FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Ana Claudia Chaves Mello

A PRECARIEDADE INSTITUCIONALIZADA DOS VÍNCULOS DO TRABALHADOR NA SAÚDE: um estudo exploratório

Rio de Janeiro

Ana Claudia Chaves Mello

A PRECARIEDADE INSTITUCIONALIZADA DOS VÍNCULOS DO TRABALHADOR NA SAÚDE: um estudo exploratório

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Ramón Peña Castro

M527p Mello, Ana Claudia Chaves

A precariedade institucionalizada dos vínculos do trabalhador na saúde: um estudo exploratório. / Ana Claudia Chaves Mello. - 2012.

122f. : il.

Orientador: Ramón Peña Castro

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

1. Serviço Público. 2. Precarização do Trabalho. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Controle Social. 5. Reforma do Estado Brasileiro I. Castro, Ramón Peña. II. Título

CDD 352.63

Ana Claudia Chaves Mello

A PRECARIEDADE INSTITUCIONALIZADA DOS VÍNCULOS DO TRABALHADOR NA SAÚDE: um estudo exploratório

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 02/04/2012

Prof. Dr. Ramón Peña Castro - EPSJV/FIOCRUZ Prof. Dra. Maria Inês Carsalade Martins - ENSP/FIOCRUZ

Prof. Dr. Júlio César França Lima - EPSJV/FIOCRUZ

Dedico este trabalho aos trabalhadores da saúde do estado do Rio de Janeiro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Pós Graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio pela oportunidade de desenvolver o trabalho, aos coordenadores, professores e colegas de turma pelas parcerias, contribuições e reflexões nesse processo e pela generosa orientação do professor Ramon Peña Castro nesta empreitada acadêmica.

Agradeço aos professores Maria Inês Carsalade Martins e Júlio César França Lima por gentilmente aceitarem o convite para compor a banca.

Agradeço ao meu trabalho como psicóloga temporária no hospital, motivo pelo qual me levou à pesquisa.

Agradeço as psicólogas do hospital, Ana Lúcia, Denise, Elvira, Fernanda, Júlia, Juliana, Jussara, Mayara, Vanessa, Márcia e a fonoaudióloga Luciana Sales, pelas constantes e incessantes conversas, que ajudaram a manter e compor este trabalho.

Agradeço a todos os profissionais do hospital que de alguma maneira contribuíram para a pesquisa.

Agradeço aos usuários, pelas lúcidas análises da situação atual do serviço de saúde.

Agradeço aos amigos, pelos incentivos, pelas horas de recreio, pela paciência e peço desculpas pelas ausências.

Agradeço ao amigo Wallace pela enorme força e cumplicidade sempre.

Agradeço as minhas amadas irmãs, Paula e Karla, pelo amor, pelo cuidado, juntas são muito mais que três.

Agradeço aos meus pais, Olga e Floriano, presenças eternas.

RESUMO

Aborda a diferença nos discursos e nos fatos, tomando como recorte a política de recursos humanos viabilizada na prática pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, através da manutenção dos "temporários permanentes" com o argumento de sanar os problemas dos hospitais do Rio de Janeiro, para implantar a Fundação Estatal de Direito Privado e posteriormente as Organizações Sociais na gestão dos serviços estaduais de saúde, como estratégia que visa abolir o instituto da estabilidade no serviço público e adaptá-lo à lógica mercantil privada da flexibilização da mão de obra. Utiliza como método revisão bibliográfica da produção teórica e da análise de documentos publicados concernentes à saúde do estado do Rio de Janeiro, editais dos processos seletivos, legislações, notícias e entrevistas divulgadas pela mídia, experiência pessoal das formas fragmentadas e precárias de contratação, particularmente o contrato por tempo determinado, as fundações estatais e as organizações sociais como projetos para extinção do vínculo estatutário. Desenvolve uma reflexão sobre a complexificação das relações entre Estado e sociedade, com base em Gramsci e Nicos Poulantzas, contemplando as novas configurações do capitalismo neste novo contexto histórico. Discute o controle social, na forma de Conselhos e Conferências de Saúde como instâncias de participação social do SUS, por um lado, a conquista de uma instância de participação popular reconhecida, por outro, a formalização de uma única instância representativa da sociedade como lugar de discussão e proposição das políticas de saúde o que burocratiza e limita as ações da sociedade civil nas suas formas de luta, expressão, participação e controle sociais.

Palavras-Chave: Reforma do Estado Brasileiro; Serviço Público; Sistema Único de Saúde (SUS);

Precarização do Trabalho; Controle Social

ABSTRACT

Discussion about the gap between speeches and facts, based on the human resources policy currently applied by Rio de Janeiro State Department of Health, marked by the continued use of temporary workforce. Under the allegation of solving Rio de Janeiro hospitals troubles, in fact, this practice just prepares to establish Private State Health Foundation to be gradually substituted by Social Organizations to manage all Rio de Janeiro State health services. It is an strategy that aims to abolish permanent public workforce, in accordance with the privatemarket logic of more flexible public employment terms. The methodology used is based on bibliographic review of theoretical studies along with analysis of published documents related to Rio de Janeiro State Health practices, public selection processes for recruitment documents, laws, news and interviews published on media, personal experience on precarious and temporary contracts of employment, mainly fixed terms agreements, and, moreover, Station Foundation and Social Organization projects that intend to extinguish public permanent employment relationships. Presents a reflection on the complexity of the relationships between State an society, based on Gramsci and Nicos Poulantzas, that contemplate the news capitalism configurations in our present historical context. Discusses the social control mechanisms in the form of Health Counsels and Conferences, as social participation instrument in Brazilian Health Unified System (SUS): on one hand, the achievement of a recognized social participation forum, on the other hand, the formalization of an unique social participation forum to discuss and propose health policies, that tends to bureaucratize and limit civil society in their different forms of struggling, expressing, participating and preserving social control.

Key-words: Brazilian State Reform; Public service; Rise of Precarious Employment; Health Care System; Social Control



Foto tirada por Denise Monnerat em 14 de outubro de 2011 na cidade de Porto/Portugal.

LISTA DE SIGLAS

ACCR Acolhimento com Classificação de Risco

ACS Agentes Comunitários de Saúde

ALERJ Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro

AIS Ações Integradas de Saúde

Abrasco Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva

ADIN Ação Direta de Inconstitucionalidade

CTH Câmara Técnica de Humanização
CAP Comunidade Ampliada de Pesquisa
CAPs Caixa de Aposentadorias e Pensões

Cebes Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEPERJ Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos

do Rio de Janeiro

CLT Consolidação das Leis de Trabalho
CNS Conferência Nacional de Saúde

CNRHS Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde

CNRS Comissão Nacional da Reforma Sanitária

Conass Conselho Nacional de Secretários de Saúde Estaduais e Municipais

Conasems Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

DASP Departamento Administrativo do Serviço Público

DAPES Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

Degerts Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde

EPSJV Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

FEDP Fundação Estadual de Direito Privado FGTS Fundo de Garantia por Tempo Serviço

FHC Fernando Henrique Cardoso

FUNRURAL Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

GTH Grupos de Trabalho de Humanização
IAPs Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS Instituto Nacional de Previdência Social

MARE Ministério da Administração e Reforma do Estado

MES Ministério da Educação e Saúde

MEC Ministério da Educação

MNNP Mesa Nacional de Negociação Permanente

NOB Norma Operacional Básica

OIT Organização Internacional do Trabalho

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

OS Organizações Sociais

OSS Organizações Sociais de Saúde

PNH Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão PNHAH Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PREALC Programa Regional de Emprego para a América Latina e Caribe

PFST Programa de Formação em Saúde do Trabalhador

RPA Recibo de Pagamento de Autônomo

RJU Regime Jurídico Único

SGTES Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SES/RJ Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

SESDEC/RJ Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

SUS Sistema Único de Saúde STF Supremo Tribunal Federal

UPA Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2REFORMA DEMOCRÁTICA E REFORMA NEOLIBERAL: DIREITOS S	OCIAIS
CONQUISTADOS E POSTERIORMENTE FLEXIBILIZADOS	16
2.1 O ESTADO MODERNO BRASILEIRO: ANTECEDENTES HISTÓRICOS	16
2.1.1 Estado Moderno: breve definição	20
2.1.2 Concepção Ampliada de Estado	23
2.1.3 O caso brasileiro: Sistema de Proteção Social ao trabalhador	28
2.2 A CONQUISTA DA INSCRIÇÃO 'DIREITO À SAÚDE' NA CONSTITUIÇÃO) DE
1988: PÚBLICO VERSUS PRIVADO	33
2.3 A CONTRA-REFORMA DO ESTADO DE 1995: PARCERIAS E	
PRIVATIZAÇÕES	40
3 A POLÍTICA DE (DES)HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: A PRECARIZAÇÃO)
DO TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE	44
3.1 PROJETO PRIVATISTA: A INSTALAÇÃO DO MODELO GERENCIAL	45
3.1.1 Breve resgate histórico do serviço público brasileiro	48
3.2 "NOVOS" MODELOS DE GESTÃO: FLEXIBILIZAÇÃO DOS DIREITOS	
DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO PÚBLICO	50
3.2.1 As Organizações Sociais	51
3.2.2 Considerações sobre gestão em saúde	57
3.2.3 Temporários permanentes	62
3.2.4 Fundação Estatal de Direito Privado	69
3.3 TRABALHO PRECÁRIO	76
4 CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	86
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	102
ANEXO A - ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE DE JANEIRO (RÁDIO CBN)	108
ANEXO B – MATÉRIA DA REVISTA ÉPOCA (7/11/2011 Nº703) "O SUS QUE	
FUNCIONA E O SUS QUE FRACASSA	
ANEXO C-CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO POR	TEMPO
DETERMINADO	114

ANEXO D – ENTREVISTA DO SUBSECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABAL	но Е
DA EDUCAÇÃO DA SAÚDE DA SES/RJ "ESTADO JUSTIFICA CONTRATOS	3
TEMPORÁRIOS"	118
ANEXO E – 1ª ENTREVISTA COM DIRETOR EXECUTIVO DA FUNDAÇÃO	
ESTATAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO	119
ANEXO F – 2ª ENTREVISTA COM DIRETOR EXECUTIVO DA FUNDAÇÃO	
ESTATAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO	120

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Constituição e na legislação vigente é uma estratégia consistente de reforma democrática do Estado. Apresenta como princípios a Universalidade, a Integralidade e a Equidade no acesso aos serviços de saúde, mas também aposta em uma mudança da realidade social, a partir da ampliação do conceito de saúde, que correlaciona fatores determinantes e condicionantes, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais, entre outros.

Além dos princípios regentes, a gestão do SUS compreende a hierarquização do Sistema e das ações e serviços de saúde; a descentralização e a autonomia dos Gestores, por ser única em cada esfera de governo, na utilização de Plano e Fundo de Saúde para a gestão dos recursos orçamentários, financeiros e contábeis da Gestão; o Controle Social, que conta com a participação da população na definição da política de saúde.

No Plano Diretor da Reforma do Estado encaminhado ao Congresso Nacional em 1995, elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), coordenado por Bresser Pereira, no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, o compromisso do Estado se remodelava. O Plano partia do princípio que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las e, além disto, defendia a flexibilização nos controles da sociedade sobre as ações do Poder Executivo.

O Plano Diretor apresentou como proposta as Organizações Sociais (OS), entidades privadas como instrumento de viabilização e implementação de Políticas Públicas, por garantirem eficiência e qualidade dos serviços através de "parcerias" com a sociedade² por contratos de gestão com as esferas estatais. A proposta das OS tornou-se realidade em 2011 no Rio de Janeiro, com a aprovação do Poder Legislativo. As OS se dispõem a gerenciar os serviços de saúde, com argumento de parceria e modernização do Estado, que resultaria em melhor atendimento ao cidadão em menor custo.

_

² Note-se que, aqui e a seguir, o polissêmico conceito SOCIEDADE é utilizado não só como sinônimo de população e cidadania, mas sobretudo para eufemizar a realidade da privatização, ou seja, a usurpação empreendedorista dos "bens comuns" ou res publica.

Outro projeto apresentado ao Congresso Nacional em 2007 propõe regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, para instituir "fundações com personalidade jurídica de direito privado" para o desempenho de atividade estatal, não exclusiva do Estado, assim definido pelo MARE, para gerenciarem a saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, comunicação social e turismo, o que se efetivou na esfera estadual de saúde no ano de 2011 no Rio de Janeiro.

Com isto, a força de trabalho do setor foi amplamente precarizada e submetida a novos modos de degradação, tais como a quantidade de vínculos múltiplos, adoção de mecanismos nefastos de competitividade e o ataque ao regime jurídico único do servidor estatutário, como uma das vias de desqualificação do serviço público de saúde.

Estas mudanças de cunho neoliberal foram implementadas em grande número de países periféricos, como o Brasil, nas décadas de 1980 e 1990 e respondem à ofensiva do capital, chamada neoliberalismo, traduzida na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, cortes orçamentários em nome do equilíbrio das contas públicas, promovendo assim a privatização das empresas estatais, a flexibilização das relações entre capital e trabalho.

No Brasil, as políticas neoliberais foram introduzidas associadas ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciaram no governo de Fernando Collor de Mello, em 1989, e se aprofundaram nas décadas de 1990 e 2000, com Fernando Henrique Cardoso.

A tese sustentada pelo movimento neoliberal referia atribuiu as crises das décadas de 1970 e 1980, ao em decorrência do 'mau funcionamento do Estado' que teria promovido um crescimento "distorcido": altos custos operacionais, excesso de endividamento público e a incapacidade de se adequar ao processo de globalização em curso. Tudo isso foi apresentado como causa da redução da autonomia e capacidade dos Estados Nacionais para gerirem suas próprias políticas econômicas e sociais, rotulando de "crise fiscal" do Estado, cuja superação exigiria uma redefinição das responsabilidades do Estado, selecionando de forma estratégica o que seria de sua competência.

A implementação de reformas administrativas e gerenciais, segundo o credo neoliberal, permitiria que a ação do Estado mantivesse como foco o atendimento das chamadas necessidades sociais básicas, reduzindo a sua intervenção econômica do Estado por meio de três formas: a privatização direta de empresas públicas, a "publicização" ou,

transferência da gestão de serviços e atividades para o "setor público não-estatal" e a terceirização, compra de serviços de terceiros.

Esta ofensiva privatizadora atingiu de forma avassaladora o Sistema Único de Saúde que estava sendo implementado no mesmo momento, resultando na precarização dos vínculos de trabalho no setor público e na terceirização de grande parte dos serviços assistenciais.

A ORIGEM DA PROBLEMATICA

Minayo (1996) aponta que a escolha de um tema não emerge espontaneamente da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. O tema de pesquisa surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, fruto de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos. Por isto, a motivação pessoal em relação à pesquisa se dá pelo fato de ser psicóloga temporária em um hospital da rede estadual de saúde do Rio de Janeiro.

No ano de 2008 prestei concurso para a antiga Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro (SESDEC/RJ), hoje somente Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) para concorrer ao cargo de psicólogo. Não havia no edital quantidade de vagas, apenas a informação de que todo o quantitativo de profissionais cooperativados seria substituído pelos profissionais concursados. A contratação era temporária, um ano de trabalho prorrogável por mais um.

Realizado o concurso, em abril de 2009 as convocações se iniciaram. Mais de duzentos psicólogos foram chamados. As vagas compreendiam todo o Estado do Rio de Janeiro, distribuídas em 10 municípios (Araruama, Carmo, Casimiro de Abreu, Duque de Caxias, Itaboraí, Nilópolis, Niterói, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti). Lotei em um hospital de urgência e emergência, conhecido na região como hospital geral.

Na apresentação na unidade a recepção não foi a das mais calorosas. A entrada dos novos temporários era para, aos poucos, substituir os antigos temporários. Mas o edital era claro quando dizia que o concurso visava substituir todo o "quantitativo" de profissionais cooperativados com o intuito de sanar os problemas no setor hospitalar. Então não só os antigos temporários foram substituídos como também os cooperativados. Ocorreram muitas resistências nas substituições. Muitos profissionais retornaram para a SES por não terem sido aceitos nas equipes, as quais alegavam pouca experiência hospitalar, com intuito de manter os cooperativados. As substituições foram acontecendo e ainda acontecem. Até o presente

momento o contrato foi prorrogado por mais um ano, até que os profissionais temporários sejam substituídos pelos novos profissionais concursados pelas Fundações Estatais e posteriormente pelos concursados/contratados pelas Organizações Sociais. Todo um exemplo da rotatividade dos empregos, turbinada pelos gestores pós-modernizados.

Em virtude de o tema ser a própria condição da pesquisadora, como trabalhadora temporária, optou-se por uma pesquisa exploratória, como objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. (GIL, 2002) Para isto, foram utilizados como procedimentos técnicos a pesquisa bibliográfica e exploração pesquisa documental. Esta última abrange material publicado concernente à contratação temporária da saúde do estado do Rio de Janeiro, incluindo editais dedos concursos públicos do que compreendo período do ano de 2007 a 2010; as legislações referentes à contratação temporária, à implementação das Fundações Estatais de Direito Privado e às Organizações Sociais; notícias e entrevistas divulgadas pela mídia sobre a implementação dessas entidades.

O método (teoria e metodologia) de abordagem pretende compreender de forma abrangente as mediações e correlações da realidade a ser pesquisada, apreender suas contradições, a partir de uma perspectiva histórica e dialética: "[...] a lógica dialética introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que explica a transformação." (MINAYO, 1996, p. 68) Para isto apresentamos como referencial teórico Karl Marx a respeito da teoria do capital e do trabalho assalariado; Gramsci destaque para os processos consensuais de direção e de dominação, no conceito de hegemonia; Castel, Bourdieu e Sennett para o entendimento da metamorfose, precariedade, flexibilidade da condição assalariada e para a análise do trabalho existente.

Partindo dessa perspectiva, o conceito de totalidade é utilizado como um instrumento para compreender não aquilo que é invariável da realidade social, mas as unidades na diversidade que se oculta nas múltiplas facetas diferenças na unidade, como são engendradas numa realidade determinada. Por isto, entende-se que a produção do conhecimento não está dissociada da materialidade social como afirma Frigotto (1998):

Um pressuposto fundamental, quando nos propomos ao debate teórico, entendemos deva ser que as nossas escolhas teóricas não se justificam nelas mesmas. Por trás das disputas teóricas que se travam no espaço acadêmico, situa-se um embate mais fundamental, de caráter ético-político, que diz respeito ao papel da teoria na compreensão e transformação do modo social mediante o qual os seres humanos produzem sua existência, neste fim de século, ainda sob a égide de uma sociedade classista, vale dizer, estruturada na extração combinada de mais-valia absoluta, relativa e extra. As escolhas teóricas, neste sentido, não são nem neutras e nem arbitrárias — tenhamos ou não consciência disto. Em nenhum plano, mormente o ético, se justifica teorizar por teorizar ou pesquisar por diletantismo. (FRIGOTTO, 1998, p. 26)

A abordagem não se pauta simplesmente na descrição, interpretação do fenômeno estudado, mas na investigação de uma situação concreta, construída historicamente, fundamentada ideologicamente a partir de um ponto de vista de classe e frações de classe, com determinada concepção de mundo e com um projeto de sociedade, pois não há uma única concepção de mundo, mas várias que se encontram em disputa (Gramsci apud Ramos, 2009, p. 166).

O pressuposto da historicidade coloca para nós, que a realidade pode ser modificada, orientada por uma concepção hegemônica de mundo que reconhece os trabalhadores como sujeitos históricos, responsáveis pela produção da existência (Ramos, 2009, Ciavatta, 2009).

A organização dos capítulos da dissertação buscou construir um caminho que auxiliasse no entendimento do sistema de saúde coletiva como campo em disputa. A dominação do mercado e o lucro sobre a vida no que vem acontecendo atualmente na saúde do estado do Rio de Janeiro como um intenso ataque ao desmonte do SUS.

Nesse sentido o primeiro capítulo aborda o processo de formação do Estado Brasileiro Moderno, seus antecedentes, a reforma democrática previsto na Constituição de 1988, a consolidação do Sistema Único de Saúde no contexto da Reforma do Aparelho do Estado de 1995, com foco as mudanças ocorridas nas condições de trabalho em saúde. Desenvolvemos uma reflexão sobre a complexificação das relações entre Estado e sociedade, com base em Gramsci, contemplando as novas configurações do capitalismo neste novo contexto histórico, seguindo outras contribuições, como as de Nicos Poulantzas.

O segundo capítulo trata do processo de flexibilização dos direitos dos trabalhadores da saúde com manutenção dos "temporários permanentes", a implementação da Fundação Estadual de Direto Privado e as Organizações Sociais na gerência dos serviços de saúde. Discute-se o que constitui trabalho precário.

O terceiro capítulo trata da discussão sobre o controle social, que em 1990 foi instituído, a partir da aprovação da Lei n. 8.142, na forma de Conselhos e Conferências de Saúde, como instâncias de participação social do SUS nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Por um lado, temos a conquista de uma instância de participação popular reconhecida e que faz parte legalmente do sistema de saúde brasileiro, indicando a democratização do SUS, por outro, a formalização de uma única instância representativa da sociedade como lugar de discussão e proposição das políticas de saúde o que burocratiza e

limita as ações da sociedade civil nas suas formas de luta, expressão, participação e controle sociais. Em virtude disto e do processo de usurpação empreendedorista pelo qual o SUS vem atravessando, movimentos populares e democráticos continuam lutando contra a privatização do SUS, defendendo o fortalecimento do seu caráter público e estatal sua administração direta pelo Estado e sua atuação gratuito e universal.

