes, localizados fora das cidades ou nas periferias metropolitanas, estão quase sempre com falta de pessoal, enquanto que outros bem situados, contam com um número de médicos superior ao número de leitos, ou ate mesmo um quantitativo significativo de leitos desocupados, pela inexistência momentânea ou pela falta real de insumos e equipamentos necessários aos procedimentos diagnosticados e pertinentes ao tratamento.

Pesquisas do IPEA⁶ referentes ao Planejamento de Políticas Públicas nos anos de 1995 até os anos 2000 já retratavam em seus estudos a existência de coparticipação dos usuários nos serviços de saúde Público e/ou privado, para o atendimento e demais questões. Logo, não é raro encontrar, situações em que o paciente tenha que remunerar “por fora” o médico, para que seja atendido em sua demanda, ou então situações onde o usuário é desviado para os consultórios particulares com a promessa de um atendimento melhor e mais rápido, a depender do tratamento e da intensidade do diagnóstico.

CONILL, E. M. et al 2008 refletem sobre algumas práticas profissionais de operação, de forma que “operam” dentro do público com o privilegiamento das demandas de saúde mais emergenciais, onde em muitos casos deveriam prezar pelo tratamento e cuidado. Acabam assim, por realizarem dentro do espaço público um “mix” consultório particular x consultas públicas, com encaminhamentos diretos pela via do “conhecimento entre profissionais” (via do favor) atuantes na área, dos diversos usuários dos serviços públicos. Constituindo uma entrada subterfugiada que não diria ilegal, mas no mínimo injusta, se for considerada a entrada atual e tradicional proposta pelo SISREG desenvolvido pelo DATASUS, que visa agilizar e garantir qualidade ao processo de regulação nacional, que é de se saber já apresenta alguns problemas no acesso ao mesmo, como longa demora em consultas e exames, ocasionando a milhões de usuários o agravamento da doença. De acordo com o folder divulgado pelo próprio ministério da saúde, no sítio <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002759.pdf> acessado em 18 de julho de 2015, os maiores problemas são:

- Nas vagas de internação, quem pede primeiro é atendido primeiro, sem levar em conta a gravidade do estado de saúde do paciente;
- Profissionais de saúde “reservam” leitos com base na influencia pessoal;
- Estabelecimentos de saúde recusam pacientes SUS de um dia para o outro;
- Municípios com capacidade instalada sofrem com a invasão de pacientes de outros municípios, e seu orçamento para a saúde estoura;
- Filas imensas nos serviços de marcação de consultas e exames;

⁶IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br> acessado em 28 de julho de 2015.

- Sobrecargas nos serviços de pronto socorro, que atendem a casos não urgentes, justamente pela dificuldade de acesso da população aos serviços de assistência a saúde;
- Os pacientes são encaminhados de modo assistemático.

Outro setor extremamente sucateado é o de administração de material. A ausência de uma política de compras e a falta de controle de estoques de materiais, medicamentos, e insumos em saúde, bem como a inexistência de uma “logística” de distribuição, tem acarretado sérios problemas como o desabastecimento e a não substituição das peças referente aos equipamentos e aparelhos em desuso, que são de extrema importância para o diagnóstico. Os usuários são colocados em situações de total pressão e desgaste ao terem que recorrer a outras unidades por conta própria e risco, assumindo o custo destes deslocamentos e muita das vezes dos exames.

Com isso cria-se um ambiente ideal para a proliferação da saúde suplementar, fomentando a criação inclusive de planos de saúde privados, estimulados pelo surgimento de uma clientela emergente beneficiada pelo crescimento da economia no primeiro governo Lula e pelas políticas governamentais compensatórias e de financiamento individual até os dias atuais com o governo Dilma.

Esse modelo adotado no SUS é caracterizado basicamente por um financiamento executado a partir de procedimentos realizados, ou seja, na lógica de mercado que sabemos bem, é absolutamente incompatível financeira e politicamente, com uma ideia de Sistema de saúde que se propõe universal e integral. Um serviço privado, com ou sem fins lucrativos, que opera na lógica de mercado e, por conseguinte, na busca do lucro num caso ou de se viabilizar nesse “mercado”, no outro, sempre terá a necessidade de aumentar os valores cobrados pelos procedimentos que realiza. O resultado é a impossibilidade de financiamento público pleno e a consequente exclusão das pessoas, submetidas às filas⁷ e ao processo de judicialização.