2 REFORMA DEMOCRÁTICA E REFORMA NEOLIBERAL: direitos sociais conquistados e posteriormente flexibilizados

As questões que permeiam o campo da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente acerca de uma dimensão da gestão do trabalho, relacionada aos seus aspectos macropolíticos, como aborda Vieira (2007), que diz respeito às problemáticas relativas ao trabalho em saúde e enfrentadas pelas distintas esferas de governo como parte da Gestão do SUS, devem ser consideradas no contexto das transformações advindas da crise de acumulação e reprodução do capital, que nas últimas décadas afetaram o Estado Brasileiro. Esse processo se inicia logo após a promulgação da Constituição de 1988 e teve nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) as mudanças de maior impacto a partir de um intenso processo de privatização e da introdução de mudanças constitucionais que reconfiguraram o Estado Brasileiro.

Ao examinar o chamado processo de democratização do Estado, identificado com a promulgação da Constituição de 1988, que historicamente reconhece no seu artigo 196 "A saúde é um direito e um dever do Estado", originando o SUS, como política de saúde para o País, verifica-se logo após em 1995, uma proposta de contra-reforma do Estado, retirando-o de suas responsabilidades, no âmbito das políticas sociais, afetando diretamente os interesses e direitos dos trabalhadores mediante as nefastas políticas de ajuste neoliberal. Verifica-se assim uma autêntica contra-reforma no setor saúde que ao mesmo tempo em que amplia o número de postos de trabalho, generaliza a precarização das relações de trabalho na administração pública.

2.1 O ESTADO MODERNO BRASILEIRO: ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A formação do Estado brasileiro conjuga uma serie de desafios históricos, sobretudo depois do processo de emancipação política do país. Assim a Independência foi um processo bastante ambíguo, distante de qualquer conotação revolucionária³. Longe de representar um

-

³ Revolução no sentido transformador como aponta Marx (1998, p. 40): "Quando se fala de idéias que revolucionam uma sociedade inteira, isto quer dizer que, no seio da velha sociedade, formaram-se os elementos

rompimento com a ordem estatal e socioeconômica anterior, administrada pela burocracia portuguesa, tratou-se apenas de um rearranjo entre as diferentes frações de classes dominantes. (COUTINHO, 2006)

[...] se o Brasil tivesse conhecido um processo de independência diverso, gerado efetivamente de baixo para cima, ou seja, por meio da ação de movimentos republicanos e relativamente populares – como os que ocorreram, por exemplo, não só em várias regiões da América espanhola, mas também entre nós nas 'inconfidências' mineira e, sobretudo, baianas – talvez não fôssemos hoje um único país, um país unificado. E essa eventual fragmentação não teria sido, necessariamente, um fato negativo, caso tais repúblicas tivessem sido construídas com participação popular, forjando assim estruturas mais democráticas ou, no mínimo, menos oligárquicas. [...] nossa Independência se deu 'pelo alto'. (COUTINHO, 2006, p. 176)

A nação brasileira se constituiu a partir do Estado e não pela ação das massas populares, o que configurou uma população de sujeitos governada por uma classe dominante. Esta formação do Estado 'pelo alto' superposto à nação reproduziu-se na Revolução de 30, que, no entanto representa um momento importante de descontinuidade com a velha ordem e ingresso na chamada 'modernidade', por consolidar definitivamente a transição do Brasil para o capitalismo.

Primeiramente, Fernandes (1976, p. 20) salienta que não se pode pretender esclarecer a consolidação do capitalismo no Brasil pelo passado de povos europeus: "Indaga-se, porém, quais foram e como se manifestaram as condições e os fatores histórico-sociais que explicam como e por que se rompeu, no Brasil, com o imobilismo da ordem tradicionalista e se organizou a modernização como processo social." Para o autor, o período de consolidação do capitalismo do ponto de vista econômico, abrange duas fases importantes: a primeira diz respeito à ruptura da suposta homogeneidade da "aristocracia agrária", que não pode ser associada à "burguesia" e, a segunda, ao aparecimento de novos tipos de agentes econômicos, sob a pressão da divisão do trabalho em escala local, regional ou nacional.

No processo de mercantilização da produção agrária, o senhor de engenho cumpria a função de "agente econômico especializado", que dizia respeito à organização de uma produção de tipo colonial, produção esta, estruturalmente dependente e sujeita a modalidades inflexíveis de expropriação, controladas fiscalmente pela Coroa e economicamente pelos grupos financeiros europeus, que dominavam o mercado internacional. (FERNANDES, 1976, p. 16)

de uma nova sociedade e que a dissolução das velhas idéias marcha junto à dissolução das antigas condições de vida.

O burguês já surge no Brasil, como uma entidade especializada, seja na figura do agente artesanal inserido na rede de mercantilização da produção interna, seja como negociante (não importando muito seu gênero de negócios: se vendia mercadorias importadas, especulava com valores ou com o próprio dinheiro; as gradações possuíam significação apenas para o código de honra e para a etiqueta das relações sociais e nada impedia que o "usurário", embora malquisto e tido como encarnação nefasta do "burguês mesquinho", fosse uma mal terrivelmente necessário). Pela própria dinâmica da economia colonial, as duas florações do "burguês" permaneceriam sufocadas, enquanto o escravismo, a grande lavoura exportadora e o estatuto colonial estiveram conjugados. (FERNANDES, 1976, p. 17/18)

O processo da Independência rompe com o modelo tipicamente colonial e cria condições para atribuir maior valor social ao chamado "alto comércio", instaurando um novo tipo de autonomia política: a formação da sociedade nacional.

À medida que se intensifica a expansão da grande lavoura sob as condições econômicas, sociais e políticas possibilitadas pela organização de um estado nacional, gradualmente uma parcela em aumento crescente de "senhores rurais" é extraída do isolamento do engenho ou da fazenda e projetada no cenário econômico das cidades e no ambiente político da Corte ou dos Governos Provinciais. Por aí se deu o solapamento progressivo do tradicionalismo vinculado à dominação patrimonialista e começou a verdadeira desagregação econômica, social e política do sistema colonial. (FERNANDES, 1976, p.27/28)

Temos então, na formação histórica do Estado brasileiro, uma classe dominante e dirigente. Um Estado superposto à Nação, que também se reproduziu na Revolução de 30, que, no entanto, representou um momento de descontinuidade com a velha ordem. A "modernização" brasileira, encarada como fato histórico, apresenta ao mesmo tempo efeitos nefastos ainda presentes, como a dependência externa e as formas cruas de coerção e expropriação na relação entre capital e trabalho.

Em fins da década de 1920, no campo da economia e da política brasileira, repetidas crises de superprodução do café, ligadas à quebra da bolsa de Nova York em 1929, geraram uma intensa crise econômica, logo traduzida numa forte insatisfação social. As camadas médias começaram a reivindicar mudanças no sistema político, baseado no coronelismo e no voto de 'cabresto'. A população aumentou nas grandes cidades, apesar do Brasil manter sua base agrária, caminhava-se decididamente para a urbanização.

O movimento liderado por Getúlio Vargas contribuiu para consolidar a transição do Brasil para o capitalismo e generalizar as relações capitalistas em todo o país. Com a ditadura do Estado Novo em 1937, um rápido e intenso processo de industrialização se deu no país, caracterizado por certa modernização do Estado Nacional, pela regulamentação paternalista das relações de trabalho que, por exemplo, sentou as bases do sistema previdenciário. Este processo que inclui a recomposição da burocracia estatal, assente no controle policial da

"QUESTÃO SOCIAL" representa uma nova forma de permanente renovação do pacto oligárquico (capitalismo latifundiário e industrial).

Segundo Coutinho (2006) o principal protagonista da industrialização brasileira foi o Estado, não só por promover políticas que beneficiavam as indústrias, como políticas cambiais e a de créditos, junto à criação de empresas estatais, sobretudo nos setores de energia e siderurgia.

Ou seja: o Estado assumia a responsabilidade pelos setores que demandavam altos investimentos sem garantir lucratividade imediata, mas que eram fundamentais para o desenvolvimento dos outros ramos industriais. Com isso, transferia para o setor privado parte substancial da mais-valia gerada no setor público da economia. Isso significava que o Estado agia em favor do desenvolvimento do capital em seu conjunto. (COUTINHO, 2006, p. 196)

Segundo Coutinho (2006) na década de 30, difundiu-se não somente a constatação de que a sociedade brasileira estava se modernizando, na qual havia a emergência de interesses diversos, freqüentemente conflitantes, mas também a consciência de que se deveriam criar mecanismos de representação e conluio desses interesses no interior do próprio Estado. A partir de 1937, os sindicatos se tornaram instituições subordinadas ao Ministério do Trabalho. Até a Constituição de 1988, os sindicatos estavam subordinados explicitamente ao Estado legalmente. Até o fim do ciclo militar esteve proibida a formação de centrais sindicais que universalizasse a representação dos trabalhadores.

Esta forma política de ditadura aberta de administrar a "ordem pública" mostra que o Estado sempre esteve a serviço de interesses da classe dominante, sendo-lhe consubstanciais os fenômenos de nepotismo, clientelismo e corrupção, que se prosseguem e ampliam até os dias atuais. Isto caracteriza o Estado capitalista de um modo geral e para ser legitimado implica a necessidade de concessões dos governantes aos governados, que mesmo defendendo interesses privados, o Estado precisa também apresentar sua dimensão pública, a fim de satisfazer as demandas das classes trabalhadoras. Predomina o discurso social, mas não há interesse em acabar com a pobreza e muito menos com o modo de produção capitalista. Eis a essência (razão de ser) do Estado: promover a acumulação do capital e legitimar a ordem vigente.

A seguir tentamos uma breve definição do conceito de Estado Moderno, para entender a constituição do atual Estado brasileiro.

2.1.1 Estado Moderno: breve definição

Há várias acepções para o vocábulo "estado". Verificando o significado que trata da origem e formação da palavra, no Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa, escrito por Cunha (2010, p.268), a palavra "estado" deriva do latim *status* e é datada no século XIII como "condição, situação, classe social". No mesmo dicionário a palavra aparece datada no século XX com derivações do tipo "estatal", "estadual", "estatizar". No dicionário Houaiss (2008) o termo indica: "conjunto das instituições (governo, forças armadas, funcionalismo público etc.) que controlam e administram uma nação"; "país soberano, com estrutura própria e politicamente organizada". Estado então, sinteticamente, sem intenção de delimitar o fenômeno, significa uma instituição política, social e juridicamente organizada, que ocupa um território definido e é dirigido por um governo, normalmente regido por uma Constituição (lei máxima).

Dentro dessas características do Estado, evidentes, mas superficiais, encontramos alguns caminhos para discutirmos a formação do Estado Moderno.

A formação do Estado se deu de várias formas ao longo dos séculos no Ocidente, e para Marx (1998) esta formação sempre esteve marcada pela luta de classes:

Homem livre e escravo, patrício e plebeu, barão e servo, mestre de corporação e companheiro, numa palavra, opressores e oprimidos, em constante oposição, tem vivido numa guerra ininterrupta, ora franca, ora disfarçada; uma guerra que terminou sempre, ou por uma transformação revolucionária, da sociedade inteira, ou pela destruição das duas classes inteiras. (MARX, 1998, p. 7)

Em todas as épocas históricas, verifica-se a divisão da sociedade em diferentes classes em escalas graduadas de condições sociais e divisões hierárquicas. Na transição do mundo feudal para a organização social burguesa, a sociedade burguesa moderna não suplantou os antagonismos de classe, pelo contrário implantou novas condições de opressão, novas formas de luta.

Nas formações sociais anteriores ao capitalismo, a economia de mercado que prevalecia era a de subsistência, alguns bens eram produzidos como mercadorias, como objetos de luxo (jóias, armas, vestuário) para consumo, sobretudo, de uma minoria privilegiada e muitos outros bens eram produzidos como valor de uso, alimentação, instrumentos de trabalho, para consumo do próprio produtor e dos membros do seu círculo doméstico. No Brasil até o começo do século XX, a economia se dividia em produção para o

mercado e produção de subsistência e a vida das pessoas dependia parcialmente do mercado, já que seu consumo básico estava ligado à economia doméstica. A produção para o mercado era realizada de modo artesanal e os produtores do mesmo produto se organizavam em corporações de ofício para evitar concorrência. (SINGER, 1995)

Com as Grandes Navegações, no século XVI, o comércio foi elevado a um novo patamar. A ligação marítima entre todos os continentes, a destruição de barreiras que separavam os mercados locais e regionais, formou um mercado mundial, que fez com que o capital, antes limitado à circulação de mercadorias e valores, penetrasse na produção, tornando-se manufatureiro, ou seja, um grande número de artesãos é empregado por empresários capitalistas e produzem em massa para mercados em crescimento.

A descoberta da América, a circunavegação da África ofereceram à burguesia ascendente um novo campo de ação. Os mercados da Índia e da China, a colonização da América, o comércio colonial, o incremento dos meios de troca e, em geral, das mercadorias imprimiram um impulso, desconhecido até então, ao comércio, à indústria, à navegação e, por conseguinte, desenvolveram rapidamente o elemento revolucionário da sociedade feudal em decomposição. A antiga organização feudal da indústria, em que esta era circunscrita a corporações fechadas, já não podia satisfazer às necessidades que cresciam com a abertura de novos mercados. A manufatura a substituiu. A pequena burguesia industrial suplantou os mestres das corporações, a divisão do trabalho entre as diferentes corporações desapareceu diante da divisão do trabalho dentro da própria oficina. (MARX, 1998, p. 8)

O capitalismo manufatureiro, de um modo geral, dependia muito do apoio político estatal e das lutas entre as diferentes nações européias pelo domínio das vias marítimas e dos mercados coloniais. No século XVIII, sucessivas guerras resultaram na ascensão da Inglaterra sobre a França, seu maior rival, o que criou condições para a primeira Revolução Industrial.

A Revolução Industrial, com berço a Inglaterra, consistiu na introdução de máquinas que realizassem tarefas que antes eram realizadas com ferramentas pelas mãos dos homens. O trabalhador ao invés de produzir a mercadoria de modo artesanal, passa a operar a máquina nas suas funções. Assim de "produtor, o operário é literalmente reduzido a servente de um mecanismo, com cuja força, regularidade e velocidade ele não pode competir" (Marx, apud SINGER, 1995, p. 17). A inserção de máquinas na produção de mercadorias é vantajosa para o capital, pela redução do custo da produção. A máquina rompe os limites biológicos do corpo humano.

Do ponto de vista histórico é a passagem do feudalismo para o capitalismo e do ponto de vista técnico é a grande revolução da produção maquinizada (fábrica).

A grande indústria criou o mercado mundial preparado pela descoberta da América. O mercado mundial acelerou prodigiosamente o desenvolvimento do comércio, da navegação, dos meios de comunicação. Esse desenvolvimento reagiu por sua vez sobre a extensão da indústria; e à medida que a indústria, o comércio, a navegação, as vias férreas se desenvolviam, crescia a burguesia, multiplicando seus capitais e relegando a segundo plano as classes legadas pela Idade Média. Vemos pois, que a própria burguesia moderna é o produto de um longo processo de desenvolvimento, de uma série de revoluções no modo de produção e de troca.

Cada etapa da evolução percorrida pela burguesia era acompanhada de um progresso político correspondente. [...] a burguesia, desde o estabelecimento da grande indústria e do mercado mundial, conquistou, finalmente, a soberania política exclusiva no Estado representativo moderno. O governo do estado moderno não é se não um comitê para gerir os negócios comuns de toda a classe burguesa. (MARX, 1998, p. 10)

Na economia de mercado capitalista manufatureira a estratégia de expansão era subordinar toda a produção ao comércio e promover a unificação do mercado nacional, cabendo ao Estado Nacional agenciar as exportações e limitar as importações para aumentar o saldo comercial no país, impedindo a concorrência de manufatureiros estrangeiros até de artesãos locais.

O liberalismo econômico é parte de uma doutrina maior que se manifestará politicamente, produzindo um modo de existência que interferirá severamente nas relações humanas e consolidará uma nova ordem social. A classe burguesa buscará um "Estado 'seu', sóbrio nos gastos, avesso às aventuras guerreiras e neutro em relação à disputa pelos mercados". (SINGER, 1995, p. 19)

O pensamento liberal clássico desempenhou um papel importante na constituição do Estado Capitalista, enquanto ideologia necessária à consolidação da nova ordem social. E para esta corrente os interesses da burguesia se confundem com os interesses gerais da sociedade é o Estado, sendo este uma suposta criação de todos os indivíduos para garantia do interesse coletivo. Tal é, em síntese, o credo ou ideologia que resume a 'consciência falseada e falseadora' da nova classe exploradora e dominante, chamada Burguesia.

Há duas vertentes de pensamento liberal: a contratualista e a utilitarista. As duas vertentes comungam dos mesmos pressupostos, como o interesse comum, a racionalidade utilitária e a igualdade. A diferença entre as duas é que na vertente utilitária, o momento contratual é eliminado, não sendo necessário para a legitimidade do Estado. O pacto é gerado naturalmente, pela própria lógica da interação social. A máxima da utilidade do governo é proteger os interesses individuais, a propriedade privada, e prover meios para aumentar os lucros.

Teixeira (1987, p.3) destaca os pressupostos básicos do pensamento liberal: Individualismo, onde indivíduos isolados com interesses próprios compõem a sociedade civil; Liberdade de constituição do mercado, todo indivíduo é competitivo na sua essência, pressuposição de uma psicologia utilitarista da natureza humana, na qual é levado a constituir trocas mercantis; Igualdade formal, a máxima de que todos são proprietários de si mesmos; Mercado auto-regulável, os indivíduos, orientados por seus interesses individuais ingressam em um mercado supostamente auto-regulável, onde não há ordem política que o regule, apenas que o proteja; Separação entre Estado-sociedade; política-economia; público-privado, instâncias separadas onde a sociedade política se separa da sociedade civil, sendo a primeira em nome do interesse público e a segunda onde se dão os interesses econômicos privados.

O público na teoria liberal, não é o somatório dos interesses particulares, mas a necessidade de manutenção e preservação das regras que garantem o pleno funcionamento do mercado, o único organizador da esfera econômica. Isto partiria de uma expressão consensual de vontade geral ancorada na sacralização da propriedade privada.

O liberalismo enfrentou alguns dilemas, mesmo não admitindo a intervenção do Estado, este se fez presente na implantação das primeiras leis sociais, como a legislação fabril, de terra, do estabelecimento de tarifas agrárias e com a criação de bancos centrais para proteger o dinheiro. E enfrentou o surgimento de atores coletivos, como a classe operária, que se organizou para reivindicar o aprofundamento dos pressupostos da igualdade formal, como o sufrágio universal e os direitos sociais. (TEIXEIRA, 1987)

Portanto, ainda que o Estado defenda interesses privados, precisa apresentar também uma dimensão pública, já que é preciso administrar demandas das classes trabalhadoras para que se possa haver o consenso necessário à sua legitimação.

2.1.2 Concepção Ampliada de Estado

Como dito anteriormente, para o revolucionário alemão, Karl Marx, o Estado Moderno "não é se não um comitê para gerir os negócios comuns de toda a classe burguesa". (MARX, 1998, p. 10). A visão marxiana acerca da natureza do Estado capitalista e de suas transformações está dispersas em diversos textos ao longo de toda sua obra. Como foi dito, já no "Manifesto Comunista" (1848, de Marx e Engels), o Estado aparece como resultado da luta de classes, como produto e condição da luta de classes.

A partir do postulado de Hegel, segundo o qual, o Estado cria a sociedade civil, Marx refuta a suposta identidade entre Estado e sociedade civil, procurando assinalar a oposição entre a esfera política e a vida civil no mundo moderno. A "sociedade civil" seriam os indivíduos e seus interesses particulares e o Estado "consistiria a esfera da universalização" (COUTINHO, 1994 p 18).

Na obra "A Ideologia Alemã" a concepção marxiana revela a contradição entre propriedade e trabalho em uma das formas em que se desenvolve a luta de classes, como a própria formação do Estado, que ele chama de "comunidade ilusória". Por um lado o Estado exerce funções sociais gerais, como representante do interesse comum, por outro lado, só se apresenta assim na medida em que faz valer os interesses comuns de uma classe. O Estado agrega uma dupla determinação: exerce funções sociais gerais, resultante da divisão do trabalho, mas as exerce sob uma forma autoritária, sob a forma do domínio de uma classe sobre outra.

No campo da teoria política, Marx, Engels e Lênin, descobriram e afirmaram que todo fenômeno estatal é classista, eis a sua gênese, na divisão da sociedade em classes, motivo pelo qual mantêm a sua existência, decorrente das relações sociais de produção. E sua função reside na conservação e reprodução desta divisão, o que garante que os interesses particulares de uma classe se coloquem como interesse de toda a sociedade. (COUTINHO, 1981)

Com base nos escritos de Lênin, Gruppi (1979) destaca que no regime capitalista é inevitável que ocorra o domínio da burguesia sobre o proletariado e que a revolução burguesa não expressa tanto os interesses do proletariado quanto aqueles da burguesia, mas não se pode admitir que a revolução burguesa não expressasse de nenhum modo os interesses do proletariado:

O marxismo ensina que uma sociedade baseada sobre a produção mercantil e que efetua trocas com as nações civilizadas deve ela mesma, num determinado estágio do seu desenvolvimento, ingressar no caminho do capitalismo. [...] O desenvolvimento capitalista é necessário para quebrar os vínculos da sociedade feudal e, portanto, para desenvolver o proletariado; é a condição para que se crie a possibilidade da revolução proletária e do socialismo. (GRUPPI, 1979, p. 8)

Para Lênin, a revolução democrática, ainda nos limites da burguesia, permite ao proletariado liberdade política, que possa desenvolver suas próprias lutas, mas entende-se também que a democracia, para os trabalhadores, se torna limitada e formal, enquanto persistir a propriedade privada dos meios de produção. Tornando assim o próprio

desenvolvimento da democracia a discussão da propriedade privada dos meios de produção e condição de luta para passagem ao socialismo.

Para Gramsci um projeto particular de uma classe que passa a ser aceito pela maioria é considerado hegemônico. O Estado que defende os interesses de uma classe particular, como se fosse interesse comum a todos, produz a generalização dos interesses particulares, como se fossem interesses gerais e a isto só foi possível com a divisão da "sociedade civil". Gramsci enriquece com novas determinações, a teoria marxista do Estado, ao examinar a questão da sociedade civil.

Gramsci (1891-1937) vive em uma época de complexidade do fenômeno estatal, em que as relações de poder na sociedade capitalista estavam desenvolvidas. Sobretudo em fins do século XIX, com a formação de sindicatos, de partidos de massa, da conquista do sufrágio universal, surge uma esfera social nova, da formação de sujeitos políticos coletivos de massa, que irá chamar de "sociedade civil", "aparelhos privados de hegemonia", organismos de participação política voluntários, que não se caracterizam pelo uso da repressão. (COUTINHO, 1981)

Apoiado na descoberta dos "aparelhos privados de hegemonia", Gramsci desenvolve sua teoria ampliada do Estado, em que comporta duas esferas principais: a sociedade política e a sociedade civil. A sociedade política seria formada pela reunião dos mecanismos através dos quais a classe dominante possui o monopólio legal de repressão e a sociedade civil seria o conjunto das organizações responsáveis por elaborar e difundir as ideologias, compreendendo o sistema escolar, as igrejas, os sindicatos, os partidos políticos, os meios de comunicação, entre outros. (COUTINHO, 1981).

Segundo Neves e Martins (2010) na acepção gramsciana, hegemonia é uma relação pedagógica que busca subordinar em termos morais e intelectuais grupos sociais inteiros por meio da persuasão:

[...] designa um complexo processo de relações vinculadas ao exercício do poder nas sociedades de classes, que se materializa a partir de uma concepção de mundo e da prática política de uma classe ou fração de classe. [...] Trata-se de um conceito que expressa o movimento realizado por uma classe ou fração de classe sobre outras classes e frações de classes para convencer e organizar o consenso em torno de uma concepção particular de mundo. (NEVES; MARTINS, 2010, p. 24)

A hegemonia recebe uma base material própria, "os aparelhos privados de hegemonia", um espaço autônomo e específico de manifestação, dotada de legalidade própria

e que funciona como mediação necessária entre a estrutura econômica e o Estado, enquanto aparelho de coerção. A sociedade política, assim define Gramsci:

[...] é o aparelho de coerção estatal que assegura 'legalmente' a disciplina dos grupos que não 'consentem', nem ativa nem passivamente, mas que é constituído para toda a sociedade, na previsão dos momentos de crise no comando e na direção, quando fracassa o consenso espontâneo. (GRAMSCI, apud COUTINHO, 1981, p. 93).

A sociedade civil seria indissociável dos aparelhos privados de hegemonia, porque estes incorporam as lutas populares e conseguem ideologicamente convencê-las e dominá-las sem que percebam a dominação, mas há espaços de conquistas de contra-hegemonia.

Gruppi (1979, p. 11) destaca o significado de hegemonia em Gramsci e Lênin. Gramsci refere hegemonia à capacidade dirigente e de dominação. Em Lênin hegemonia diz respeito, sobretudo a função dirigente: "Segundo o ponto de vista proletário, a hegemonia pertence a quem bate com maior energia, a quem se aproveita de toda ocasião para golpear o inimigo; pertence àquele a cujas palavras correspondem os fatos e que, portanto, é o líder ideológico da democracia, criticando-lhe qualquer inconseqüência.".

Quando afirma que as palavras devem corresponder aos fatos, não há como existir hegemonia sem a associação entre teoria e prática/ação, sem consciência teórica e cultural da própria ação: "Hegemonia entendida não apenas como direção política, mas também como direção moral, cultural e ideológica". (GRUPPI, 1979, p. 11)

O que Gramsci formula é que dominação pura e simples não basta para a manutenção do poder. É necessária a concessão para a construção de valores comuns, tanto para mascarar os antagonismos de classe como para legitimar a classe dirigente/hegemônica.

Nico Poulantzas (1936-1979) promove uma releitura do conceito ampliado de Estado, já desenvolvido por Gramsci no século XX, em especial à natureza específica que assume o Estado no modo de produção capitalista e das funções econômicas e político-ideológicas das políticas sociais na nova correlação de classes do segundo pós-guerra.

Poulantzas (1981) aponta como fator essencial em sua teoria a distinção entre modo de produção e formação social concreta, este localizado na luta de classes, concebendo que o que o Estado produz em âmbito político, econômico e ideológico também se manifestam nas relações de produção da existência e assim o reproduzem, porque é dessa forma que mantém o Estado capitalista. Não há, portanto, uma instância específica e constante do político, materializado no Estado, autônomo de uma instância também específica e invariante do

econômico, que travam relações de exterioridade, mas separar Estado e economia é encobrir, sob o modo de produção capitalista, a presença constitutiva do político nas relações de produção da existência: "Penso que o Estado não deve ser considerado nem como um sujeito nem como um objecto, mas como a condensação material de uma relação de forças." (POULANTZAS, 1981, p. 85) A esta condensação material de uma relação de forças, concentra em si as contradições das classes. A luta de classes também se encontra no interior do Estado.

Na sua teoria relacional do Estado, o Estado capitalista não é um veículo de dominação de uma burguesia, até porque a burguesia já é constituinte de um processo histórico de luta de classes. O Estado então, na luta de classes e frações de classes, seria a materialização dessa relação, por isso a própria política do Estado é compreendida como resultado dessas contradições que se manifestam na organização política do próprio Estado. O Estado então deve ser entendido como relação: "mais exatamente como condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, tal como ele expressa, de maneira sempre específica, no seio do Estado". (POULANTZAS apud NEVES; PRONKO, 2010, p. 99)

Para Poulantzas (1981), o Estado, como correlação de forças, opera os interesses opostos das classes em disputa. As práticas do Estado, sob o modo de construção de políticas, manifesta certo tipo de coerção e consenso, pois apesar de oprimirem as classes dominadas de algum modo absorvem e subvertem as suas demandas reais. Introduzindo a presença das classes subordinadas na própria materialidade do Estado, Poulantzas então, amplia o conceito de Estado, entendendo assim a formação das políticas sociais direcionadas a classe dominada a fim de cumprir por suas demandas e lutas.

A relação das massas com o poder e o Estado, no que se chama especialmente de consenso, possui sempre um substrato material. Entre outros motivos, porque o Estado, trabalhando para a hegemonia de classe, age no campo de equilíbrio instável do compromisso entre as classes dominantes e dominadas. Assim, o Estado encarrega-se ininterruptamente de uma série de medidas materiais positivas para as massas populares, mesmo quando estas medidas refletem concessões impostas pela luta das classes dominadas. (POULANTZAS apud NEVES; PRONKO, 2010, p. 100, grifo do autor)

A intervenção do Estado nas questões sociais, por meio das leis e políticas sociais, compreende um papel importante na constituição do Estado capitalista. Estabelece uma relação de coerção e consenso, ou seja, regula e/ou proporciona condições de manutenção e

reprodução da existência, em que, ao mesmo tempo em que oprime as classes dominadas, buscam sua adesão ao projeto dominante pela aderência às suas demandas reais.

2.1.3 O caso brasileiro: Sistema de Proteção Social ao trabalhador

O processo de desenvolvimento das políticas sociais sob o capitalismo possui uma natureza contraditória. Para isto, é necessário pensar que o Estado não é somente instrumento de dominação da classe proprietária, mas mediador na relação entre trabalhadores e capitalistas. Daí seu duplo caráter: domínio para garantir a acumulação de capital e legitimação dessa ordem social.

O Estado é a garantia do trabalhador assalariado enquanto classe e não apenas da burguesia. Isto implica que o Estado possa proteger o trabalhador frente à burguesia, em especial através da regulação do trabalho e da implementação de políticas sociais. No entanto, a intervenção do Estado não é neutra desde que ocorre para repor no processo produtivo a classe trabalhadora enquanto classe dominada. (TEIXEIRA, 1987, p.11)

Teixeira (1987) discute a noção de cidadania no Estado Capitalista, quando se refere à dominação política na igualdade formal (jurídica) de todos os sujeitos:

O capitalismo tem necessidade de criar o cidadão na medida em que ele é o correspondente jurídico e político do trabalhador livre, capaz de vender a sua força de trabalho. Assim, tal como o direito formal é a expressão desta condição de produção, a nível político a cidadania é a abstração necessária à constituição, fundamento e legitimidade do poder político. [...] Enquanto abstração, que implica em uma igualdade formal entre os indivíduos isolados frente ao Estado, é condição de reprodução da dominação social, desde que nega a existência das relações contraditórias de exploração. (TEIXEIRA, 1987, P. 14)

Esta igualdade formal, ilusória, entre os indivíduos isolados, que afirma a condição de cidadania, como expressão de uma contradição do Estado Capitalista, dificulta a problematização das desigualdades existentes e a relação do Estado com as classes sociais, e em contrapartida, reconhecer a cidadania como imprescindível para a constituição, organização e luta das classes dominadas, pelo fato de existir uma relação de direito entre o cidadão e o Estado.

Importante atentar para o fato de que, a igualdade de direitos, que se manifesta em termos aos cidadãos frente ao Estado como norma jurídica, invisibiliza a desigualdade dos interesses hegemônicos presente no Estado, pela classe dominante.

Isto é, uma igualdade entre desiguais, na medida em que dá por suposto uma igualdade entre os que compram e os que vendem a força de trabalho; é um reconhecimento da 'normalidade' dessa relação como resultado de atributos 'naturais' de cada um, os possuidores e os despossuídos dos meios e instrumentos de produção. (NETO, 2003, p. 26)

A questão problemática está nos aspectos políticos-ideológicos das práticas estatais, que sob a forma das Políticas Sociais, o Estado admite a desigualdade na esfera da distribuição da renda, do consumo, e desvia assim, o problema que está na gênese da esfera produtiva, atenuando os conflitos ao invés de resolvê-los. O Estado então é responsável por organizar e manter sistemas de proteção social, que representam um conjunto de políticas públicas de natureza social, que torna invisível a desigualdade real.

No caso brasileiro, as primeiras medidas legais relacionadas à proteção social estavam relacionadas às condições do trabalho: Lei dos Acidentes de Trabalho de 1919, em que o empregador deve reconhecer e indenizar o trabalhador em caso de acidente de trabalho e a Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, em que criou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os empregados das empresas ferroviárias.

Vinculadas a grandes empresas, as CAPs destinavam-se a fornecer serviços de assistência médica e de seguridade social aos trabalhadores e seus dependentes, financiada em parte pelos trabalhadores, em parte pelos empresários. O dinheiro arrecadado era gerido formalmente por um colegiado composto por patrões e empregados, sendo que a participação dos empregados na gestão dos recursos arrecadados era mínima, correspondendo, na maioria das vezes, ao desequilíbrio de poder que marcava as posições das classes que ali estavam envolvidas. (PONTE; REIS; FONSECA, 2010, p. 119).

A partir de 1930, no governo de Getúlio Vargas, o sistema de proteção social brasileiro começa a se ampliar. Primeiramente, o objetivo era a mediação das relações entre os capitalistas e os trabalhadores, baseando suas ações principalmente no campo previdenciário, antecipando as reivindicações trabalhistas. O acesso às políticas era, geralmente, associado à inserção do indivíduo no mercado de trabalho. A política de saúde do governo Vargas enfatizava o aumento da oferta de serviços médicos aos trabalhadores urbanos, apresentando duas bases distintas: a saúde pública e a medicina previdenciária.

As CAPs foram extremamente criticadas, Vargas recebeu inúmeras cartas no período de 1930-45 a respeito da precariedade do benefício (PONTE; REIS; FONSECA, 2010, p. 120). O sistema de previdência instituído no país a partir dos anos 30 é substituído, mas não extinto, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) a partir de categorias profissionais de âmbito nacional. Rompe-se com o domínio exclusivo do contrato entre patrão e empregado, organização base das CAPs e instituem-se com forte mediação do poder estatal, os IAPs. Os IAPs passam a cobrir riscos relativos à perda temporária ou permanente da capacidade de trabalho, além de oferecer serviços de assistência médica em alguns casos. Os recursos desses institutos eram provenientes de contribuições do governo, dos empregadores e dos empregados e dependiam do que cada instituto arrecadava, sendo assim os serviços de melhor qualidade eram prestados pelos institutos que reuniam os trabalhadores com os melhores salários. (BENEVIDES, 2011)

Segundo estudiosos, os IAPs representavam parte integrante de uma estratégia maior de política estatal iniciada pelo regime Vargas. Criados segundo a lógica corporativista de relações de trabalho, que estimulava individualmente os sindicatos a entrar em contato direto com o Ministério do Trabalho para reivindicar um sistema previdenciário mais completo para sua categoria representativa. Em virtude disto instalou-se uma verdadeira competição entre as diversas categorias profissionais pertencentes aos diferentes institutos, na luta por um sistema de proteção previdenciária mais abrangente.

Com isto queremos apenas sugerir que se observe o projeto de *gestão controlada do social* de Vargas – ancorado na repressão, na propaganda, na tutela sindical e na "concessão" de uma ampla legislação social e trabalhista – de uma perspectiva mais complexa, tecida por trocas múltiplas, ainda que com recursos de poder flagrantemente desiguais (não podemos esquecer que se tratava abertamente de uma ditadura, que reprimia sem freios o sindicalismo mais autônomo e combativo e punha limites claros às formas de ação e de enfrentamento político). [...] é a vigência de um tipo de ação política na qual se busca, "dentro da lei e da ordem", ou seja, nos quadros concretos do autoritarismo estadonovista, negociar com o Estado o atendimento e a constante ampliação de direitos, afinal, na perspectiva ideológica de criar um público operário para si, o regime se apresentava como voltado à defesa e proteção dos trabalhadores. (PONTE; REIS; FONSECA, 2010, p. 127).

Essa expansão do modelo previdenciário se limitava aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal e organizados em sindicatos atrelados aos interesses do Estado, instituídos pelo governo de Getúlio Vargas. Assim, todo o aparato previdenciário e de assistência médica individual foi vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Escorel e Teixeira (2008) chamam a atenção para a concepção de "cidadania regulada", conceito definido por Wanderley Guilherme dos Santos, em 1986, a respeito de uma

modalidade de cidadania em que a base dos direitos não se refere a valores políticos universais, mas fica restrita àqueles que trabalhavam em ocupações legalmente.

Em 1º de maio de 1943 é aprovada a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) principal norma legislativa brasileira referente ao Direito do trabalho e o Direito processual do trabalho sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas durante o período do Estado Novo, unificando toda legislação trabalhista então existente no Brasil. (BENEVIDES, 2011)

A estrutura administrativa da saúde pública instituída no Estado Novo estabelecia uma separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária. A saúde pública ficava a cargo do MES⁴, destinado a controlar e erradicar doenças infectocontagiosas, endemias, epidemias que atingiam a totalidade da população. A assistência médica individual era somente destinada aos indivíduos acometidos por doenças que os impediam de exercer suas atividades no trabalho e estavam sob responsabilidade dos serviços vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008)

Diversas transformações ocorreram, mas como as demais políticas sociais, a política de saúde também ficou limitada aos rearranjos institucionais. Um marco importante foi à criação do Ministério da Saúde, independente da Educação, sob influência de sanitaristas, médicos e deputados, que já ambicionavam a integração dos serviços de assistência médica da previdência social ao Ministério da Saúde na constituição do SUS. O ideário do sanitarismo desenvolvimentista ganhou força durante o segundo governo de Getúlio Vargas (1951-1954) e na gestão de Juscelino Kubitschek (1956-1961). Surgiram inúmeras críticas à organização excessivamente verticalizada dos serviços de saúde pública, orientadas apenas por doenças e destacando a importância ao município na organização dos serviços de saúde. O auge deste movimento pode ser identificado na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, já no governo de João Goulart (1961-1964). (PONTE; REIS; FONSECA, 2010)

Na primeira fase da ditadura militar (1964-1974), o processo de "modernização" autoritária promoveu uma grande reestruturação do aparelho de Estado por meio de reformas financeiras e fiscal, previdenciária, tributária e administrativa. Aumentaram os investimentos na infraestrutura econômica e diminuíram os gastos com as políticas sociais. As reformas tinham como objetivo favorecer a acumulação capitalista, submetendo o Estado às demandas de expansão do capital privado. As condições em que passava o país eram ideais

-

⁴ O Ministério da Educação e Saúde Pública – Mesp foi criado em 1930 no primeiro governo de Getúlio Vargas. Sofreu uma reforma no início de 1937 pelo Ministro Gustavo Capanema, passando a se chamar somente Ministério da Educação e Saúde – MES.

para o investimento do capital internacional: mão-de-obra abundante, salários baixos, repressão à atividade política e à organização sindical. (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008)

Com a ditadura militar, em 1964, mesmo com a expansão de algumas políticas assistencialistas, o observado foi um aumento acentuado nas desigualdades sociais, com uma intensa precarização dos serviços prestados, diante de uma crescente clientela. Ou seja, a expansão da provisão de serviços sociais baseou-se em níveis bastante baixos de segurança social, o que acabou por excluir a maior parte da população do acesso aos serviços públicos. Contudo, alguns serviços são criados marcando a ampliação dos direitos sociais: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, que unificou todo o sistema e substituiu os antigos IAPs, uniformizando os benefícios; o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) em 1971; os grupos profissionais ainda excluídos do sistema formal, trabalhadores domésticos e os trabalhadores por conta própria, também foram incorporados em 1972 e 1973, respectivamente.

Em 1974 foi fundado o Ministério da Previdência e Assistência Social. Ao mesmo para acobertar e legitimar a flexibilidade da legislação trabalhista e o fim da estabilidade do emprego foi criado o Fundo de Garantia por Tempo Serviço (FGTS), em 1966, que passa a funcionar como uma espécie de seguro-desemprego. Os trabalhadores com empregos informais permanecem excluídos até os dias atuais. (BENEVIDES, 2011). Estes que não contribuíam para a previdência social obtinham atenção à saúde em centros e postos de saúde pública beneficente, desde que integrassem o perfil dos programas (materno-infantil, tuberculose, hanseníase, entre outros), assim como em outros serviços filantrópicos, Santas Casas, ou em consultórios privados, desde que pudessem pagar pelo atendimento.

Desta forma, estabeleceu-se um sistema social, que em teoria, cobria toda a população, mas segundo Benevides (2011, p. 65) "o sistema público foi se 'especializando' cada vez mais no atendimento precário dos mais pobres, enquanto que a provisão privada de bem-estar conquistava adeptos entre a classe média". Surge assim um sistema dual: 1) público para o "pobretariado" e 2) comercial para os remediados.

A partir do próprio Ministério da Saúde surgiu a proposta privatizante, o Plano Nacional de Saúde, também chamado por Plano Leonel Miranda, que em 1968, foi ministro da saúde. O Plano pretendia a venda de todos os hospitais do governo para a iniciativa privada, ficando o Estado apenas com o papel de financiar os serviços privados, que também, em parte, seriam custeados pelos próprios pacientes. Mas o plano implantado de forma experimental sofreu inúmeras resistências.

Em fins da década de 1960, durante o período mais repressivo da Ditadura militar que assaltou o Poder político, inicia-se um movimento sanitarista de luta pela ampliação do sistema de saúde. O modelo preventivista de atenção à saúde, difundido nos Estados Unidos influenciou o movimento sanitarista, que representa algumas mudanças significativas, em face de extrema precariedade de assistência médica existente. Daí, os questionamentos críticos que então surgiam, com relação, por exemplo, as bases teóricas do ideário preventivista que ignorava a concreta realidade sanitária brasileira. Concomitantemente, construiu-se uma abordagem histórico-estrutural materialista, na perspectiva marxista, entendida como uma 'teoria social da saúde', que considerava o caráter político da determinação social do processo saúde-doença. (ESCOREL, 2008)

A Constituição de 1988 é um marco na história da proteção social para o país. As políticas sociais passam a ser reivindicadas, pelos movimentos populares como questão pública, "responsabilidade e dever do Estado", ou seja, como direito social para efetivação da, tão propalada cidadania.

Ao instituir propostas de políticas universais e igualitárias, objetivou-se promover a inclusão social de toda a população. E apresentou como um dos marcos a garantia de direitos à saúde, previdência e assistência social em seu artigo 194: "A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social." (BRASIL, 1988)

Com a Constituição de 1988, a sociedade brasileira passa a inscrever legalmente, que o Estado é o responsável pela formulação de políticas sociais e prestação de serviços com o objetivo de garantir o bem estar dos indivíduos, devendo protegê-los, em teoria, das conseqüências que a exploração capitalista produz.