A pesquisa “A saúde na opinião dos brasileiros” realizada em 2003 pelo Instituto Vox Populi, por iniciativa do CONASS, mostrou que o tempo de espera é,

⁷A fila não se limita a uma fila de espera no sentido de agendamento para atendimento posterior, com espera fora do sistema, mas, pelo contrário, implica na presença física do paciente, frequentemente em condições precárias, em macas ou leitos improvisados, situação particularmente perversa no caso de pacientes graves, crianças e idosos.

de longe, a principal fonte de insatisfação dos usuários com o SUS. Nada indica que essa percepção tenha se alterado nos últimos anos. Segundo a pesquisa, cerca de 70% dos entrevistados que foram a algum estabelecimento do SUS apontaram o tempo de espera (para obter consultas, exames, internações e outros serviços), como o principal problema que enfrentam no sistema público de saúde. A magnitude dessa questão é de tal ordem para o usuário, que o segundo problema (tratamento descortês ou desrespeitoso) foi de apenas 5% da “soma ponderada das respostas (múltiplas) espontâneas”. (CONASS, 2003)

O Sistema Único de Saúde - SUS, infelizmente, ainda não monitora de forma sistemática os prazos de espera para internações, consultas ou exames, e nem o tamanho das filas para esses procedimentos, salvo no caso de transplantes de órgãos.

Ao contrário do Brasil, a experiência internacional sobre filas em saúde é bastante expressiva e amplamente divulgada. Como também o é a investigação de caráter teórico, gerencial e empírico para compreender e tratar este problema⁸. Austrália, Canadá, Inglaterra e Estados Unidos (esse último no que se refere aos transplantes) oferecem dados bastante detalhados sobre as filas de espera na internet, permitindo que o cidadão comum acompanhe quantas pessoas e por quanto tempo, por exemplo, estariam esperando por determinado tipo de cirurgia uma área específica do seu território, ou em determinada instância do sistema de saúde.

Fenômeno comum aos sistemas públicos de saúde de acesso universal, quase sempre acompanhado do atendimento impessoal, as filas podem e devem ser administradas. Ao contrário do que indica o senso comum, nem sempre maior volume de recurso reduz as filas embora isso possa, obviamente, ocorrer. Os tempos de espera para alguns procedimentos selecionados, como internações gerais, transplantes, gravidez, parto e puerpério, foram estudados por MARINHO (2004 e 2006) e MARINHO e CARDOSO (2006). Os resultados dos estudos demonstram que a espera nas filas do SUS, de um modo geral, é elevada. Para os transplantes, à exceção dos de coração, todos os prazos são superiores a um ano, podendo chegar a mais de cinco anos para rim.

⁸ Uma visão geral inicial teórica sobre o tema encontra-se em CULLIS, JG; JONES, PR e PROPPER, C. Waiting Lists and Medical Care Treatment: Analysis and Policies. In, Handbook of Health Economics, vol. 1B. A. J., vol. 1B. A.

Observadas tais características no setor saúde pode-se considerar que exista outro sucateamento a se analisar futuramente, o sucateamento também da moral e da ética. Pois tomam como base em atendimentos, a ideia de ajustamento dos preços tanto dos serviços privados quanto no setor público com apoio do Estado, a se atraírem as propostas de ganhos, por meio de contratos não licitatórios. Instalando-se assim, uma política de fraudes, uma vez que os profissionais encontram nessas, uma forma de aumentar a remuneração individual.

Assim sendo, as fraudes nos estabelecimentos de saúde via OSs e demais organizações e empresas, podem por um lado ser decorrência de uma Política mercadológica, mas, sobretudo pela constância de que tais práticas criam uma degradação da própria consciência ética, abrindo a possibilidade de que esse setor passe a ser também um fraudador.

Com todos estes privilégios, a participação da iniciativa privada que, segundo a CF/88, era para acontecer de forma complementar no SUS, acabou tomando conta de quase todo o sistema de saúde nos municípios e estados que criaram as condições de existência das OSs.

“O que ocorreu, de fato, com as terceirizações previstas na Lei das OSs foi à transferência, pelo Estado, de suas unidades hospitalares, prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos e, muitas vezes, pessoal para a iniciativa privada”. (Rezende, 2008).

Em São Paulo, um dos estados que mais investiu na implementação das OSs na área de saúde, tem aumentado de forma gritante os gastos com estas instituições (114,14% entre 2000 e 2007). Sendo que os gastos com pessoal caíram de 53,58% em 2000 para 39,6% em 2007. Percebe-se aqui a aplicação da Lei de Responsabilidade Fiscal e sua serventia, ou seja, investir no setor privado em detrimento da manutenção do funcionalismo público.