À luz dos fatos conhecidos, não parece exagerado afirmar que o texto constitucional de 1988 continua sendo um nobre desejo, da incompleta redemocratização do país, porque os novos direitos sociais fixados no papel estão sendo recortados pela atual ofensiva privatista da saúde.

2.2 A CONQUISTA DA INSCRIÇÃO 'DIREITO À SAÚDE' NA CONSTITUIÇÃO DE 1988: PÚBLICO VERSUS PRIVADO

O processo constituinte vivido pela sociedade brasileira contou não somente com a participação dos parlamentares constituintes, mas com a mobilização direta de amplos segmentos da população na definição das teses que integrariam a nova constituição. A participação do multifacetado movimento sanitário, contava com a participação ativa de profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, movimentos comunitários, movimentos feministas, movimento indígena, movimento de negros, entre outros, apresentou extrema importância, nesse processo.

Mesmo a Constituição sofrendo inúmeras transgressões/emendas praticadas pelas bancadas conservadoras e suas propostas ministeriais, o fato de incluir como dever do Estado garantir o direito à saúde, responde a um intenso processo de lutas e conquistas do movimento sanitário, pela democratização da Saúde, movimento este que permanentemente reclama o efetivo desenvolvimento das políticas públicas que operacionalizem o direito à saúde.

A partir de um intenso período de rearticulação das forças políticas nacionais e de discussão e mobilização popular, pela democratização da saúde, foi criado no ano de 1976 o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979, que promovem discussões sobre as principais questões ligadas à saúde, difundindo as demandas da reforma sanitária, incidindo assim, nos espaços institucionais e intervindo nas decisões parlamentares. (NETO, 2003)

Segundo Neto (2003, p. 28) o Cebes construiu sua plataforma em torno das denúncias da iniquidade da organização econômico social e do quanto era perverso e antissocial o sistema de prestação de serviços de saúde privado no país. O Cebes defende com objetivos racionais de organização das ações e serviços em saúde, associado a uma proposta técnica, fugindo do imobilismo quanto do voluntarismo, muito comuns nos movimentos sociais então emergentes.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo e apontando diretrizes como a extensão de cobertura com base na atenção primária à saúde, descentralização e hierarquização dos serviços de saúde, e participação comunitária, também reforçou a proposta sanitária que estava sendo construída no Brasil. (FALEIROS; LIMA, 2010)

O movimento brasileiro da reforma sanitária apresentou características importantes, sendo formado na sua maioria por profissionais de saúde, conseguiram reunir experiências de implementação de projetos e serviços de Saúde, com os conhecimentos da realidade e conhecimentos sobre saúde preventiva, social e pública, influenciados pelo pensamento de esquerda, que objetivava uma reforma ampla, que inclui não somente o setor Saúde, mas também outros setores.

Diversas são as frentes desse movimento, como a produção e divulgação das propostas transformadoras, o que gerou polêmica na época, foi a ocupação de espaços institucionais e do trabalho com parlamentares. Após a identificação de alguns parlamentares com o movimento sanitário, as discussões e denúncias foram ampliadas no âmbito do Congresso Nacional, com o intuito de cobrar das autoridades posicionamentos referente ao que estava sendo apresentado. E a proposta foi posta publicamente em debate, transformada em documento, no ano de 1979, em que foi realizado o 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, sob assessoria do Cebes. (NETO, 2003)

A necessidade de uma resposta técnica às pressões sociais e políticas gerais e específicas do setor Saúde, levou à criação de mecanismos de coordenação interministerial. A partir do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS/MPAS), já extinto, começam a serem implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que envolviam além do MPAS, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mais dois Ministérios: Educação e Cultura (MEC) ⁵ e Saúde (MS), que postulavam a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a participação comunitária. (PAIM, 1986)

Em 1980 foi elaborada a primeira versão do projeto, que se chamaria Pró-Saúde, mas por ingerência do Ministério da Previdência, passou a se chamar de Prevsaúde, que era um programa de serviços básicos de saúde e o estabelecimento de uma rede regionalizada e hierarquizada, dando destaque para o nível primário de atenção, mas preservando a rede hospitalar privada, este projeto sofreu inúmeras pressões, em especial da área hospitalar privada, que submeteria às novas regras e ao clientelismo político, aliado aos interesses neoliberais. O resultado final foi o engavetamento do mesmo. (NETO, 2003)

-

⁵ Em 15 de março de 1985 foi criado o MinC, Ministério da Cultura, pelo decreto 91.144. Os ministérios são separados, mas curiosamente a sigla MEC continua, porém passa a se chamar Ministério da Educação - como é conhecido até hoje.

Nesse período de luta contra a ditadura militar, forças políticas ligadas à saúde pública integraram o movimento mais amplo de luta pela redemocratização do país, defendendo o acesso aos serviços de saúde junto ao legislativo. Neste período a Previdência Social entrou em crise, não somente financeira, mas, sobretudo política e ideológica, centrada no modelo de saúde a ser adotado: público ou privado?

O movimento organizado da reforma sanitária propunha um sistema nacional de saúde, com a integração das medidas preventivas e curativas. (FALEIROS; LIMA, 2010). Neste período o Ministério da Saúde, se pôs a elaborar um plano de unificação da política nacional de saúde, que nunca foi reconhecido publicamente. A estratégia era separar o sistema de Saúde em dois subsistemas: um público, destinado à população carente e rural, sob responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde e outro empresarial privado, destinado àqueles que estavam regularmente inseridos no mercado de trabalho. (NETO, 2003).

Numa intensa mobilização e articulação política, sindicalistas e parlamentares aderiram ao movimento sanitário e fizeram prevalecer as propostas, pela unificação do sistema de saúde.

Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, o principal marco de formulação de um novo modelo de saúde pública e universal, que visava romper com a separação entre saúde pública e medicina curativa individual e com a intensa privatização que caracteriza o sistema de saúde brasileiro, defendendo o princípio constitucional de que a "saúde é um direito de todos e um dever do Estado".

No mesmo ano, a Abrasco realizou o 1º Congresso brasileiro de Saúde Coletiva em que se discutiu de forma sistematizada e propositiva um texto para a Constituinte, cujo conteúdo indicava fidelidade às conclusões da 8ª Conferência.

Neto (2003) destaca os aspectos considerados centrais como definidores dos novos rumos da política nacional de Saúde, que deveriam estar assegurados constitucionalmente: um conceito de Saúde, não apenas referido à assistência médica, mas envolvendo todos os seus determinantes e da saúde, qualidade do emprego, condições de trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente; direito universal e igualitário à Saúde; o dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da Saúde; a natureza pública das ações e serviços de Saúde, sendo as ações da Saúde organizadas em uma rede regionalizada e hierarquizada, gratuita e descentralizada para Estados e Municípios; controle social;

subordinação do setor privado às normas do Sistema Único de Saúde; desvinculação do Sistema de Previdência Social; proibição da destinação de recursos públicos para investimento no setor privado; proibição de capital estrangeiro nas ações de Saúde Pública; subordinação das políticas de recursos humanos, de insumos à política de Saúde Pública; explicitação de atribuições do SUS, na área de assistência, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saneamento e saúde ocupacional.

Foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que tinha como tarefa, elaborar as propostas de texto constitucional sobre a Saúde e o conteúdo da nova lei do Sistema Nacional de Saúde. O texto pela CNRS foi aprovado com reservas dos setores mais à esquerda, que consideraram ter havido concessões ao setor privado.

As discussões do novo texto constitucional na Assembléia Nacional Constituinte tiveram início nas 24 Subcomissões Temáticas, agrupadas em oito Comissões Temáticas⁶. Após aprovado na Subcomissão, o texto seguiu para a Comissão Temática respectiva, onde foram elaborados os capítulos por temas. Os três anteprojetos de cada Subcomissão foram reunidos em um anteprojeto único e, em seguida, transformados em um Anteprojeto de Comissão. A questão da Saúde ficou a cargo da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente⁷, que encarregadas de ouvir e debater com entidades da sociedade civil, lideranças e dirigentes institucionais as reivindicações e propostas para, posteriormente, elaborar um relatório para ser votado e aprovado. Neto (2003) aponta que a maioria⁸ dos Constituintes não havia escolhido a subcomissão como primeira opção, o que revelou a falta de interesse pelo setor Saúde. A subcomissão estava dividida em adeptos da 8ª Conferência nacional de Saúde e os defensores da privatização.

Três grupos apresentaram propostas à Subcomissão: o movimento sanitário (estatização da saúde), o empresariado (mercantilização da saúde) e o chamado grupo institucional (divergências entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, na defesa corporativa da preservação de cada pasta). O primeiro grupo, convergente às teses da Reforma

.

⁶ Ver em: http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/o-processo-constituinte/lista-de-comissoes-e-subcomissoes> Acessado em 08 de Nov. de 2011.

⁷ Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente: Acessado em 08 de Nov. de 2011.

⁸ Para maiores detalhes ver NETO, Eleutério Rodriguez. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 53-69.

Sanitária, foi o único a formular propostas escritas, enquanto os outros apenas discursaram. O relatório aprovado pela Subcomissão e enviado à Comissão da Ordem Social acolheu todos os pontos defendidos pelo movimento sanitário, mas não chegou a um acordo sobre algo tão fundamental como o financiamento da Saúde, sendo remetido à Comissão da Ordem Social. (NETO, 2003)

Com o encerramento das audiências públicas, iniciou-se o processo de votação dos anteprojetos e propostas de emendas apresentadas pelo relator. A primeira versão do anteprojeto foi o modelo que acabou sendo preservado até o final da Constituinte: a reunião dos setores Saúde, Previdência Social e Assistência Social, em um mesmo conjunto denominado Seguridade Social, envolvendo uma tendência à universalização e ampliação de benefícios sob responsabilidade do Estado. Este assunto gerou polêmica e representantes do movimento sanitarista foram chamados para opinar e sugerir "aperfeiçoamento" do texto.

A proposta do orçamento da Seguridade Social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela Saúde, Assistência e Previdência Social, obedecendo às metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, sendo assegurada a cada área a gestão de seus recursos. (NETO, 2003, p. 67)

Neto (2003) destaca que no processo de elaboração do projeto o movimento sanitarista esteve distanciado e justifica isto pela tática adotada pelo relator:

No início, em vez de buscar o respaldo político do movimento com o qual pretendia ter uma relação orgânica, o relator valeu-se de uma estratégia mais 'técnica', utilizando mais assessores da 'casa' que os externos, informais, como havia acontecido na Subcomissão. Embora seja difícil precisar a sequência real dos fatos, percebeu-se que, além dos assessores da 'casa', a presença que se fez sentir de forma intensa durante os trabalhos foi a do Ministério da Previdência e Assistência Social [...] (NETO, 2003, p. 66)

Durante o processo foram redigidos e votados um anteprojeto e três projetos que deram origem ao projeto de Constituição enviado ao plenário da Assembléia Nacional Constituinte. A Comissão de Sistematização foi encarregada de elaborar o projeto de Constituição propriamente dito, que seria discutido, emendado e votado pelo plenário da Constituinte. Diversas Emendas Populares foram apresentadas e debatidas entre os constituintes. Cada Emenda Popular necessitava de pelo menos trinta mil assinaturas de eleitores para serem admitidas e merecerem um indicado para ocupar a tribuna da Comissão. Apesar de o processo apresentar na sua maioria um grupo elitista, foi nessa etapa que propiciou a maior mobilização popular durante a Constituinte.

O projeto aprovado pela Comissão de Sistematização foi apresentado ao plenário da Assembléia Nacional Constituinte. O debate polarizou o plenário numa verdadeira medição de forças. A ala conservadora da Constituinte não se conformava com o teor do texto constitucional no que se referia ao campo das conquistas sociais e sua orientação estatizante. O Plenário da Assembléia Nacional Constituinte começou com um impasse. Os setores conservadores, em especial o chamado "Centrão" ⁹, não aceitavam os avanços sociais aprovados em última instância na Comissão de Sistematização e, por isso, forçaram uma mudança de regimento por meio de resolução. Esse novo regimento admitia as emendas substitutivas globais, ou seja, "a possibilidade de apresentar projetos de Constituição alternativos ao aprovado pela Comissão de Sistematização" (NETO, 2003, p. 76).

No processo final, duas questões polarizavam: a inclusão ou não da Saúde Ocupacional como parte do Sistema Único de Saúde; e a natureza pública ou privada dos serviços de Saúde. O texto original do "Centrão" não estava mais em jogo. A questão central era a possibilidade de participação da iniciativa privada na cobertura assistencial pública, ou seja, com recursos públicos. Redações foram propostas e as que contornavam o problema, proibiram a aplicação de recursos públicos para custeio da rede privada.

A Constituição foi promulgada no dia 5 de outubro de 1988. O direito à saúde foi inserido como um direito social, art. 6°, da Constituição Federal de 1988. Seu art. 198 registrou reivindicações do movimento de democratização do setor, consagrando a participação da comunidade como diretriz fundamental do Sistema Único de Saúde – SUS.

Este levantamento em que destacamos tensões/enfrentamentos que atravessaram o processo de implementação do projeto da reforma sanitária, que não se restringia apenas a uma reforma setorial, mas que tenciona exigir uma reforma societária esteve claramente marcado pela disputa entre aqueles que defendem os direitos sociais e aqueles que defendem a privatização do SUS, o empresariado. Há uma disputa entre dois projetos na saúde, não por acaso, centrais na década de 90, disputa ainda mais acirrada atualmente.

É consenso que o SUS representa uma profunda ruptura com as formas que até então, presidiam as políticas de saúde no país. Com a promulgação da Constituição de 1988, como marco, ampliou-se o conceito de saúde, reconheceu-se como direito cidadão, gerou o Sistema Único de Saúde jurídico-legal, sob responsabilidade e dever do Estado. Sujeito e objeto de

-

⁹ Setor ligado aos interesses patronais e ao governo organizou um bloco suprapartidário chamado 'Centro Democrático' mais conhecido como 'Centrão', que envolveu segmentos mais conservadores do PMDB, PFL, PTB, PDS. (NETO, 2003, p. 75)

permanente luta entre as classes realmente existentes e o Estado acomodador de interesses inconciliáveis.

As tentativas de privatização e individualização do risco, característicos da relação contribuição-benefício para reformar a Previdência não incidiram diretamente sobre o SUS. O arcabouço jurídico-legal do SUS mostrou, de certa maneira, sobreviver às tentativas de mudanças no texto constitucional, que beneficiasse os empresários do setor saúde. A ampliação da intervenção estatal com orientação do Fundo Público para as políticas sociais em articulação com a reprodução do capital promoveu a ampliação e massificação do trabalho assalariado. Situação que se alterará drasticamente no período de contra-reformas neoliberais, onde o alvo são as políticas públicas sociais e os direitos dos trabalhadores. Os posicionamentos sobre o que deve ser de responsabilidade do Estado e este delegar a gerência dos setores mais vitais à entidades privadas, que são nomeadas falaciosamente como "setores públicos não estatais" com o intuito de mascarar a privatização, submetem a saúde pública à ação do mercado. Como veremos, a saúde se tornou um grande negócio, mas continua sendo campo de luta popular, no sentido mais amplo.

2.3 A CONTRA-REFORMA DO ESTADO DE 1995: PARCERIAS E PRIVATIZAÇÕES

A resposta do capital à crise iniciado nos anos 1970, crise econômica que se manifesta na queda das taxas de crescimento e, sobretudo, no desemprego elevado e persistente, junta à redução da participação dos salários e o correlato aumento das rendas do capital no PIB¹⁰.

A evolução dos indicadores da chamada Contabilidade Nacional (PIB, RN. Emprego, etc.) são as manifestações observáveis de uma oculta reconfiguração profunda das posições (e poderes de barganha) das diferentes classes e grupos sócias nas economias e blocos políticos dos Estados centrais, que, por sua vez, impactou fortemente as relações de trabalho e o poder dos trabalhadores em nível mundial. Relações essas que, em graus diferentes, demonstram a indefesa ou regressão dos "humilhados, explorados e alienados por parte do capitalismo financeiro globalizado".

No Brasil, em particular, o processo de recomposição do poder das classes dominantes se inicia logo após a promulgação da "Constituição Cidadã" de 1988 e teve nos governos de

¹⁰ O produto interno bruto (PIB) representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, durante um período determinado.

Fernando Henrique Cardoso (FHC) as mudanças de maior impacto, a partir da chamada Reforma do Estado que se traduz na redução drástica da função social do Estado e na correlata função de apoio à acumulação concentradora de capital, através do violento e predatório processo de privatização, abertura de mercados e desregulação trabalhista, por intermédio de emendas constitucionais, leis e decretos que reconfiguraram o Estado brasileiro em favor das "leis do mercado".

Os modelos de gestão instaurados a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado em 1995, elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), comandado -----por Bresser Pereira (durante o primeiro governo, 1995-1999, de Fernando Henrique Cardoso-FHC), aprofundou objetivos classistas como: disciplina fiscal, privatização e liberalização comercial.

O Governo de FHC adotou o credo neoliberal defendendo o princípio da "soberania plena do mercado, sob comando financeiro", ou seja, que as funções do Estado deveriam se limitar a coordenar e financiar as políticas públicas, mas não executá-las, transferindo-as para entidades pseudo públicas privadas apoiadas pelo próprio Estado:

A melhoria da eficiência exigirá também a descentralização dos serviços, aproximando-os da sociedade e do cidadão, retirando do Estado atividades que possam ser melhor executadas <u>por entidades públicas apoiadas pelo Estado</u>. Também será indispensável redefinir os mecanismos de controle convencionais, voltados para o controle de processos, burocratizado e ineficaz, redirecionando-os para a avaliação de resultados. (BRASIL, 1995a, p. 7, grifo nosso)

A reforma do Estado, promovida pelo MARE, visava redefinir o papel regulador do Estado através de programas de privatização e terceirização, apresentados como instrumentos para a superação da chamada crise fiscal, redesenhando a atuação estatal, utilizando formulas falaciosas e mistificações ilimitadas.

Nesse sentido, o Estado abandona o papel de executor e prestador de serviços, delegando ao que denomina "setor público não-estatal" a responsabilidade pelos serviços como educação, saúde, cultura, mantendo-se apenas como regulador e promotor desses serviços.

Com a redefinição do seu papel, ficarão concentradas no Estado atividades relacionadas com a formulação, controle e avaliação de políticas públicas e que pressuponham o poder de Estado, transferindo-se as atividades que podem ser controladas pelo mercado e a execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado mas que devem ser subsidiados pelo Estado – como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica – para o setor privado e para o setor público não-estatal, respectivamente. (BRASIL, 1995, p. 11, grifo nosso)

Chamaremos esta definição "setor público não estatal" de um *oximoro*, que segundo o dicionário Aurélio (2000) consiste em reunir palavras aparentemente contraditórias. E é a partir desta declarada contradição que a reforma do Estado promove profundas alterações no que diz respeito à legislação trabalhista. O Estado neoliberal apresenta a flexibilização do trabalho como solução para a crise gerencial estatal, terceirizando serviços e atividades originalmente estatais para a iniciativa privada, como saúde e a educação, e a desconcentração do poder regulatório do Estado a favor das leis de mercado. O *bem público* de responsabilidade estatal converte-se em bem privado ou no esdrúxulo denominado "público não estatal".

Pochmann (2008) documenta como a constituição de um novo modelo econômico brasileiro na década de 1990, repercutiu negativamente no produto nacional e de um modo particular no nível de emprego e de salários.

Resumindo, o papel do Estado redefine-se, deixando de ser responsável direto pela produção de bens e serviços para exercer as funções de regulação e coordenação das políticas econômicas sociais, transferindo para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado.

Castro (2010, p. 13) afirma que "O sentido humano e social do trabalho está condicionado pelas modalidades de inserção dos indivíduos no mercado, ou melhor, na divisão social do trabalho". E coloca a importância de se reconhecer a situação real do mercado de trabalho, sob os efeitos da reestruturação econômica, política e ideológica do capitalismo atual, para se entender como o trabalhador assalariado se encontra numa situação desfavorável. Elenca alguns traços desta dinâmica, dentre as quais destaca: aumento da segmentação, da precarização e do desemprego e individualização das formas de contratação, dos salários e da alocação dos postos, decorrente da recomposição do poder autocrático do empresariado.

A proposta do MARE foi específica para o setor saúde, que introduziu a proposta de agencias privadas denominadas "organizações sociais" como forma neoliberal de gestão dos serviços públicos de saúde. Entrega-se aos agentes privados, os serviços de saúde em nome do gerenciamento moderno financiados pelo público, isto porque, se explica a crise no setor saúde, que na década de 1990 sofreu restrições financeiras, reduzindo o gasto público per capita em saúde no Brasil ocasionando sucateamento, precarização da rede assistencial pública, baixa remuneração dos trabalhadores de saúde, ocasionado pela ineficiência do

Estado, que utiliza de forma inadequada os recursos na área social em consequência da corrupção. Com esta propaganda ideológica, a saída seria a entrega da administração do público à iniciativa privada. (LIMA, 2007)

A saúde que no projeto cidadão da Reforma Sanitária apresenta um caráter de direito universal, cujo cumprimento é de responsabilidade estatal, passa a ser uma mercadoria a mais e, com isto, os usuários do sistema de saúde passam a ser clientes consumidores desse mercado.

O repudio majoritário do voto popular a neoliberalismo, à ofensiva privatista promovida pelo Governo FHC, manifestou-se indiretamente nas eleições presidências de 2003, que consagraram ao PT e partidos aliados, capitaneado por Lula, como presidente do Brasil. Pela primeira vez, vencia um candidato cujo discurso original, aparecia para grande massa de eleitores, como o oposto ao eterno reinado dos grandes proprietários (nativos e estrangeiros) e seus associados: alta burocracia política e mandarins dos aparelhos cívico-militares do Estado.

Mesmo com a pressão dos mercados, do capitalismo financeiro, acreditava-se que o Brasil estaria inaugurando um momento histórico em que enfrentaria as políticas de ajuste e a nova estratégia estaria orientada a promover verdadeiras políticas sociais com participação direta do andar de baixo da sociedade. Mas o que se observou foi certa repetição do mesmo, uma renuncia as promessas originais de desfazer as nefastas praticas introduzidas pela contrareforma do Estado, iniciada por Collor e aprofundada por FHC, diminuindo o espaço público e ampliando o espaço privado, no que diz respeito ao plano econômico e ao campo dos direitos sociais conquistados. (BRAVO; MENEZES, 2008)

As orientações econômicas têm impacto nas políticas sociais, em que a solução não está na expansão do gasto social, e sim no enfoque dado a elas. Investe-se em políticas focalizadas, em detrimento da lógica do direito e da seguridade social universalizada. A expectativa era que o governo Lula fortalecesse o projeto da Reforma Sanitária, que em alguns aspectos, tenta manter a agenda ético-política da Reforma Sanitária, mas na prática, assisti-se ao fortalecimento de outro projeto para a saúde, o Privatista, em que se destaca: a precarização, a terceirização dos recursos humanos, o desfinanciamento e a inviabilização da concepção de Seguridade Social. (BRAVO; MENEZES, 2008)

Bravo e Menezes (2008) apontam no discurso de posse do ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão¹¹, a omissão de temas centrais ao ideário do projeto reformista que diz respeito à concepção de seguridade Social, Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e Saúde do Trabalhador, mas em contraposição ao projeto, defende a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, que diz respeito à criação das Fundações Estatais. Com isto verifica-se que também há disputa ideológica no interior do próprio movimento de reforma sanitária.

3 A POLÍTICA DE (DES)HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

No capítulo anterior foram abordados os seguintes temas: o processo de formação do Estado Moderno Brasileiro, que apresentou características peculiares, concretas, determinadas historicamente, na regulação contraditória entre capital e trabalho; a conjuntura da Reforma Democrática de 1988; pela luta conquista de um sistema de saúde universal e o reordenamento pela Reforma do Estado de 1995 do governo de FHC, que dispara um processo nada sutil, que infelizmente não foi rejeitado por Lula, quem na pratica vem priorizando as parcerias publico-privadas; uma forma sub-reptícia de usurpação empresarial da saúde pública e de dualização do sistema: uma medicina para ricos (direta e indiretamente financiada pelo Estado) e outra, subfinanciada e sucateada, para as grandes maiores de pobres que trabalham cada dia mais duro por salários aviltados.

Neste capítulo, será analisado o processo de precarização das relações de trabalho que se generalizou e institucionaliza na administração pública, em especial na Saúde, a partir do projeto apresentado ao Congresso Nacional a respeito da criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no ano de 2007, as quais possuem extrema semelhança com o projeto das Organizações Sociais (OS) de 1998, com destaque para a flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público. Para isto, reunimos editais e leis que viabilizam e respaldam a política empregada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), com relação ao modelo de contratação temporária de pessoal estabelecida no período de 2007 a 2010, como parte de um conjunto de estratégias que visam abolir o instituto da estabilidade no

¹¹ Ministro da Saúde durante o segundo mandato do governo Lula, empossado em março de 2007 e sucedido em 1 de janeiro de 2011, por Alexandre Padilha.

serviço público e adaptá-lo à lógica mercantil privada de gestão da mão-de-obra. E para ilustrar destacamos algumas entrevistas e matérias publicadas em jornais e sites a respeito das mudanças no modo de gestão da saúde em âmbito estadual.

3.1 PROJETO PRIVATISTA: A INSTALAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

Conforme foi destacado no capítulo anterior, a contra-reforma do Estado é implementada no Brasil de forma mais drástica a partir da década de 1990. As mudanças ocorridas no setor saúde estão diretamente relacionadas ao processo de reestruturação produtiva ocorrido no interior dos serviços públicos, transformando de modo radical o parcelamento dos processos de trabalho, o mercado da força de trabalho, os procedimentos produtivos e o ciclo de acumulação do capital. A forma de emprego é uma questão políticosocial, orientada por distintas formas de organização do processo de trabalho e de produção e nunca um fenômeno determinado exclusiva ou principalmente pelas tecnologias. A tecnologia é um produto dos homens em sociedade, sociedade esta historicamente marcada pela correlação das forças de classes, em movimento.

O que queremos destacar passa essencialmente pela fragmentação dos trabalhadores a partir da terceirização, da inclusão de novas modalidades de contratação. A reestruturação se dá, mesmo considerando que os trabalhadores da saúde não participam diretamente da produção de mais-valia, mas que têm em comum com os demais trabalhadores a condição de assalariamento e de venda de sua força de trabalho como condição de sobrevivência. A contra-reforma do Estado incide diretamente sobre suas condições de trabalho. Contrariando a visão estreitamente mercantilista que reduz e mede toda atividade e a própria vida humana o valor de troca, cuja expressão monetária é o Preço, uma visão filosoficamente humana não pode deixar de considerar o trabalho em saúde como principal fonte de riqueza por atuar, justamente na produção e reprodução do ser humano, da força humana de trabalho. Por conta disso, o trabalhador do setor saúde está situado na primeira fila dos produtores de valor social, por mais que o capitalismo e seus oficiais ideológicos tentem pontuar o contrário.

O Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) formula diretrizes, incluindo alterações nas relações de trabalho no que diz respeito aos servidores públicos, com o falso pretexto de superar a administração burocrática a partir da adoção da administração gerencial ou *new public management* incluindo mudanças no trabalho no serviço público: "A redução de custos será perseguida ao mesmo tempo em que se promove a

contínua revisão e aperfeiçoamento das rotinas e processos de trabalho, simplificando procedimentos, desburocratizando e estabelecendo metas e indicadores de desempenho e de satisfação do cidadão." (MARE, 1997, p. 7)

Segundo o MARE, a melhoria da eficiência exigirá também a descentralização dos serviços, aproximando-os da sociedade e do cidadão, retirando do Estado atividades que possam ser mais bem executadas por entidades "públicas" apoiadas pelo Estado, o que chama de "publicização", ou transferência para o setor privado das atividades ligadas às políticas sociais, com a adoção da contratação pela CLT.

Publicização refere-se à <u>produção não-estatal de bens públicos</u>, por entidades situadas no âmbito do denominado terceiro setor (<u>setor de serviços não orientado para o lucro</u>). A implementação de Organizações Sociais implica em duas ações complementares: a publicização de determinadas atividades executadas por entidades estatais (que serão extintas); e a absorção destas atividades por entidades privadas qualificadas como OS, mediante contrato de gestão. (MARE, 1995a, p. 3, grifo nosso)

Dessa forma, posteriormente foram aprovadas a Lei N° 9.637/98 que institui o "Programa Nacional de Publicização", a Lei N° 9.737, de 15-05-98, regulamentando as Organizações Sociais e os contratos de gestão, a Emenda Constitucional N.º 19/98 que acresceu o parágrafo 1º ao art.37 da CF, validando os contratos de gestão celebrados entre o poder público, dirigentes de órgãos públicos e entidades de administração indireta, entre outras alterações.

Como sabemos, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) é a principal norma legislativa brasileira referente ao Direito do trabalho e o Direito processual do trabalho. Ela foi criada através do Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943 e sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas durante o período do Estado Novo, unificando toda legislação trabalhista então existente no Brasil.

A política de contra-reforma apresenta a subordinação das políticas sociais à política de ajustes estruturais, baseada na contenção de gastos públicos, sobretudo na área social, o que leva a separação entre o financiamento e a execução das ações de saúde com a transferência para instituições de direito privado, como forma de aumentar supostamente a eficiência e a qualidade. Ocorre também, uma degradação das relações de emprego no serviço público, diferenciando trabalhadores que compõem as carreiras típicas de Estado, ditos funcionários públicos "essenciais", ligados, sobretudo às áreas de segurança, justiça e regulação, e com relação aos demais trabalhadores, de outras áreas, incluindo a social, que sofrem profundas alterações no que diz respeito à legislação trabalhista. Parte dos

trabalhadores da saúde passaria a ser regido pela CLT, com redução de seus direitos se comparada ao Regime Jurídico Único (RJU), constituindo-se num típico processo de precarização do trabalho. (MARCH, 2011)

A Constituição de 1988 tem papel organizativo do serviço público e conseqüentemente na carreira do servidor público. O texto constitucional aborda questões relativas aos servidores públicos em razão da necessidade de fixação de critérios mínimos de organização a serem obedecidos não só pela União, mas também por Estados, Municípios e pelo Distrito Federal. A Constituição ao tratar o tema, estabelece regras de investidura nos cargos e empregos públicos, mediante concurso público, responsabilidades, direitos e deveres, condições de aposentadoria, estabilidade, entre outras questões, objetivando uniformizar no Brasil, o estatuto de servidor público. Porém, cada ente estatal deverá organizar sua legislação relacionada aos servidores públicos, atendendo às determinações contidas na Constituição. (OLIVEIRA, 2007)

A Constituição instituiu um Regime Jurídico Único (RJU) para os servidores civis da administração direta, autárquica e fundacional, como trata o art. 39: "A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas." Como o texto constitucional não estabeleceu sansões para a não-observância da regra para instituição do regime único, essa omissão permite a vários entes estatais ignorar aquela, instituindo regimes diferenciados. (OLIVEIRA, 2007)

A Emenda Constitucional nº 19 de 4 de junho de 1998, retirou da Constituição a obrigatoriedade de manter um único regime: "Art. 5º O art. 39 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação: Art. 39 A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão conselho de política de administração e remuneração de pessoal, integrado por servidores designados pelos respectivos Poderes." Em virtude disto, os entes estatais passam a implementar não somente o regime jurídico único, o estatutário, como passam a fazer uso do regime de emprego público regido pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). O MARE também reforça esta determinação:

O texto constitucional deixa de estabelecer a obrigatória instituição de regime jurídico único para os servidores da administração direta, autárquica e fundacional; dessa forma, a União, Estados, Distrito Federal e Municípios poderão, a seu critério, adotar mais de um regime, inclusive o regime celetista, de modo a melhor atender às peculiaridades de cada segmento da administração. (BRASIL, 1997a)

O Estado do Rio de Janeiro, inicialmente elaborou no Decreto-lei 220/1975 normas aplicáveis somente aos servidores do Poder Executivo. Quando o texto constitucional passou a exigir um único regime para disciplinar as relações jurídicas, a Lei 1.698/1990 determinou a adoção do Dec-lei 220/1975 como regime único para o Estado do Rio de Janeiro, passando a ser aplicado para todos os poderes. O Dec. 2.479/79 regulamenta o Dec-lei 220/1975, em seus diversos aspectos da legislação, mas parte das normas contidas na legislação estadual deixou de ser aplicadas em razão da incompatibilidade com o texto constitucional superior. Há então diversas atualizações/correções nos decretos.

Como foi visto, o MARE alterou o que considera incumbência do Estado e buscou "descentralizar e melhorar o desempenho gerencial na prestação de serviços públicos na área social, mediante implantação de Organizações Sociais, sem vinculação administrativa com o Estado, mas sustentadas com recursos públicos e controladas por contratos de gestão" (BRASIL, 1997a) Desse modo legitimou a invasão mercantil da esfera estadual, com inúmeras mudanças no quadro de funcionários na gestão dos serviços. Tais mudanças incluíram para todos os trabalhadores — estatais ou não — novas exigências em termos abstratos de polivalência ou multifuncionalidade, assim como normas de avaliação de desempenho como principal mecanismo para a concessão de incentivos e reajustes e diferenciação no interior das carreiras.

3.1.1 Breve resgate histórico do serviço público brasileiro

A Constituição de 1988 é um marco organizador da estrutura administrativa brasileira, inclusive da carreira de seus agentes públicos, o que torna significativo visto que a administração brasileira é marcada historicamente pelo patrimonialismo e pelo clientelismo. (BATISTA, 1999).

Aponta-se como primeira estrutura administrativa a que se deu após a independência em 1822, com a vinda de D. João VI para o país. (BATISTA, 1999) Com este marco histórico inicial, o serviço público brasileiro desenvolveu-se segundo uma estrutura que parece ser a base que se reproduzirá ao longo de toda a história e que perdura até a hoje.

Inicialmente, o país possuía uma economia agro-exportadora em que os donos da terra e dos escravos operavam exclusivamente o setor rural. Ao exercício profissional no âmbito do Estado assumia os demais setores da elite econômica. Portanto, no Brasil, os agentes públicos confundiam-se com a elite política e o serviço público tornava-se "uma ilha de letrados num mar de analfabetos". (CARVALHO, 2003, p. 65) A burocracia colonial e pós-colonial

formava um bloco com os escravocratas representado pelo coronelismo tradicional truculento e insaciável.

O Estado era o único local de emprego dos filhos das elites, que se formava nas escolas jurídicas de Portugal, situação esta fundamental para se entender três características do nascimento de nossas instituições políticas: o clientelismo, o patrimonialismo e o parasitismo.

Para ocupar um cargo público, diversos acadêmicos voltavam de seus estudos na Europa e galgavam uma ocupação nos postos na carreira político-militar do país. Inúmeras formas eram utilizadas e todas de um modo particular, como um favor, por amizade, e por pertencimento familiar. Estas formas não meritocráticas de recrutamento de pessoal para a administração pública, lançam as bases do clientelismo até hoje observado. (CARVALHO, 2003)

O Estado é visto como extensão do âmbito privado das famílias, a serviço dos familiares e amigos, fortalecendo o patrimonialismo. O patrimonialismo é a característica de um Estado que não possui distinções entre os limites do público e os limites do privado. (BATISTA, 1999)

Em virtude do excesso de funcionários, a grande maioria de formados que ingressa no serviço público, provoca aumento do gasto e manutenção da máquina pública. E isso "redundava em número de funcionários excessivo em relação às tarefas deles exigidas, dando origem às queixas sobre o parasitismo e o custo exagerado do funcionalismo". (CARVALHO, 2003, p. 161) Tal forma administrativa irá se reproduzir sem significativas mudanças estruturais, até os anos 1930.

O avanço da industrialização, durante o governo Vargas, exigia do Estado novas respostas para o capital e para o trabalho. O período de 1930-1945 significou uma modernização do serviço público. O governo Vargas foi o maior empreendedor da evolução da Administração Pública como instituição, legitimando o binômio indivíduo/profissional no serviço público, implantando o sistema de mérito e o sentido de profissionalização de carreiras. São marcos desse processo: Criação do DASP – Departamento Administrativo do Serviço Público em 1938 e o Decreto lei nº 1.713 de 28 de outubro de 1939 que dispunha sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União e criava a necessidade de concursos para ascender na carreira como funcionário público. (BRITO, 1988)

Territórios e, no que couber, dos da Prefeitura do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios. (BRASIL, 1939)

Após o governo Vargas pouco se avançou na estrutura administrativa a não ser o Decreto-lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967, sancionado por Castelo Branco, um dos ditadores militares que flexibilizou a estrutura administrativa nacional. A partir disso fala-se de estagnação na organização administrativa até as reformas instituídas pela Constituição de 1988. (BATISTA, 1999)

A Constituição de 1988 reforça a organização e o mérito como formas de acesso ao serviço público, posto que a torna acessível, mediante concurso público, a todo cidadão independente de parentesco ou relações clientelistas.

Art. 37 A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

- Os cargos, empregos e funções públicas são acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, assim como aos estrangeiros, na forma da lei;
- II. A investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração; (BRASIL, 1988)

A Reforma de 1995 com o Plano Diretor de Reforma do Estado desconstroem e negam vários preceitos democráticos de 1988, reformando a Constituição, incluindo suas legislações subordinadas. Apresenta um modelo gerencial que diminui a intervenção estatal, flexibilizando os direitos dos trabalhadores e precarizando os empregos.

3.2 "NOVOS" MODELOS DE GESTÃO: FLEXIBILIZAÇÃO DOS DIREITOS DOS TRABALHADORES DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

A instituição de "novos" modelos de gestão se originou a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado (1995), elaborado, como foi dito, pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) coordenado por Bresser Pereira no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, que aprofundou idéias centrais como: a disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial. A proposta era delegar a gestão dos serviços ditos "não-exclusivos" às Organizações Sociais (OS).

3.2.1 As Organizações Sociais

Em setembro de 2011, um portal da internet¹² divulgou a aprovação na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj) do projeto de lei 767 que delega a gestão da Saúde no Rio de Janeiro às Organizações Sociais: "Depois de muita discussão no plenário da Assembleia Legislativa do Rio (Alerj) e tumulto do lado de fora, foi aprovado o projeto de lei que autoriza a gestão das unidades de saúde pelas Organizações Sociais, na tarde desta terçafeira". Segundo a matéria, as OS buscarão a qualificação à desqualificação das organizações na administração das unidades, ratificando a discussão sobre a ineficiência do Estado na gerencia do setor saúde.

O "tumulto do lado de fora" se refere a usuários das unidades de Saúde, servidores, bombeiros e representantes de sindicatos que se colocaram contra a aprovação alegando irregularidades no projeto, já implementado na Bahia e em São Paulo. Para os manifestantes, esse projeto objetivava a entrega dos hospitais públicos estaduais a empresas privadas, disfarçadas de Organizações Sociais, o que caracteriza um processo de privatização da rede pública. A essa virada regressiva da natureza social da saúde somam-se ao uso indevido dos cofres públicos, facilitado pela dispensa de licitação para compra de material e cessão de prédios, eliminação de concurso público para contratação de pessoal e também a eliminação dos direitos trabalhistas.

Em entrevista à rádio¹³, o Secretário Estadual de Saúde defende o modelo aprovado, afirmando que:

A primeira coisa que a gente tem que afastar é a questão da privatização da saúde. Privatização da saúde seria se os hospitais passassem a atender planos privados, seguros, passassem a atender planos de saúde e isso não vai ocorrer. [...] O que nós estamos querendo na realidade é melhorar ainda mais a assistência dos nossos pacientes, buscando incessantemente, modelos que estão sendo aplicados, não só no país, mas no mundo inteiro, em melhoria, em benefício dos pacientes, essa é a nossa grande preocupação. O paciente hoje não está preocupado se do outro lado da cadeira, tem um servidor estatutário, ou se do outro lado da cadeira tem um servidor celetista, o que o paciente quer saber é se ele está sendo bem atendido e se o problema dele vai ser resolvido [...]

Transcrição no ANEXO A

¹² Disponível em: http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2011/09/deputados-aprovam-gestao-da-saude-por-organizacoes-sociais-no-rj.html Acesso em 27 de dez. de 2011.

¹³ Entrevista realizada no dia 16 de setembro de 2011 pela rádio CBN:

http://cbn.globoradio.globo.com/cbn-rj/2011/09/13/MOVIMENTOS-SINDICAIS-PROTESTAM-CONTRA-PROJETO-DAS-ORGANIZACOES-SOCIAIS-NA-REDE-PUBLIC.htm Acesso em 29 de set de 2011.

A definição do modelo de gestão apresentado pelo Secretário deixa transparecer uma forma visível de mercantilização da saúde, não importando quem faça, mas o importante é fazer. O que essas palavras não podem ocultar é o repasse de dinheiro público a empresas privadas para "gerenciarem" a coisa pública. Transferência da gestão das atividades das políticas públicas mediante repasse de recursos, de instalações públicas e de pessoal a um grupo privado denomina-se privatização do público. Bahia (2012) explica claramente o crescimento da inserção do privado na saúde pública: "A recusa do governo federal, legitimada pelo Congresso Nacional no final de 2011, de ampliar recursos para o SUS dinamiza um subsistema público sub-financiado e um subsistema privado crescentemente subsidiado com recursos públicos."

Na mesma entrevista, o Secretário é questionado a respeito de o Estado transferir a gerencia para as Organizações Sociais e admitir que não consegue administrar a saúde. A resposta do Secretário diz: "nós não temos nenhum modelo que vá resolver todos os problemas da saúde, não tenho medo, vergonha nenhuma de dizer, que é um problema sério, de difícil solução, e que nós estamos buscando alternativas" e define que o principal papel do Estado é fomentar os programas relacionados à saúde, trabalhar incessantemente na organização entre os municípios, na regulação dos direitos. Para ele o Estado não deve ser um prestador de serviço, "o que nós estamos fazendo na realidade é deixar quem tem "expertise" em prestar o serviço, quem tem a expertise da gestão do serviço são empresas que estão acostumadas a fazer isso". O Secretário atualiza de forma clara a lógica do Plano Diretor da Reforma do Estado proposto na década de 90.

E para finalizar há o questionamento sobre a fiscalização dos recursos públicos, que vão ser entregues as OS, para gerir a saúde pública do estado do Rio. O Secretário reafirma o controle que já ocorre: "Conselho Estadual de Saúde, que já faz a fiscalização das ações da Secretaria de Estado, da Assembleia Legislativa, do Tribunal de Contas do Estado, do Ministério Público, sem afastar, sem esquecer de todo o controle interno que será feito pela própria Secretaria".