“No entanto, o governo do estado de São Paulo justifica estes números, dizendo que as Organizações Sociais permitiram maior produtividade com menor custo, em comparação com a administração pública. Porém, é preciso ressaltar que esta produtividade é baseada em metas traçadas a partir de uma lógica empresarial, o que é estranho à produção de saúde. Isso porque, a promoção de saúde deve estar relacionada com a necessidade dos usuários de saúde e não a números previamente calculados, ou seja, a metas. Isso implica em ‘... sacrificar a qualidade do atendimento para ter maior rendimento e atingir as metas’” (Raul Marcelo, 2008).

Além disso, é por conta das metas que alguns tipos de atendimento em saúde são mais valorizados em detrimento de outros.

Assim, o trabalhador de saúde perde sua autonomia em elaborar a melhor forma de responder a demanda dos usuários de saúde e passa a ficar engessado no cumprimento de metas. É por isso que o regime CLT para contratação de pessoal é fundamental para as OSs, já que a instabilidade que se encontra o trabalhador o pressiona para cumprir metas.

CONCLUSÃO

Historicamente, o acesso dos trabalhadores à política de saúde ocorreu de forma fragmentada e focalizada em determinados segmentos da classe trabalhadora, desde os anos 1923, com a constituição das CAPS até a promulgação da Constituição de 1988 que instituiu o SUS e com ele o acesso universal ao direito à saúde.

A racionalidade contra hegemônica do movimento de reforma sanitária com um viés político-emancipatório propunha-se romper com a lógica assistencial, curativa, hospitalocêntrica, centrada no indivíduo e tecnicista da racionalidade instrumental que se particularizava na política de saúde. No entanto, mal o SUS dava os primeiros passos para sua implementação, iniciou-se o processo de contrarreforma do Estado pautado no ideário neoliberal, que reatualiza a racionalidade instrumental na luta pela hegemonia. E ao contrário do assegurado legalmente na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas da Saúde, em vez de acesso universal aos serviços de Saúde, consagra-se o processo de universalização excludente em que ao tempo em que o acesso a estes serviços foi garantido a todos legalmente, absorvendo os desempregados e os trabalhadores informais, simultaneamente, os trabalhadores melhores remunerados foram impulsionados à compra de serviços no mercado privado devido à precariedade e a baixa qualidade dos serviços públicos de Saúde.

E seguindo os moldes privatizantes e mercantilizantes da Saúde encontra-se em curso, algumas já amplamente utilizadas, um conjunto de medidas que visam favorecer ainda mais o setor privado da saúde. Estas medidas como Organizações Sociais (OSs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) acabam por concretizar a privatização, mas, desta vez não mais se dará de forma mascarada, ou mesmo na forma de complementariedade a rede pública por meio de ações privadas.

Adotar uma postura mercantilista, como uma extensão do comportamento da sociedade moderna é negligenciar os impactos e efeitos perversos que essa política racional/neoliberal provoca àqueles que são mais impactados pela mesma: o cidadão, ou seja, tanto o paciente quanto os trabalhadores de saúde.

As dualidades relacionadas a vida humana, como a vida e a morte, o prazer e o sofrimento, alegria e tristeza, a dor e a cura, não podem ser reduzidas sob o argumento do lucro.

Trata-se de um processo impulsionado pela hegemonia neoliberal, que vem atingindo todas as instituições públicas estatais. Particularmente no setor saúde, significando o desmantelamento do SUS, visto que, enquanto por um lado há restrições ao desenvolvimento do Sistema Público, por outro há privatizações, mercadorização e reestruturação do trabalho em saúde para promover o desenvolvimento capitalista, cuja lógica a história tem mostrado que é a intensificação das contradições sociais, isto é, a produção de miséria humana.

Isto é, sob o modo de produção capitalista, enquanto de um lado a saúde – como bem que se refere à vida – é condição sem a qual o trabalhador não pode vender sua força de trabalho, ou seja, o trabalhador precisa ser saudável para poder ser produtivo e ingressar (ou manter-se) no “mercado de trabalho”, de outro, o setor saúde ao ser invadido pelas relações capitalistas de produção, converte seus serviços em mercadorias que, para efetivar o valor excedente, devem ser vendidas no mercado, por sua vez lócus de exclusão de grande parcela da população.

Em suma, é no processo de mercantilização da saúde que se origina e se aprofunda esta contradição, vale dizer: a negação universal do direito à saúde.