Apesar do Secretário Estadual de Saúde citar como instâncias fiscalizadoras, como o Conselho Estadual de Saúde (órgão de controle que merece uma discussão particular sobre a sua participação na fiscalização das ações, serviços e contratações na saúde que será tratado no terceiro capítulo), argumenta que: "O paciente hoje não está preocupado se do outro lado da cadeira, tem um servidor estatutário, ou se do outro lado da cadeira tem um servidor celetista, o que o paciente quer saber é se ele está sendo bem atendido e se o problema dele

vai ser resolvido", que nos indica uma gestão funcionando aos moldes cliente/empresário própria do setor privado, excluída, portanto, qualquer participação do usuário na gestão. Só que neste caso o pagamento é feito através do montante arrecadado dos contribuintes (pacientes) e desviado para as empresas que passam a vender os serviços de saúde. E a saúde que apresentava um caráter de direito universal, passa a se configurar como um bem de mercado, em que os indivíduos devem adquirir.

Como dito anteriormente, o projeto das Organizações Sociais não é recente. O MARE elaborou o anteprojeto de lei e o Decreto de Regulamentação das Organizações Sociais, que não foi viabilizado na época. Este documento afirmava dogmaticamente, sem qualquer prova empírica, que "a garantia da eficiência e a qualidade dos serviços devem ser asseguradas pela descentralização da União para os Estados e destes para os Municípios, através de parceria com a sociedade, por Contratos de Gestão". (REZENDE, 2004, p. 27)

A Lei das OS, nº 9.637 de 15 de maio de 1998, foi aprovada no Congresso Nacional e "dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que mencionam e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências." (BRASIL, 1998)

Em seu artigo 1º a Lei apresenta como objetivo formal: "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"; nos artigos 5º ao 10º institui o contrato de gestão. O artigo 4º, ao falar sobre as atribuições privativas do Conselho de Administração, destaca o inciso VIII, que diz "aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade". A partir do "regulamento próprio", as OS podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório, porque assim são atribuições do Conselho de Administração.

O discurso do Secretário de Saúde, citado, está afinado com o projeto das Organizações Sociais elaborado pela lógica do Plano Diretor da Reforma do Estado (1995), no que diz respeito a ineficiência estatal e a recusa do papel de prestador de serviço:

Tornou-se, consequentemente, inadiável o equacionamento da questão da reforma ou da reconstrução do Estado que, se por um lado já não consegue atender com eficiência a sobrecarga de demandas a ele dirigidas, sobretudo na área social; [...] A reforma do Estado não é, assim, um tema abstrato: ao contrário, é algo cobrado e

iniciado pela sociedade, que vê frustradas suas demandas e expectativas. [...] Desse modo, o Estado abandona o papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto no papel de regulador e provedor ou promotor destes, principalmente dos serviços sociais como educação e saúde, que são essenciais para o desenvolvimento, na medida em que envolvem investimento em capital humano. (BRASIL, 1997, p. 2)

Cabe às OS, então, desempenhar serviços de interesse público. O Estado, por sua vez, fica responsável por transferir bens e recursos para que essas organizações desempenhem seu papel. Por se enquadrarem em uma atividade do terceiro setor, as OS recebem determinados benefícios – doações orçamentárias, isenções fiscais, recursos financeiros e bens públicos – necessários para que possam cumprir os termos do contrato de gestão.

Portanto, há uma "propaganda ideológica" como afirma Lima (2007, p. 6) que conta com a colaboração dos meios de comunicação de massa, que produz um discurso ideológico combinado a uma materialidade, em que destaca inúmeros problemas que envolvem os hospitais e serviços de saúde decorrentes da má administração pública, produzindo a sensação do quanto é ruim o serviço público, como pode ser visto em uma matéria da revista Época¹⁴ de novembro de 2011 que publica sobre "O SUS que funciona e o SUS que fracassa", apresentando "os dois sistemas brasileiros" de saúde.

Segundo a matéria, o que funciona é aquele gerido pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS), onde as instituições dispõem de equipamentos de ponta, medicamentos modernos e instalações limpas e confortáveis, profissionais contratados e avaliados de acordo com as leis de mercado e a gestão administrada por uma entidade privada, "sem fins lucrativos", em que, supostamente, haveria um controle rígido dos gastos e dos serviços prestados. E o que fracassa é o fato das instituições não serem obrigadas a manter um contrato de gestão com orçamento e metas estabelecidas, funcionários públicos mal remunerados, sem plano de carreira e sem estímulo para produzir mais e melhor, greves constantes, hospitais lotados, falta de planejamento para prever a demanda habitual e o preparo para emergências.

Gramsci (1979) afirma que os órgãos de opinião pública, jornais e associações, têm um papel destacado nesse processo, na construção do consenso. Possuem capacidade de disseminar e multiplicar os valores do consenso hegemônico:

O exercício "normal" da hegemonia, no terreno clássico do regime parlamentar, caracteriza-se pela combinação da força e do consenso, que se equilibram variadamente, sem que a força suplante muito o consenso, ou melhor, procurando obter que a força pareça apoiada no consenso da maioria, expresso pelos chamados

-

¹⁴ Anexo B.

órgãos de opinião pública – jornais e associações – os quais, por isso, em determinada situação, são artificialmente multiplicados. (GRAMSCI, 1980, p. 116)

A noção de sentido é construída socialmente na vida social e histórica. A produção de sentidos e o que é representado socialmente nunca é neutro, transparente e diretamente acessível à consciência do sujeito. Ou seja, toda representação ou sentido social passa necessariamente pela ideologia e pelo imaginário social. A ideologia não é um conjunto rígido de idéias e nem todo conjunto de idéias é ideológico. Para ser ideológico o conteúdo do discurso deve remeter a valores e crenças ao propor modos de relações, assim como propõe o sistema capitalista ao inaugurar o modo de relação de produção, em que a classe dominante detém o poder. A ideologia mesmo entendendo-a como falsa consciência é uma representação sólida da realidade, que organiza a vida prática dos seres humanos. Nem todos que se comprometem com a ordem social dominante são iludidos, há a compreensão da realidade, mas o que ideologicamente acaba se produzindo é a não possibilidade para pensar em alternativas, nesse caso a ideologia dominante cumpriu o seu papel.

A "Lei das OS", programou "o estado mínimo para o país" (REZENDE, 2008, p. 27), conforme proposto no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, onde na verdade se lê: mínimo para o social e máximo para o capital. A justificativa do Governo, entre outras, era de que os "serviços não exclusivos", que segundo o Plano corresponde "ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas", podem ser transferidas à iniciativa privada, sem fins lucrativos, sob o argumento de parceria e modernização do Estado, porque esta transferência resultaria em melhores serviços à população; autonomia gerencial; maiores responsabilidades aos gestores desses serviços; melhor atendimento e menor custo. (BRASIL, 1997)

Há que se destacar no projeto das OS, a forma "propriedade pública não-estatal". Segundo o texto:

[...] existe no capitalismo contemporâneo [Neoliberalismo] uma terceira forma, intermediária, extremamente relevante: a propriedade pública não-estatal, constituída por organizações sem fins lucrativos que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão diretamente para o interesse público. [...] Não é propriedade estatal porque aí não se exerce o poder de Estado. Não é, por outro lado, a propriedade privada, porque se trata de um tipo de serviço de caráter público. (BRASIL, 1977)

A introdução da administração gerenciada, como estratégia de gestão do SUS, é um subterfúgio para a terceirização e a privatização de serviços do setor saúde que se transforma em problemas previsíveis, alguns destaques, como demonstra Rezende (2004, p. 32)¹⁵:

- a) Transferência da "poupança pública" ao setor privado lucrativo;
- b) Repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos a empresas de Direito Privado;
- c) Desregulamentação do Sistema Público de compra de bens e serviços (Lei 8.666/Lei das Licitações que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública);
- d) Os servidores públicos, cedidos às OSs continuarão vinculados aos seus órgãos de origem, integrando um "Quadro em Extinção", desenvolvendo atividades para o setor privado;
- e) Flexibilização dos contratos de trabalho;
- f) Desmonte da gestão única do SUS;
- g) A hierarquização dos serviços de saúde estará comprometida, na medida em que cada serviço terceirizado/privatizado tem em si a característica de autonomia em relação à Administração Pública e ao SUS. Fica comprometido o sistema de Referência e Contra-Referência.

A descentralização administrativa da gestão das políticas sociais restringe ou até anula direitos sociais que permitem falas de cidadania. Descentralizar no SUS não é terceirizar. O artigo 7º da Lei 8080/90 e em destaque o inciso IX deixam claro a unicidade de cada esfera.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990)

Segundo Matta (2007) a diretriz da descentralização define que o poder político, as responsabilidades e os recursos que competia antes à União se "desconcentre" e passe a ser distribuído aos estados e municípios e ressalta uma diferença importante:

[...]a descentralização é uma diretriz que incorpora em cada esfera de governo os princípios e objetivos do SUS, fortalecendo o federalismo expresso na Constituição de 1988. Isso é inteiramente diferente da descentralização política proposta pelo ideário neoliberal que preconiza a redução do papel do Estado, a terceirização de

-

¹⁵ Há um parecer do Dr. Wagner Gonçalves, Subprocurador Geral da República, em que manifesta diversos argumentos a respeito da ilegalidade e inconstitucionalidade das Parcerias na Saúde. Disponível em: REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza. (Org). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

serviços e atividades originalmente estatais para a iniciativa privada, como saúde e a educação, e a desconcentração do poder regulatório do Estado a favor das leis de mercado. (MATTA, 2007, p. 74).

Em face ao disposto na Constituição de 1988, no art. 196 e na Lei 8080/90, no art. 2°, o Estado tem a obrigação de prestar diretamente os serviços públicos de saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

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

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990)

3.2.2 Considerações sobre gestão em saúde

Segundo Campos e Campos (2008) gestão e administração aparecem em diversos textos como sinônimos e referem-se ao ato de governar, dirigir pessoas, organizações e instituições e confunde-se com exercício de poder. Destacam que "política" remete justamente a esta definição, que na Grécia Clássica, a política era a capacidade de fazer a gestão democrática das cidades.

Os autores chamam a atenção para a constituição da administração e da gestão, como um campo estruturado e sistemático de conhecimento, que produziu uma ruptura ou uma descontinuidade entre a política e gestão, em que a disciplina e o controle se constituem como métodos centrais de gestão. Assim, uma racionalidade instrumental (gestão) se sobrepõe à Política como arte de convivo participativo da cidadania.

A moda da gestão apresenta-se como um desenvolvimento sofisticado dos banalizados termos taylorismo e fordismo. Uma narrativa sedutora pela sua simplificada representação de fenômenos observáveis refere que no início do século XX duas formas de organização de produção industrial provocaram mudanças significativas no ambiente fabril: o taylorismo e o fordismo. Esses dois sistemas visavam à racionalização extrema da produção e, conseqüentemente, à maximização da produção e do lucro.

Frederick Winslow Taylor (1856-1915), engenheiro mecânico, desenvolveu um conjunto de métodos para a produção industrial que ficou conhecido como taylorismo. De acordo com Taylor, o operário deveria ser apenas executante de uma função/tarefa parcelada e simples, um menor tempo possível, inserido mecanicamente a um processo produtivo concebido e comando pelos *managers* (gestores), nova personificação da racionalidade instrumental do capital, apresentada como "organização científica do trabalho".

O taylorismo possui algumas características específicas: 1) trabalho alienado. Este deixa de ser uma manifestação essencial do homem, para ser um "trabalho forçado", não voluntário, mas determinado pela necessidade externa. 2) separação estrita entre a concepção e execução do trabalho e 3) a divisão do trabalho em postos, tarefas simples e repetitivas, visando a redução do tempo e dos custos de produção.

Henry Ford (1863-1947), por sua vez, desenvolveu o sistema de organização do trabalho industrial introduzindo a linha ou cadeia de montagem. O objetivo é sempre o mesmo: aumentar a produção de mais valia, eliminando os "tempos mortos", aumentando o aproveitamento mais completo possível da mercadoria força de trabalho.

Segundo Gramsci (1968, p. 324), a estrutura produtiva fordista é o fator organizador primacial de toda vida social do capitalismo moderno, o centro propulsor, não só da produção material, mas igualmente, da produção ideológica e, por conseguinte, da formação da consciência e do senso comum: "a vida na indústria exige uma experiência geral, um processo de adaptação psicofísico para determinadas condições de trabalho, de nutrição, de habitação, de costumes, etc., que não é algo de inato, de "natural", mas que exige ser adquirido".

A concepção taylorista e fordista foram objetos de estudo e glorificação duma certa sociologia pós-moderna, que, a rigor, descreve e prescreve uma cosmética de suposta valorização da subjetividade de um sujeito cada vez mais mercantilizado (humilhado, explorado e alienado). Um discurso generoso que promete melhorar as condições sociais e técnicas de trabalho e investir nos sentimentos íntimos dos trabalhadores para condicioná-los aos objetivos da empresa. Entretanto, essa nova percepção apenas ampliou os recursos técnicos de controle físico e mental. Expressões como "gestão participativa", "qualidade total", surgiram envolvendo os trabalhadores para que participem dentro da ordem e do universo da empresa, em que o trabalhador se torna polivalente, multifuncional, recuperando uma concepção de trabalho mais flexível.

Esses métodos de reengenharia, de desenvolvimento organizacional tentam vender a falaciosa idéia de promoção da autonomia e integração dos trabalhadores, transformando o ambiente de trabalho individual no reino da felicidade, quando o que acontece é uma formatação de sujeitos alienados em função das metas de competitividade da empresa. Segundo Vieira (2007, p. 143) a expansão da flexibilização como solução para a gestão do trabalho, gera vínculos não estáveis e formas diferenciadas de remuneração: "Desenha-se um cenário paradoxal, onde os níveis crescentes de flexibilização das relações de trabalho convivem com discursos sobre a emergência de um trabalho revalorizado, ou seja, com maiores níveis de autonomia e participação."

Em síntese, as evidências empíricas demonstram o capital, incapaz de renunciar a exploração do trabalho, antes que modificar as características essenciais do trabalho – exploração e alienação - o que está intensificando é a "formatação" de um novo tipo de trabalhador: isolado, egoísta e facilmente descartável. Tal é a origem e a natureza social do atual regime de trabalho precário, cuja globalização acelerada permite considerá-lo como regime típico em processo de universalização.

Na Saúde Pública, foi-se constituindo um campo de conhecimentos, voltado para "administração sanitária e de práticas em saúde", posteriormente chamado, gestão em saúde, que trata, portanto, de uma disciplina acadêmica e um campo profissional que pretende conjugar conhecimentos sobre administração pública com procedimentos sanitários considerados eficazes na prevenção de doenças e cuidados da saúde.

Ao longo do século XX, promoveu-se um esforço de investigação voltado para o desenvolvimento de novos arranjos organizacionais e novos modelos de atenção à saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimularam a produção de conhecimentos na área de organização, planejamento e gestão dos serviços de saúde. (CAMPOS; CAMPOS, 2008)

Diversos sujeitos políticos coletivos da saúde pública (Conselho Nacional de Saúde – CNS; Conselho Nacional de Secretários de Saúde Estaduais e Municipais – Conass; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems; Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco) recolocaram a importância da centralidade do campo da gestão do trabalho no SUS, a necessidade de valorização do profissional e regulação das relações de trabalho. Documentos do CNS, Abrasco enfatizam a importância de construção de um novo modelo de gestão do trabalho no SUS que contemple: desprecarização do vínculo, construção de planos de carreira específicos e educação permanente. (VIEIRA, 2007)

Em âmbito federal foi criada, em 2003, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil, o que inclui inadequada distribuição de trabalhadores, vínculos precários, baixos salários e condições inadequadas de trabalho. A SGTES conta com um Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde (Degerts), responsável pelas políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde em âmbito nacional.

Ainda em 2003, foi criado no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com a função de elaborar políticas e formular diretrizes, supostamente, destinadas a resolver as questões que envolvem a precarização do trabalho.

O Comitê Nacional foi criado pela Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003 e desde sua instalação, em 7 de abril de 2004, vem desenvolvendo uma atividade discursiva sobre a necessidade de superar a precarização do trabalho no SUS. Esse discurso generoso postula políticas nacionais, assim como a criação de Comitês Estaduais, Regionais e Municipais de Desprecarização do Trabalho no SUS.

Em 2006 o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, divulgou um documento que explicita a visão dos principais sujeitos políticos coletivos, Mesa Nacional de Negociação Permanente – MNNP que representa a bancada governamental e sindical; Conasems; Conass e Ministério da Saúde, comprometido com a desprecarização do trabalho, definindo, ao mesmo tempo, o que é trabalho precário e o como deve ser entendida a proteção social ao trabalhador:

Segundo entendimento do CONASS e do CONASEMS, trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Ainda segundo o CONASS e o CONASEMS, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores. Por sua vez, para as Entidades Sindicais que representam os trabalhadores do SUS, trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS. Assim, Proteção social significa o pleno gozo de direitos trabalhistas e previdenciários. (BRASIL, 2006, p. 13)

Esse documento reconhece o óbvio: a precariedade do trabalho está relacionada aos vínculos de trabalho no SUS, que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto e indireto. E a precariedade também se

manifesta na ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS. Reciprocamente, Proteção Social significa pleno gozo dos direitos trabalhistas e previdenciários.

Todavia, o documento destaca que os únicos vínculos que garantem proteção social são o estatutário e o celetista, estipulados pela Constituição Federal de 1988, cujos artigos 39° e 7°, respectivamente, definem: salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender às necessidades vitais básicas e às da família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social; décimo terceiro salário; duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais; gozo de férias anuais remuneradas; licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário; licença-paternidade; redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança; proibição de discriminação de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil, alem de regras de aposentadoria. No vínculo celetista, ainda há: relação de emprego protegida contra demissões arbitrárias ou 'sem justa causa', nos termos de lei complementar, que definirá a indenização compensatória, assim como outros direitos tais como seguro-desemprego (em caso de desemprego involuntário) Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. 16

Este mesmo documento atenta igualmente para os riscos decorrentes da elevada precariedade do emprego nas equipes de saúde da família, em especial no caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que apresentam um confuso aglomerado de formas evasivas de contratação CLT, RPA (Recibo de Pagamento de Autônomo), contrato informal, bolsa, estatutário, cargo comissionado, cooperados, contrato verbal, entre outros¹⁷.

Apesar de existir formas de "cobertura social legal", a contratação sem concurso público é uma manifestação da mais moderna precarização, já que seu vínculo com o Estado não tem amparo constitucional. O inciso II do artigo 37º da Constituição Federal é taxativo quando obriga realização de concurso público para provimento de cargo na administração pública. Contudo, a esperteza de muitos políticos engendrou inúmeras leis e decretos que pretendem legitimar a inconstitucionalidade de uma serie de formas de contratação precária que proliferam hoje no setor público.

¹⁷ Para maiores informações sobre a Estratégia da Saúde da Família e o caso dos ACS ver FONSECA, Angélica Ferreira. O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

-

¹⁶ Para acesso completo ver: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf> e os artigos 7° e 39° da Constituição Federal de 1988. Acessado em 03 de jan. de 2012.

A seguir, examinaremos a ampliação da temporalidade do emprego no campo estadual da saúde, situação aparentemente paradoxal num período marcado pela ascensão da retórica democrática da universalidade, integralidade e humanização do SUS.

3.2.3 Temporários permanentes

Não há estudos que discutam especialmente a contratação temporária em saúde, porém há estudos que discutem a prática cada vez mais difundida da terceirização do trabalho no SUS, destacando a contratação da prestação de serviços na área da saúde através de cooperativas.

Machado (2005) salienta que o setor saúde merece destaque não somente pela natureza dos serviços prestados, mas também pela especial capacidade de gerar empregos: "Com mais de dois milhões de trabalhadores, como se caracteriza este contingente de pessoas que busca a saúde para trabalhar?" (MACHADO, 2005, p. 270)

A autora traz nesta questão o tema da natureza e formas de existência do "mercado de trabalho", um mercado que requer qualificação específica e que, ao mesmo tempo, apresenta as mais diversas modalidades de contratação, de jornadas de trabalho, de retribuição, etc. tornando o setor uma "anarquia institucional organizada", o que autoriza a sua conclusão de que o enorme problema em que o SUS se depara atualmente é "a precarização do trabalho em áreas essenciais do setor". (MACHADO, 2005, p. 272)

Machado (2005) considera esta precarização do trabalho em saúde como uma decorrência da política neoliberal de reformas trabalhistas, traduzidas na flexibilização dos empregos que se intensifica na década de 1990 com a atuação direta dos três níveis de Governo (federal, estadual e municipal), provocando uma ampliação continua das incontáveis modalidades de sub-contratação (terceirização).

Com relação à contratação temporária na saúde pública, esta não se enquadra na definição de "trabalho precário" do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, porque foi realizado concurso público pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) nos anos de 2007, 2008 e 2010¹⁸ adotando essa modalidade de

¹⁸Edital disponível para contratação temporária do ano de 2007:

http://www.ceperj.proderj.rj.gov.br/concursos/saude/paginasaude.asp Acesso em 03 de jan. de 2012.

contratação, que é respaldada por lei. O uso dessa modalidade de contratação apresentou como justificativa, como consta no edital do ano de 2008: "substituir todo o quantitativo de profissionais cooperativados, tendo em vista a premência de sanar os problemas no setor hospitalar do Sistema de Saúde no Estado do Rio de Janeiro". O profissional cooperativado é precarizado, porque o contrato não garante os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei.