Ao considerarmos a saúde como condição sem a qual o ser humano não pode suprir sua necessidade humana de “transformar [criativamente] o mundo natural e social para fazer dele um mundo mais humano” (VAZQUEZ, 2007, p. 3) e, conseqüentemente, reproduzir-se como ser humano, o produto das práticas de saúde não pode ter outro caráter que não seja o universal e igualitário. Caráter que, acreditamos, é incompatível com a exploração dos serviços de saúde através da propriedade privada dos meios de produção e da força de trabalho.

Por isso, consideramos que a negação do direito à saúde deve ser analisada no contexto das relações capitalistas e da propriedade privada dos meios de produção: razão de existência do capitalismo.

Assim, a abordagem da problemática exige uma reflexão sobre a profunda crise em que se encontra o Sistema de Saúde brasileiro, o qual não tem conseguido promover saúde e propiciar o acesso – no sentido universal, igualitário e equânime – à população brasileira.

Sendo assim, como propõe Cantor (2012), é preciso resgatar – mediante o pensamento crítico – a essência de uma reflexão que não se limite à mera contemplação, aceitação ou apologia de todo o existente.

É nesta direção que nos orientamos e, portanto, diante desta necessidade, este trabalho – que traz considerações preliminares a serem aprofundadas – se justifica pela urgência de se investigar o fenômeno na sua essência, a fim de apresentar num futuro estratégias de intervenção e, quiçá, propostas de transformação da realidade do Sistema Único de Saúde brasileiro. Sem, contudo, perder de vista o problema na sua totalidade, pois, como afirma MINAYO (2000) “não existe nenhuma alternativa de solução dos problemas de saúde da população brasileira que possa ser buscada apenas no interior do próprio setor SAÚDE”.

Mediante estas reflexões feitas a partir de um referencial teórico em que consideramos o setor saúde como parte de uma totalidade social historicamente determinada, acredita-se que o fenômeno da mercantilização da saúde e a consequente reestruturação produtiva do trabalho – verso e anverso da mesma moeda – traz profundos impactos (negativos) na assistência à saúde e seus serviços, cuja síntese é a exclusão/negação do direito de acesso ao sistema de saúde dentro dos moldes constitucionais assegurados e legitimados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALESP (Deputado Raul Marcelo - PSOL), Sub-Relatório sobre as Organizações Sociais da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Remuneração dos Serviços Médico-Hospitalares. São Paulo, abril de 2008.

AMARAL, Ângela Santana do. Qualificação, sociedade civil e desidentidade de classe: os desafios para o sindicalismo. In: Outubro. Revista do Instituto de Estudos Socialistas, nº 5. São Paulo: Xamã, 2001.

ARCARY, V. Um reformismo quase sem reformas: uma crítica marxista do governo Lula em defesa da Revolução Brasileira. São Paulo: Editor Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2011.

BASTOS, R.L. Ciências Humanas e Complexidades: métodos e técnicas de pesquisa; o caos, a Nova Ciência... 2. Ed. Rio de Janeiro: E-papers Editora, 2009. (p.107-120).

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. In: ---. – 2 ed. – São Paulo: Cortez, 2008.

BOBBIO, Norberto, Teoria geral da política. A filosofia política e as lições dos clássicos. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Editora Campus. 2000.

BORSOI, Izabel Cristina F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. Psicologia & Sociedade. N.19, Edição especial 1, pag. 103-111, 2007.

BONAVIDES, Paulo. Curso de Direito Constitucional. 10ª ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, Brasília, 1993. Disponível em:

http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria20545_20_05_1993.pdf Acesso em 19 jan. 2015.

BRAVERMAN, Harry. Trabalho e capital monopolista; a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro; Jorge Zahar, 1980.

BRAVO, M. I. S; [MATOS, Maurílio Castro de](#). A Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M.I.; PEREIRA, P.A.P. (Org.). Política Social e Democracia. 4ed. São Paulo: CORTEZ/UERJ, 2008, v. 1, p. 197-216.

BRAVO, M. I. S [MENEZES, Juliana Souza Bravo de](#). Política de Saúde no Rio de Janeiro: algumas reflexões a partir dos anos 1980. In: BRAVO, M.I. S; PEREIRA, D.S.; MENEZES, J.S.B.; OLIVEIRA, M.M.N.. (Org.). Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008, v. 1, p. 22-24.