Segundo Almeida (2004) o surgimento de cooperativas de profissionais de saúde ocorreu da segunda metade dos anos 90, apresentando particularidades muito especiais, tais como o fato de que as cooperativas não se limitam a incorporar somente médicos, mas outras categorias em composições heterogêneas (como no caso do PSF) e elas (as cooperativas) são contratadas pelos gestores do SUS, numa relação de terceirização, para prestar serviços em hospitais e na rede básica, podendo ou não participar da gestão local da assistência em determinada área. A autora analisa as cooperativas de enfermeiros na cidade de Manaus e sinaliza que a contratação por meio de cooperativas era restrita aos médicos, mas nas últimas décadas generalizou-se, organizando o serviço de outros profissionais, em especial dos enfermeiros. Destaca que a proliferação de cooperativas vem ocorrendo em um contexto que se acentua o debate sobre as funções do Estado, em especial as medidas de flexibilização do trabalho, mas que por outro lado permanece como pauta, no SUS a política de recursos humanos voltada para a estabilidade.

Na verdade, o que podemos encontrar nos inúmeros documentos programáticos do SUS é um desencontro entre a retórica democrática do discurso e a pobreza das realizações.

Teixeira (1999) analisa duas experiências de gestão do trabalho em dois hospitais municipais do Rio de Janeiro. Um dos hospitais contratou uma "cooperativa de trabalho" e o outro optou por mudar o sistema remuneratório dos estatutários. Destaca o debate em torno de propostas que possam compatibilizar diferentes formas de vinculação e gestão do trabalho com os objetivos do SUS, apresentando defesas e críticas a estes modos de contratação por estabelecer formas precárias de emprego. Aponta os sinais de exaustão, ao longo do processo de implantação do SUS, a respeito das formas de gestão do trabalho. Impossibilidade de fixar

Edital disponível para contratação temporária do ano de 2008:

http://www.ceperj.proderj.rj.gov.br/concursos/defesacivil/paginadefesacivil.asp Acesso em 03 de jan. de 2012.

Edital disponível para contratação temporária do ano de 2010:

http://www.ceperj.rj.gov.br/concursos/sesdec1/paginasesdec1.asp Acesso em 11 de jan. de 2012.

profissionais nos serviços, a falta de qualidade no gerenciamento dos recursos humanos e a busca por instrumentos mais eficazes no campo da gestão em recursos humanos para o SUS.

Teixeira (1999) constata que as medidas na gestão do trabalho estão "contingenciadas" pelo movimento de flexibilização do trabalho. Os hospitais, em análise, reduzem custos laborais cortando encargos sociais dos trabalhadores enquadrados nas falsas cooperativas. Sua pesquisa constatou que as alterações nas formas de recrutamento e gestão da força de trabalho nos hospitais, visam à individualização dos salários, sujeitos a normas de produtividade, medida por metas autoritariamente preestabelecidas. A autora questiona o recurso às falsas cooperativas como forma de redução de "custos do trabalho", já que a cooperativa pode gerar estímulos à corrupção político-burocrático, já que na maioria das vezes a contratação é realizada com critérios clientelistas.

Corrupção e clientelismo não são apenas possibilidades, mas a razão de ser, razão instrumental destas falsas cooperativas de trabalhadores isolados, humilhados, explorados e alienados em forma extrema.

Moysés et al. (2006) analisam a modalidade de incorporação do trabalho médico no SUS via Cooperativas de Trabalho, tendo em vista o crescimento desta modalidade de contratação dos profissionais médicos na rede de serviços e a fraca regulação do setor público. Os autores apresentam uma série de questionamentos do Ministério Público do Trabalho a respeito de vinculação de médicos e outros profissionais, o que levou em alguns estados à revisão de contratos seguidos de realização de concursos públicos.

Pode-se dizer, então, que a cooperativa representa uma mistura de convênio mercantil, compra de serviços tabelados e uma renuncia explicita ao caráter público do serviço como bem comum, o que conspira contra os direitos do trabalhador, estabelecido pela Constituição e legislação trabalhista brasileira. Assim, ao introduzir este esdrúxulo modelo os gestores públicos conspiram contra os direitos democráticos, em nome da "governabilidade/governança" ¹⁹, ou seja, compartilham de fato e de jure interesses mercantis e corporativos que passam a predominar no interior das unidades assistenciais do SUS.

.

¹⁹ Os conceitos de "governabilidade/governança" são parte das idéias-força da luta ideológica do pensamento conservador, integrando também seu núcleo político: o desmantelamento do Estado segundo a adjetivação do pós-guerra, isto é, o desmantelamento do *Estado social e democrático de direito* e a sua substituição por uma sorte de Estado, encarregado de disciplinar os protestos provocados pela deterioração social que acompanha ao modelo de globalização neoliberal". Monedero, Juan Carlos. El gobierno de las palabras. EFE, México, 2011 pág.202.

O contrato temporário foi precavidamente introduzido na legislação estadual. Um edital de 2008, já fazia referência (no item 11.2 das disposições gerais) à lei nº 4.599/2005, sancionada pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro, em setembro de 2005, dispondo que: "Os candidatos convocados serão contratados em conformidade com a lei [indicada acima], pelo prazo de 1 (um) ano, a contar da data de sua convocação, podendo o prazo ser prorrogado por mais 1 (um) ano, a critério da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil – SESDEC²⁰".

A Lei nº 4.599/2005, em seu artigo 1º, diz:

Para atender a <u>necessidades temporárias</u> de excepcional interesse público, poderão ser efetuadas contratações de pessoal no âmbito da Administração direta, autárquica e fundacional do Estado do Rio de Janeiro, pelos prazos e condições previstos no art. 2º desta Lei, dispensado o respectivo concurso público, consoante o disposto no art. 37, inciso IX, da Constituição Federal. ²¹ (BRASIL, 2005, Grifo nosso)

A Constituição de 1988 deixou aberta a brecha necessária para a escamoteação, na prática estadual do principio de estabilidade do emprego público, ao estipular no seu art.37, inciso IX, que "a lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público" ²².

Segundo a mencionada Lei, a contratação temporária visa responder a uma "necessidade temporária", mas na prática trabalhista instala-se o "regime de exceção" da temporalidade permanente na contratação de profissionais de saúde, tendo em vista que a SES/RJ adotou em 2007 a contratação temporária de profissionais de níveis superior e médio, modalidade que se tornou típica na fase atual.

Em 2009, o Governo do Estado do Rio de Janeiro sancionou outra lei, a Lei nº 5.490, alterando o artigo 2º, parágrafo único da Lei nº 4.599/2005, que regulava a contratação de pessoal por prazo determinado de até 02 (dois) anos, admitida a prorrogação dos contratos pelo prazo máximo de até 01 (um) ano, desde que o prazo total no ultrapassar 03 (três) anos. Com a nova Lei, o dispositivo correspondente apresenta a seguinte redação:

²² http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui% C3% A7ao.htm acessado em 31/10/2010.

-

²⁰ A Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDEC), se desmembrou em junho de 2010. Foi criada a pasta Secretaria de Estado de Defesa Civil, em separado da Secretaria Estadual de Saúde (SES). A cisão se deu no momento em que os bombeiros do RJ reivindicavam aumento salarial, entre outros direitos. Disponível em http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2011/06/cabral-cria-secretaria-de-defesa-civil-e-antecipa-reajustes-para-bombeiros.html> Acesso em 11 de jan. de 2012.

²¹ http://www.sintuperj.org.br/pdf/lei4599-05.pdf acessado em 02/10/2010.

Art. 2º As contratações de que trata o art. 1º desta Lei serão feitas por tempo determinado, até o prazo de 03 (três) anos.

Parágrafo único. É admitida a prorrogação dos contratos pelo prazo máximo de até 02 (dois) anos, desde que o prazo total seja de 05 (cinco) anos.²³

Há então uma extensão dos contratos com tempo definido, ou seja, uma ampliação da temporalidade, que passa de dois a três anos. O Estado pode então totalizar cinco anos de emprego condicional. Portanto a SES totaliza cinco anos de contrato temporário em abril de 2013, já que o primeiro concurso para temporário iniciou em abril de 2007²⁴.

O contrato de prestação de serviço por tempo determinado²⁵ é respaldado pelo artigo 37, inciso IX da Constituição Federal de 1988 e pelo artigo 77, inciso XI, da Constituição do Estado do Rio de Janeiro. O documento menciona entre outros direitos (recortados em proporção ao tempo contratado): licença maternidade; licença paternidade; férias e verba indenizatória por rescisão unilateral imotivado, por parte da Administração Pública. A cláusula que diz respeito à faltas por motivo de doença, diz que até três dias, serão abonadas mediante comprovação por atestado médico, no prazo de 48 horas do primeiro dia de afastamento. Faltas superiores há três dias e inferiores ou iguais há quinze dias, o abono dependerá de laudo positivo da Perícia Médica do Estado. Diz o contrato, que o contratante pode rescindir o contrato, sem que caiba indenização ao contratado, em razão de algumas determinações, mas que ganha destaque para nós é o afastamento por motivo de doença por prazo superior a quinze dias consecutivos.

A gestão empresarial do trabalho, com sua lógica de custo mínimo e rendimento máximo, implica a temporalidade do emprego, entendia como prestação quantificada dum determinado serviço. Esta lógica é incompatível com "despesas improdutivas" como as decorrentes da licença para tratamento de saúde. Este descaso com o "fator humano" resulta naturalizado pelo modelo de contrato temporário, operação puramente comercial, que destrói a natureza social do emprego, reduzindo os sujeitos (empregador e empregados) a simples partes contratantes, formalmente (juridicamente livres e iguais). O trabalhador é condenado a uma situação de fragilidade e insegurança; é a "solidão do trabalhador globalizado" ²⁶.

²³Disponível em: http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/index.html?lei_5_490___25062009.htm acessado em 31/10/2010.

²⁴ Disponível em: http://www.ceperj.proderj.rj.gov.br/concursos/saude/paginasaude.asp

²⁵ ANEXO C

²⁶ CASTILLO, Juan José. La soledad del trabajador globalizado. Madrid, Catarata, 2008.

Se o primeiro grande trunfo do nascente capitalismo foi a transformação dos homens despossuídos de meios de trabalho, o segundo está sendo uma individualização radical dos trabalhadores que lhes faça pensar que o mundo é apenas um imenso mercado. Assim, os gestores do serviço estadual de Saúde prescrevem e descrevem "a inexistência do vínculo legal", que a contratação comercial não cria vínculo empregatício ou estatutário entre o contratante e o contratado. Mais ainda que a operação contratual não garantisse para o contratado o direito de ser posteriormente admitido como servidor estadual, nem o de ser "aproveitado" nos órgãos da administração direta ou indireta. Em outras palavras o precário é um complemento instrumental alugado para "sanar os problemas no setor hospitalar do Sistema de Saúde no Estado do Rio de Janeiro".

Como foi dito, no ano de 2010, a SESDEC anunciou novo processo seletivo para contratação temporária com o objetivo de preencher 2.412 vagas temporárias. Este edital é respaldado, inacreditavelmente, pela criação de um decreto nº 42.512 de 14 de junho de 2010, que autoriza a Secretaria de Estadual de Saúde realizar processo seletivo simplificado para a contratação temporária, pela terceira vez, por prazo determinado de até 2.412 profissionais como anunciado. O decreto justifica o processo seletivo para contratação temporária, considerando:

[...] - que é dever constitucional do Estado garantir saúde a todos que dela precisarem, perseguindo as alternativas legais para efetivação e concretização dos meios necessários ao exercício de tal mister;

- o déficit de trabalhadores de saúde na Rede Própria da SESDEC e UPAs 24h, devido à ampliação da rede, abertura de novas Unidades, ocorrência de exonerações, aposentadoria de servidores e desistências e exclusões do referido processo seletivo;
- a necessidade de extinguir com todas as contratações precárias, substituindo-as por profissionais que tenham vínculo com a Administração Pública. (BRASIL, 2010)

Percebemos, portanto, que a possibilidade de realização de concurso público para provimento de cargos efetivos pela SES/RJ, se mostra fora de cogitação, visto a escolha pela Secretaria de realizar concurso público novamente para contrato temporário, respaldada pela lei que admite no máximo a extensão do contrato temporário até cinco anos.

Em entrevista²⁷, no ano de 2010, o Subsecretário de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde da SES/RJ, justifica a intenção dos contratos temporários, em uma

-

⁻ que o número de candidatos admitidos no Processo Seletivo Simplificado, realizado pela antiga Fundação Escola de Serviço Público – FESP, no ano de 2009, não foi suficiente para suprir as vagas existentes em algumas categorias, já autorizadas pelo Decreto 41.538/08;

²⁷ ANEXO D

matéria intitulada "Estado justifica contratos temporários", esclarecendo que a Secretaria não realiza concurso para efetivos, nas diversas carreiras²⁸ lançadas em edital, porque aguarda definição judicial sobre a implantação das Fundações Estatais, que estava sendo questionada em uma ação direta de inconstitucionalidade no Supremo Tribunal Federal (STF).

No ano de 2007 o Governo do Estado do Rio de Janeiro sancionou a Lei nº 5.164, de 17 dezembro de 2007 que autorizava a criação das Fundações Estatais em todo o território do Estado do Rio de Janeiro, estabelecendo no seu artigo 1º:

Fica o Poder Executivo autorizado a instituir, nos termos do art. 37, inciso XIX, da Constituição Federal, três fundações públicas, com as denominações de "Fundação Estatal dos Hospitais Gerais", -Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e Emergência" e -Fundação Estatal dos Institutos de Saúde-, todas fundações públicas, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de duração indeterminada e com sede e foro na Capital e competência para atuação em todo o território do Estado do Rio de Janeiro. ²⁹

É a lei que abre exceções, ou são as exceções que constroem as leis? As emendas abrem exceções nas leis, leis são criadas, para contribuírem na manutenção da política vigente. Instauram-se, com isto, inúmeros artifícios para burlar o regime de estabilidade, este estabelecido no art. 87 do Regulamento do Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro: "Estabilidade é o direito que adquire o funcionário de não ser demitido senão em virtude de sentença judicial ou processo administrativo disciplinar em que se lhe tenha assegurado ampla defesa".

O desconhecimento acerca da atuação do Legislativo e do processo de formulação de políticas para a saúde indica uma fragilidade do sistema político brasileiro. O processo decisório no Brasil é permeado por uma história de grande centralização e hegemonia do Executivo, não havendo tradição na construção democrática de políticas públicas, com a dificuldade de difusão e debate de propostas e de incorporação de interesses dos diferentes segmentos sociais. O Executivo não somente concentra o poder decisório, como paradoxalmente coloca o Legislativo a uma posição periférica no sistema político:

A análise política também tem destacado que, em democracias novas, como a brasileira, estão presentes e combinados pelo menos dois componentes perversos:

²⁸ Assistente Social, Enfermeiro, Farmacêutico, Farmacêutico/Bioquímico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Odontólogo, Odontólogo/Buco-Maxilo, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Químico, Médicos de todas as especialidades, Técnico de Enfermagem (Instrumentador Cirúrgico), Técnico de Enfermagem, Técnico de Farmácia, Técnico de Higiene Dental/Saúde Bucal, Técnico de Laboratório (Hemoterapia), Técnico de Laboratório (Citotécnico), Técnico em Radiologia, Técnico em Radiologia (Tomografia), Técnico de Aparelho Gessado.

²⁹ http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/leis/12194-5164.html acessado em 31/10/2010.

um distanciamento entre as normas e a práxis das instituições políticas; e o particularismo relações não universalistas, como a patronagem e o nepotismo, os favores, os jeitinhos e a corrupção. (BAPTISTA; MACHADO, 2007, p. 88)

A seguir analisaremos a proposta da Fundação Estatal de Direito Privado como aposta da Secretaria Estadual de Saúde na inovação gerencial dos serviços de saúde.

3.2.4 Fundação Estatal de Direito Privado

Em agosto de 2011, jornais anunciaram notícia sobre oportunidades de emprego na "área de saúde" no estado do Rio de Janeiro. O anúncio indicava a oferta de 15 mil vagas. O número de vagas oferecido foi justificado com o objetivo de suprir a carência de profissionais da área de Saúde. O Governo do Estado do Rio de Janeiro delegou a gerência deste processo às Fundações Estatais de Saúde.

Em entrevista³⁰, o diretor executivo da Fundação Estatal de Saúde do Rio de Janeiro declarou que as Fundações trarão "estabilidade e uma tranquilidade tanto para a Secretaria Estadual de Saúde" e que "Toda a ascensão dentro de qualquer carreira se dará por critérios meritórios, de desempenho e qualificação profissional", ou seja, indica não ser a lógica da estabilidade perseguida, mas a lógica da flexibilização da mão de obra e do capital humano:

Esse concurso para as Fundações irá trazer uma estabilidade e uma tranqüilidade, tanto para a Secretaria Estadual de Saúde quanto para todos aqueles funcionários, sejam os cooperativados ou de contratos temporários, que exerçam suas atividades de forma precária. O concurso para as fundações estatais irá permitir que todos esses funcionários sejam substituídos por profissionais concursados. Esses funcionários terão algumas vantagens que serão excelentes tanto para a condução da assistência do serviço de saúde à população do Rio de Janeiro quanto para os próprios profissionais. Por exemplo, as Fundações já nascem com o Plano de Cargos e Salários instituído. Todos os profissionais que são concursados e admitidos pelas Fundações Estatais de Saúde, irão entrar podendo usufruir desse plano. Toda a ascensão dentro de qualquer carreira se dará por critérios meritórios, de desempenho e qualificação profissional.

A teoria do Capital Humano desenvolve a tese de que a educação é a principal forma de investimento na capacitação para/no trabalho e conseqüentemente na geração de renda. Frigotto (2001, p. 40) aponta a intencionalidade na teoria do capital humano colocando a educação com a funcionalidade de "produzir um conjunto de habilidades intelectuais, desenvolvimento de determinadas atitudes, transmissão de um determinado volume de

_

³⁰ ANEXO E

conhecimentos que funcionam como geradores de capacidade de trabalho e, conseqüentemente, de produção". E demonstra que o caráter circular da teoria do capital humano, diz respeito a uma concepção de homem e sociedade característicos do modo de produção capitalista, no investimento e mérito pessoal.

No ano de 2007, no segundo governo de Luiz Inácio Lula da Silva, foi apresentado ao Congresso Nacional, o Projeto de Lei Complementar 92/2007 que estabelece:

Art. 1º Poderá, mediante lei específica, ser instituída ou autorizada a instituição de <u>fundação sem fins lucrativos</u>, integrante da administração pública indireta, com <u>personalidade jurídica de direito público ou privado</u>, nesse último caso, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado, nas seguintes áreas:

I - saúde:

II - assistência social;

III - cultura;

IV - desporto;

V - ciência e tecnologia;

VI - meio ambiente;

VII - previdência complementar do servidor público, de que trata o art. 40, §§ 14 e

15, da Constituição;

VIII - comunicação social; e

IX - promoção do turismo nacional. (BRASIL, 2007, grifo nosso)

Essa lei representa a continuidade da contra-reforma neoliberal da chamada reforma administrativa do ministro Bresser Pereira, do governo de Fernando Henrique Cardoso. Como é sabido, o Plano Diretor da Reforma contempla a transferência das citadas áreas para a administração pública indireta ou terceiro setor.

Segundo March (2011) o Projeto não tinha sido aprovado no Congresso Nacional, ainda que outras leis semelhantes tivessem sido promulgadas por vários estados (Sergipe, Bahia e Acre) encontrando-se o Estado do Rio de Janeiro na vanguarda da "privataria" travestida, como demonstra a realização do concurso para a Fundação Estatal de Saúde no final de 2011.

Apesar da realização do concurso e da expectativa gerada pela declaração do coordenador da Fundação, no sentido de substituir o quantitativo de profissionais cooperativados e temporários por profissionais concursados pela Fundação, continuava a tramitação a ação direta de inconstitucionalidade no STF.

Em outra entrevista³¹ realizada em outubro de 2011, o diretor executivo da Fundação Estatal de Saúde do Rio de Janeiro foi questionado sobre a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) contra a implantação das Fundações Estatais na área da saúde do estado do Rio de Janeiro: caso o STF a julgue inconstitucional, como ficariam os contratados concursados? O diretor executivo da Fundação limitou-se a repetir o fato conhecido de que a decisão de implantar as fundações foi do Governo do Estado, embasada em parecer da Procuradoria Geral do Estado. Quando questionado sobre a prudência em aguardar a definição do STF, se eximiu: "Eu não vou discutir essa questão. Essa questão do Supremo eu não vou discutir. Eu posso falar do concurso. É uma questão que se tem que discutir com o Governo do Estado e a Procuradoria Geral do Estado." Igualmente evasiva foi a sua resposta sobre a oposição sindical acompanhada de manifestações de protesto nas ruas da cidade contra a idéia de criação das Fundações Públicas de Direito Privado.

A Reforma Sanitária iniciada nos anos 1990, considerada um avanço democrático, fixado na "Constituição cidadã" torna-se alvo permanente das forças conservadores empenhadas em eliminar os limitados direitos conquistados pelos trabalhadores. No caso do estado do Rio de Janeiro a ofensiva reacionária utiliza a fórmula de Fundação Estatal de Direito Privado.