BRAVO, M. I. S.. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. Temporalis (Brasília), v. 13, p. 121-150, 200 Superando Desafios – O Serviço Social na saúde na década de 90. In: superando desafios – cadernos do Serviço Social do HUPE (03). Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: Avanços e Desafios; CONASS, 2006.164 p.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde (NOB- SUS 01/96): Gestão Plena com Responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Edição 2004/2005. Brasília/DF, 2004.

_____. Lei nº 8080, 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. Brasília, 1990.

Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238> Acesso em: 29 fevereiro 2016.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília,1990. Disponível em:

<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561> Acesso

em: 29 fevereiro de 2016.

CAMPOS. Fábio Antônio de. “(Neoliberalismo e desregulamentação do capital internacional no limiar dos anos 1990” In Revista PRAIA VERMELHA, Rio de Janeiro, v.21 nº1, p.25-42, Jul. Dez 2011.).

CAMPOS, G. W. de S.; FRANCO, S. C. Acesso à Ambulatório Pediátrico de um Hospital Universitário. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 32 n. 4. p. 352-360, 1998.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface – Comunic, Saúde, Educ., São Paulo, n. 9. p. 133-142, 2001.

CANTOR, Renán Vega. Elogio del pensamiento crítico. Revista Herramienta, Buenos Aires, n. 50, p. 131-140, jul. 2012.

CONILL, Eleonor Minho et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1501-1510. ISSN 1678-4561.

CASTEL, Robert. As Metamorfoses da Questão Social. Tradução de Iraci D. Peleti. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CESARINO JUNIOR, A. F. Direito Social Brasileiro, 1970, p. 8.

COHN, A.; et al. A Saúde como Direito e como Serviço. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

DEMIER, F._____. Das lutas operárias às reformas reacionárias: uma proposta de periodização da trajetória do Partido dos Trabalhadores. In: História e luta de classes, n. 5, 2008.

(DEMIER, 2012, p. 65-66) O longo bonapartismo brasileiro (1930-1964): autonomização relativa do Estado, populismo, historiografia e movimento operário. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal Fluminense, ICHF/PPGH, Niterói, 2012.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista. In: Lígia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura V.C. Lobato; Antônio Ivo de Carvalho; José

Noronha. (Orgs.). Compêndio de Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2008, p. 115-155.

FEKETE, M. C.. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. Projeto GERUS. S. 1. s. n. 1996.

FRANCO, Túlio Batista. Criação das Organizações Sociais: as Organizações Sociais e o SUS. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns> Acesso em: 29 de fevereiro de 2016.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO. Disponível em:<<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>> acessado em 15 de maio de 2015.

GALIZIA, S. V. [PASTORINI, A.](#) A redefinição do padrão de proteção social brasileiro. Praia Vermelha (UFRJ), v. 14/15, p. 72-102, 2006.

GENTILI, R. Representações e práticas: identidade e processos de trabalho no serviço social. São Paulo: Veras, 1998.

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

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. A Questão Social no capitalismo. In: Temporalis/ABEPSS. Ano 2, n.3 (Jan. /jun. 2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

IAMAMOTO, Marilda e CARVALHO, Raul de. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 1986.

IASI, M. L. As metamorfoses da consciência de classe: o PT entre a negação e o consentimento. 2a ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br> acessado em 28 de julho de 2015.

LISBOA, Marcia T. L.; OLIVEIRA, Marcia Moreira; REIS, Lidiane Dias. O trabalho noturno e a prática da enfermagem: uma percepção dos estudantes de enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. N.10. Vol. 3. Rio de Janeiro, 2006.

MAGALHÃES, José Quadros de. Direito Constitucional. Curso de Direitos Fundamentais. 3ed. Ver. E atual. São Paulo: Método, 2008, p.10.

MARQUES & MENDES MARQUES, R. M. & MENDES, A. Desvendando o Social no Governo Lula: a construção de uma nova base de apoio. In: Adeus ao

Desenvolvimento – a opção do governo Lula. PAULA, J. A. de (Org.). Belo Horizonte: Autêntica, 2005. p. 165-166.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. O projeto de pesquisa em Serviço Social. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo 5: intervenção e pesquisa em serviço social – Brasília – UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância, 2001. (p.19-29).

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). Distrito Sanitário – O processo social de mudanças das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1999 (4. Edição).

MODESTO, Paulo Eduardo Garrido. *Reforma administrativa e marco legal das Organizações Sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações.* BDA Abril/1998. Disponível em:

<http://www.webartigos.com/artigos/servicos-publicos-sociais-e-o-terceiro-setor/22716/#ixzz414aFhnlw> acessado em 23/06/2015

MORAES, Alexandre de. Direitos Humanos Fundamentais: teoria geral, comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005. p. 21.

MPOG. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos. Brasília, 2007, 39 páginas. [www.planejamento.gov. br/gestão](http://www.planejamento.gov.br/gestao)

NETO, J. P. A construção do projeto ético - político do serviço social frente à crise contemporânea. In: CAPACITAÇÃO em serviço social e política social: módulo 1... Brasília: UnB, 2000. p. 91-111.

_____ Cinco Notas a propósito da “Questão Social”. In: Temporalis/ABEPSS. Ano 2, n.3 (Jan. /jun. 2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

NUNES, E; JACOBI, P; KARSCH, U.S; COHN, A. et. al. (Org.) In: A saúde como direito e como serviço. – 3ª. Ed. – São Paulo: Cortez, 2002. OLIVEIRA, J. A. de A & TEIXEIRA, S. M. F. (Im) previdência social: 60 anos de História da Previdência social no Brasil. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1986.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008.

PASTORINI, Alejandra. "Quem mexe os fios das Políticas Sociais; In: Serviço Social

e Sociedade, nº53. São Paulo, Cortez, 1997.

PORTAL SAÚDE BRASIL. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/humanizausus>> acessado em 21 de junho de 2015.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. et. al. (org). REFORMA SANITÁRIA: em busca de uma teoria. In: Pensamento social e saúde. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em saúde coletiva, 1989.

MÉDICI, André César & OLIVEIRA, Francisco E.B.de. In: Repositório do conhecimento do IPEA. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1481>> acessado em 28 de agosto de 2015. Idem

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

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008

ROCHA, Silvio Luís Ferreira da. *Das Organizações Sociais*. Tese (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/servicos-publicos-sociais-e-o-terceiro-setor/22716/#ixzz414ahCC4T> Acessado em: 23/06/2015

SANTOS, W. G. dos. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. 2. Ed. São Paulo: Paulus, 1987.

SANO Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. RAE – Revista de Administração de Empresas, São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v. 48, nº 3, jul/set de 2008. Disponível em: www.rae.com.br. Acesso em: 10 de ago. de 2009

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos Direitos Fundamentais. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998, p. 61.

SARQUIS, Leila Maria Mansano, FELLI, Vanda Elisa Andrés. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para

repensar o trabalho em instituições de saúde. Rev. Bras. de Enfermagem. N.62. Vol. 5. Brasília, 2009.

SOARES, Laura T. R. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. São Paulo: Cortez, 2000.

_____ O Desastre Social. Coleção Os Porquês da desordem Mundial. Rio de Janeiro, Record, 2003.

SCIELO ARTIGOS. Serviço Social e Sociedade. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282012000300002&script=sci_arttext> acessado em 24 de agosto de 2015.

SPINDOLA, Telma; MARTINS, Elizabeth R. C. O estresse e a enfermagem: a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. N. 11. Vol.2. Rio de Janeiro, 2007.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N. Necessidades de Saúde: Mediações de um conceito (Contribuição das Ciências Sociais para a Fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde). 1991. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, S.M.F. (Coord.) Antecedentes da Reforma sanitária. Textos de Apoio. Rio de Janeiro: PEC, Ensp, 1988.

TEIXEIRA, C. F. O SUS e a Vigilância da Saúde. PROFORMAR. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

TEXEIRA, C.F Equidade, Cidadania, Justiça e Saúde. Paper elaborado para o Curso Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS-OMS/ASDI. Nicarágua, 17 de abril a 6 de maio de 2005.

UNIFESP. Disponível em:<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf> acessado em 17 de julho de 2015.

UNGLERT, C. V. de S. O enfoque da Acessibilidade no Planejamento da Localização e Dimensão dos Serviços de Saúde. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990. UNGLERT, C. V. de S. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de Geografia em Saúde Pública. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 21 n. 5, p. 439- 446 1987.

VIANA, A..L..D.; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis -Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v. 8. n. 2, P. 11-48. 1998.

VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. Filosofia da práxis. 1ª Ed. Buenos Aires: Consejo Latino-americano de Ciências Sociais – CLACSO; São Paulo: Expressão Popular, Brasil, 2007.

VICENTE, Faustino. Um Império Chamado Quarto Setor. Disponível em: <http://cursos.unisanta.br/mecanica/polari/quartosector.html>. Acessado em 23/Junho/2015.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. In: Temporalis/ABEPSS. Ano 2, n.3 (jan./jun. 2001). Brasília: ABEPSS, Grafline, 2001.