March (2011) considera a questão da flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público central. E salienta a ausência de perspectivas para os trabalhadores que não forem cedidos para as FEDP; estabelecimento de salários e regimes de trabalho diferenciados para os trabalhadores de uma mesma instituição ou serviço; perda da estabilidade para os trabalhadores que ingressarem nas FEDP, instituição de uma multiplicidade de carreiras, já que cada FEDP instituirá seu próprio plano de carreira. (MARCH, 2011) E acrescenta: "O argumento insistentemente apresentado de que a FEDP proporcionará melhoria salarial para os trabalhadores não se sustenta, senão ancorado na obtenção de receitas a partir da venda de serviços, pois a proposição não altera os dispositivos de financiamento do SUS." (MARCH, 2011, p. 184)

Franco e Pinto (2007) apostam na Fundação Estatal porque consideram que a mesma "agiliza o serviço, qualifica a gestão utilizando a mesma quantidade de recursos". Assim, afirmam contra todas as evidencias disponíveis em vários Estados, que essa forma "não só viabiliza, como fortalece a luta pela ampliação dos mesmos [recursos], com serviços de maior

_

³¹ ANEXO F

qualidade e mais acessíveis", seus discurso afirma que as FEDPs "legitimam os mesmos [recursos] junto à população e trabalhadores de modo que reforça a base subjetiva e ideológica de defesa e afirmação do público frente ao privado".

Franco e Pinto (2007) acrescentam que a transferência de recursos do Ministério da Saúde para os municípios (vigorante até 1996, ano de publicação da Norma Operacional Básica (NOB) que instituiu a gestão semi-plena na saúde), dava-se exclusivamente por produção, ou seja, aqueles que mais produziam recebiam maiores recursos, o que penalizava as regiões mais pobres, com maiores dificuldades para a instalação de uma rede assistencial eficiente. Isso acabou ocasionando uma distribuição de recursos, injusta e desigual. Apesar do restabelecimento do repasse financeiro federal per capita, decorrente da Programação Pactuada e Integrada (PPI), estabelecido pelo Pacto de Gestão, ainda persistiria o sistema anterior (FRANCO; PINTO, 2007)

Nesta mesma ordem de idéias, os mencionados autores salientam que o gestor municipal sofre com os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal ao teto salarial do município, sendo, assim, forçado a precarizar o vínculo. Por conta disso, se depara com o déficit (despesas ultrapassam os recursos disponíveis) que repercute negativamente na qualidade dor serviços prestados pela sua rede, tendo, todavia, que administrar a elevada rotatividade dos profissionais.

Cabe lembrar que a lei de Responsabilidade Fiscal visa também flexibilizar e recortar a ação social do Estado e a redução desse tipo de financiamento, em nome do equilíbrio orçamentário e do "superávit primário", amplia o espaço para a os negócios terceirizados, propulsores da precarização dos empregos das paritárias público/privadas.

A democracia de mercado proíbe o gasto com servidores públicos, para promover a compra de serviços comerciais terceirizações, cinicamente apresentada como solução emergencial para evitar o colapso do serviço público, previamente arquitetado pelas privatizações e renunciar fiscais a favor do "andar de cima".

A restrição no orçamento público fica claro no 1º parágrafo do art 1º:

¹º Esta Lei Complementar estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição.

^{§ 10} A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada

e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar. (BRASIL, 2000)

A LRF impõe limites para contratação de pessoal, definindo para cada ente federado a porcentagem de gastos, nas três esferas de poder, incluindo a contratação terceirizada de mão de obra no item "Outras Despesas de Pessoal", conforme diz o texto:

Art. 18. Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como despesa total com pessoal: o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência.

§ 10 Os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como "Outras Despesas de Pessoal".

§ 20 A despesa total com pessoal será apurada somando-se a realizada no mês em referência com as dos onze imediatamente anteriores, adotando-se o regime de competência.

Art. 19. Para os fins do disposto no caput do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados:

I - União: 50% (cinquenta por cento);

II - Estados: 60% (sessenta por cento);

III - Municípios: 60% (sessenta por cento). (BRASIL, 2000)

A Lei acaba engessando a realização das políticas públicas e incentivando, de fato, a proliferação da super-exploração dos trabalhadores, através das proezas praticadas por aqueles que se aproveitam protegidos pelas variadas formas de contratação precária, legitimadas pela contra-reforma neoliberal do Estado.

Franco e Pinto (2007) descrevem o caso concreto da Fundação Estatal Saúde da Família do governo da Bahia, descrita nos termos mais exuberante como modelo de "planejamento e regulação pública; transparente, democrática e participativa". E incumbida, nada mais e nada menos, da "seleção, contratação, distribuição, formação, educação permanente, progressão, remuneração e avaliação do conjunto dos trabalhadores da atenção básica da saúde". Os autores consideram impossível avançar na gestão do trabalho em saúde com base nas atuais formas jurídico-institucionais da administração e distorcendo a natureza privada das Fundações Públicas de Direito Privado, fazem uma leitura invertida das mesmas, leitura digna ao fundamentalismo neoliberal:

A proposta de Fundações Estatais, ao contrário do que muitos dizem, vai no sentido da estatização do SUS e se configura como uma concreta Ofensiva Contra-Bresseriana. [...] podemos afirmar que a Fundação Estatal tem um forte caráter estatizante, isto é, fortalece o estado para que este possa agir na defesa dos interesses

maiores da sociedade e da esfera pública de gestão do SUS. A FE vai permitir a desprecarização do trabalho, devolvendo a dignidade nas relações contratuais com o trabalhador; construir carreira e através dela prover os menores e mais pobres municípios de profissionais da saúde, hoje em falta nestes lugares, promovendo assim a equidade no acesso aos recursos para o desenvolvimento do SUS; regular as relações contratuais com os fornecedores, fazendo-as transparentes e de amplo conhecimento público, atuando sob critérios éticos na relação entre público e privado. (FRANCO; PINTO, 2007)

Em outro artigo, Merhy, Pinto e Franco (2007) oferecem uma ambígua interpretação do temo "direito privado", tentando responder a repulsa generalizada dos defensores da natureza publica, estatal do SUS e logo salientar o "amplo debate social" que supostamente teria precedido a instauração da Fundação Estatal pelo governo da Bahia, escrevem:

A Fundação Estatal é parte da Administração Indireta do Estado e foi pensada como uma instituição especializada para a prestação de serviços públicos à população. Foi desenvolvida a partir de vários estudos que envolveram a Escola Nacional de Saúde Pública e que identificaram diversos entraves administrativos, legais e de gestão dos Hospitais Públicos que dificultavam sua agilidade na contratação de pessoal e na compra de insumos, medicamentos e equipamentos, que resultavam em gastos desnecessários e que não contribuíam para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população. (MERHY; PINTO; FRANCO, 2007)

Os defensores das FEDP, afirmam que os serviços se tornara mais ágeis e efetivos, melhorando a qualidade e acabando com o desperdiço de recursos. Afirmam que foi proposto um modelo jurídico-institucional que propõe agilidade e autonomia na gestão de pessoal, do orçamento, da contabilidade, assim como das compras e aquisições. A gestão de pessoal adota o vínculo "celetista" que permite formular planos de emprego, de carreira e de salários, diferenciados em função do serviço prestado. Além disso, permite ajustar a remuneração às avaliações de desempenho; realizar concursos públicos num tempo muitíssimo menor que o da administração direta. Partindo dessas considerações claramente ideológicas concluem:

Portanto, a Fundação Estatal é Estado, não tem nada que ver com privatização e terceirização. Sua propriedade é pública, sua direção e gestão são públicas, está subordinada aos órgãos públicos de sua área de atuação, aos controles públicos externos e internos, às leis que regulamentam as instituições públicas de seu setor de atuação (leis 8080 e 8142 no caso da saúde), aos princípios da administração pública, seus recursos são públicos e seus trabalhadores são servidores públicos". (MERHY; PINTO; FRANCO, 2007)

Tentado responder a outras criticas os defensores das FEDP negam a evidência comprovada de que essas entidades precarizam o emprego adotando o modelo celetista e acabam com a estabilidade. Para isso apelam a famigerada cifra de mais de seis milhões de

empregos formais gerados no governo Lula, via contratação CLT. Com relação à corrosão crescente da estabilidade tentam se demarcar do dogma neoliberal, segundo o qual a estabilidade é a doença do serviço público. Dizem comungar com os abstratos princípios doutrinários predicados pela administração pública (publicidade, moralidade, igualdade, impessoalidade), assim como também com as normas: contratação que estipula a obrigatoriedade do concurso público; a demissão, somente após processo administrativo que garanta amplos direitos de defesa; avaliação, baseada em critérios objetivos de desempenho, critérios definidos de forma clara e pactuada desde o ingresso do servidor no quadro funcional. Toda esta retórica discursiva fica bastante na pratica cotidiana e também em textos como o seguinte:

Trata-se de uma estabilidade relativa que protege o trabalhador do mal gestor, mas sem deixar de proteger o usuário do mal trabalhador, e isso é fundamental para a legitimidade do serviço e do servidor público. [...] Contudo, não podemos tirar o direito da massa de trabalhadores usuários dos serviços de saúde de poder, em último caso, demitir o trabalhador servidor público que não cumpre a função para a qual fez o concurso: servir ao público. ((MERHY; PINTO; FRANCO, 2007)

Os autores citados, favoráveis ou não à Fundação Estatal, dizem comungar com a idéia do SUS 100% público e sob administração direta do Estado, em cada estado do país, mas o que resulta surpreendente, a primeira vista, é que existe um bloco, que pretende fazer passar uma usurpação empreendedorista do serviço público de Saúde, travestida com a fantasia denominada OS.

Existe, portanto, a necessidade de se repensar o significado da gestão e da burocracia realmente existentes. Em um debate³² realizado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) sobre o tema "OSs: Solução ou privatização da saúde?". Houve como é lógico, manifestações opostas, a favor e contra as OS. As primeiras retomaram a litania da suposta "agilidade na compra de materiais para os serviços de saúde...". As segundas (manifestações opostas as OS) não deixam de reconhecer que a legislação de compras e licitação no setor público precisa ser revista e agilizada, mas que isso pode e deve ser feito pelos próprios servidores públicos. Optar pela suposta agilidade das OS, implica uma confissão de incompetência por parte dos servidores públicos e de impotência política dos que governam o setor público. O que está em jogo, nesse debate é a existência de bens comuns, da *res publica* (coisa pública), do regime de emprego, da condição social dos trabalhadores

_

³² Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=NoticiaInterna&Num=238 Acesso em 04 de jan. de 2012.

ameaçados de virar simples mercadorias, objetos gerenciados como coisas ("fatores de custo") e não mais sujeitos com direitos.

3.3 TRABALHO PRECÁRIO

O sentido dos desfiles é múltiplo: bloquear a produção, manter o moral daqueles que já estão de greve e, simultaneamente, impelir outros operários a aderir ao movimento. Em determinados momentos, formam um bloco compacto, homogêneo. Em outros momentos, o cortejo estira-se, dispersa-se. À frente, vêm quase sempre, os militantes mais aguerridos, [...] Os outros seguem em desordem. Conversam entre si, a felicidade é legível em seus rostos. [...]

O clima está carregado de tensão. [...] Quando o cortejo se aproxima da esteira de montagem nº quatro — é nela que os não-grevistas continuam a trabalhar; [...] De fato, em volta dessa esteira, a situação é estranha. [...] Parece que alguns, incomodados, deixam seu posto no momento da chegada do cortejo, com acordo dos chefes. Mas outros permanecem por perto, um pouco afastados, sorridentes, dando a impressão de viver a situação sem qualquer paixão. São os "jovens", os temporários. É como se estivessem fora do conflito. Por vezes, descansam por um instante suas ferramentas, fazem um pequeno sinal de conivência, dão uma piscadela em direção dos grevistas e depois recomeçam o trabalho. Ao passar à sua frente, os grevistas evitam insultos, mas fazem pequenos sinais com a mão, dirigindo-lhes palavras amigáveis. [...]

Para esta greve, os responsáveis locais dos sindicatos tiveram o cuidado de fornecer palavras de ordem bem precisas e instruções estritas para evitar que os temporários sejam tomados como alvo de grevistas. Sabem bem que a "base" não está disposta a aceitar com facilidade que "se" reconheça de alguma forma o "direito" aos temporários de trabalhar por ocasião de uma grande greve. Nessas condições, por que razão todos os operários, até mesmo os mais intransigentes no respeito pelos "valores" operários e militantes (para os quais não haveria desculpa válida para os não-grevistas) estão persuadidos de que a exceção feita em favor dos temporários é legítima? (PIALOUX; BEAUD, 2008, p. 310-312).

A resposta é simples: se os temporários aderem à greve, são imediatamente despedidos. A fragilidade do vínculo os impede de qualquer construção coletiva. A situação descrita acima é analisada no artigo "Permanentes e temporários" de Michel Pialoux e Stéphane Beaud, presente no livro "A Miséria do Mundo" organizado e coordenado por Pierre Bourdieu. Os autores descreveram a greve na fábrica Peugeot na cidade de Souchaux, França, no ano de 1989 e mostram um corte geracional, em que os trabalhadores mais velhos, segundo análise, não foram submetidos à precarização do vínculo, de forma tão intensificada, como os trabalhadores da geração mais nova.

O artigo encerra trazendo a completa oposição entre a imagem do jovem que sabia que estava de passagem e sua indiferença com os códigos sociais estabelecidos há muito tempo

nas oficinas e a imagem do operário, dedicado a nobreza do trabalho operário, dos valores, da dedicação à classe, da imagem encarnada dos militantes construída pelo movimento operário francês. Uma distância cultural irreversível havia se criado entre as gerações operárias. O "jovem precário" não poderia nem ser pensado como um verdadeiro "operário", pois a palavra envolve o sentido de lutas, história, combate e esperança política e coletiva.

A experiência precária nas condições de trabalho na França ilustra o que constata claramente Pierre Bourdieu (1998): "a precariedade está por toda parte". Seja no setor público e privado, as posições temporárias se multiplicam seja nas empresas industriais, nos setores de serviço como cultura, educação, saúde, entre outros. Há para o autor, principalmente no que diz respeito aos desempregados, uma "desestruturação da existência, privada, entre outras coisas, de suas estruturas temporais, e a degradação de toda a relação com o mundo e, como conseqüência, com o tempo e o espaço." (BOURDIEU, 1998, p. 120).

O trabalhador se depara hoje com oportunidades cada vez mais temporárias, e há sempre a esperança por uma efetivação. É um futuro incerto. E é nessa perspectiva que os trabalhadores convivem. Que efeitos isto tem para a vida desses trabalhadores e para o trabalho? Desmonte de projetos e planos tanto pessoais e profissionais.

Marcado por um processo de degradação que se constituíam nos pilares da sociedade salarial, o capitalismo contemporâneo coloca em xeque modos de socialização e formas de integração com base no trabalho, revertendo identidades, filiações e formas de solidariedade. Nesse cenário, o trabalho assalariado caracteriza-se pela segmentação dos empregos e expansão dos serviços, o que suscita uma individualização dos comportamentos no trabalho e uma ruptura da unidade de interesse dos trabalhadores, tendendo ao desaparecimento da consciência de classe. As formas de precarização e desfiliação, termo utilizado no sentido de invalidez e não pertencimento grupal, acarretadas pelos processos de reestruturação produtiva no âmbito do trabalho e das transformações econômicas, políticas e sociais, produzem uma população vulnerável, mesmo aquela que possui uma aparente estabilidade em suas relações de trabalho. (CASTEL, 2009)

Muitos desempregados de hoje, não são os excluídos desde sempre, pois fazem parte de um contingente alto de trabalhadores vulneráveis às oscilações do mercado: os temporários, os terceirizados, os jovens, trabalhadores com baixa qualificação, entre outros.

Castel (2009) mostra que como consequência da problemática da exclusão e da vulnerabilidade de massa, a resposta coletiva foi a criação dos Estados Sociais, pactuado

perante a insegurança social, em que a relação salarial foi a chave para obtenção da proteção e segurança. E é isto que está erodindo e constituindo o cerne da questão social. A nova vulnerabilidade de massa se traduz em números cada vez maiores de desempregados, precarizados, daqueles que sobrevivem graças aos programas de renda mínima, os supranumerários, indivíduos que são supérfluos à sociedade, visto que não existe emprego/lugar social para estes sujeitos.

O trabalho se constitui mais do que uma atividade remunerada, como uma simples relação econômica, mas como algo que insere o indivíduo na estrutura social e organiza uma parte significativa de suas redes de sociabilidade, por isso o não-trabalho é mais que o desemprego.

Segundo Bourdieu (1998, p. 120) a princípio, a precariedade impede qualquer antecipação racional, "esse mínimo de crença e de esperança no futuro que e preciso ter para se revoltar, sobretudo coletivamente, contra o presente, mesmo o mais intolerável" é de algum modo suspenso.

O temor de perder o emprego faz com que trabalhadores assumam condutas extremamente individualistas, concorrenciais, perdem valores de solidariedade e humanidade, não se mostram condizentes com nenhum envolvimento coletivo em prol de reivindicar melhores condições de trabalho, ainda que seja exaustivo e mal pago, para que não perca aquilo que de algum modo garante sua sobrevivência no momento.

Assim Bourdieu (1998) aponta as estratégias da precarização que são inspiradas por razões econômicas, quanto políticas, sendo uma delas a famosa "flexibilidade" do trabalho. Falar em flexibilidade é referir-se ao ajustamento do trabalhador moderno à sua tarefa e às demandas de mercado, ou seja, às exigências do Capital.

O sentido da palavra "flexibilidade", segundo Sennett (2009, p. 53) entrou na língua inglesa no século XV e derivou originalmente da simples observação da árvore que embora se dobrasse ao vento, seus galhos sempre voltavam à posição normal, como deve ser o comportamento na era da flexibilidade: "ser adaptável a circunstâncias variáveis, mas não quebrado por elas. [...] As práticas da flexibilidade, porém se concentram mais nas forças que dobram as pessoas."

A destruição dos males da rotina com a criação de instituições mais flexíveis produziu novas estruturas de poder e controle e a liberdade foi caçada em nome da produtividade. Sennett (2009) questiona: Haverá limites para até onde as pessoas são obrigadas a dobrar-se?

Pode o governo dar às pessoas alguma coisa semelhante à força tênsil de uma árvore, para que os indivíduos não se partam sob a força da mudança? Uma estrutura de caráter bastante diferente surge entre os que exercem o poder dentro desse complicado regime moderno. Eles são livres, mas é uma liberdade amoral.

Tais realidades práticas exigem no entanto uma determinada força de caráter — a de alguém que tem a confiança de permanecer na desordem, alguém que prospera em meio ao deslocamento. Os verdadeiros vencedores não sofrem com a fragmentação. Ao contrário, são estimulados por trabalhar em muitas frentes diferentes ao mesmo tempo; é parte da energia da mudança irreversível. (SENNETT, 2009, p. 73)

A concentração de poder sem centralização, que aparentemente parece dar ao trabalhador em equipe maior controle sob o trabalho que desenvolve, na verdade quem decide, ainda é o capitalista, restando aos trabalhadores apenas executar suas atividades.

A flexibilidade do tempo requer uma flexibilização também do caráter, caracterizada pela ausência de apego temporal em longo prazo e pela tolerância com a fragmentação. Além disso, outro grande dilema desafia o caráter neste novo capitalismo: é um regime onde as relações entre as pessoas no trabalho são superficiais e descartáveis e os laços de lealdade, confiança e compromisso mútuo se afrouxam em decorrência das experiências de curto prazo.

No sistema capitalista, o pleno emprego da mão de obra não é requisito geral para o funcionamento das economias de mercado, em virtude disso o desemprego faz parte do processo de desenvolvimento das nações. Ou seja, o trabalhador é empregado se aceitar a oferta de salário oferecida pelo empregador. O pleno emprego significa este equilíbrio entre a oferta e a demanda, entre empregador e empregado. A noção de pleno emprego é compatível com a existência de desemprego, pois inclui trabalhadores que só aceitam trabalhar por um salário mais alto que o proposto, daquele que proporciona equilíbrio.

No pós guerra, verificada nos anos 1930, as economias cêntricas passaram pelo chamado "anos de ouro" e registraram desempenho satisfatório. Além do pleno emprego, alta taxa de crescimento do produto nacional, estabilidade monetária, maior distribuição de renda e diminuição do nível de pobreza. Mas a partir da década de 1970, o desemprego em maior escala, voltou a atenção desses países e o debate sobre a falta de emprego se concentrou em dois pontos que Pochmann (2008, p. 10) destaca: "O primeiro é caracterizado por elementos externos da demanda agregada, as novas tecnologias e as modificações nas trocas internacionais. O segundo refere-se às questões internas desse mercado, como a qualificação

da mão de obra, o custo dos contratos de trabalho e a proteção social trabalhista." E acrescenta que não há ainda conclusões definitivas sobre os resultados das medidas adotadas a respeito do funcionamento do mercado de trabalho postas para enfrentar a manifestação recente do desemprego, mas que, por meio de estudos, as medidas de flexibilização do mercado de trabalho, não respondeu a expectativa de ampliar o nível de empregabilidade e sua formalização.

O capital financeiro em busca de valorização, só funcionava se tivesse liberdade de movimentação, sem ter que enfrentar normas e regras que o limitasse. Assim restringia as funções do Estado e o responsabiliza pelas causas maiores da crise por sua excessiva intervenção no desenvolvimento da economia. Assim impõe os princípios neoliberais e o Estado passa a ser um "negócio" a ser ministrado. A atuação do Estado passa a servir aos interesses das oligarquias dominantes em detrimento dos interesses das classes subordinadas no que diz respeito à distribuição da renda nacional, emprego, proteção social, saúde, educação.

Segundo Pochmann (2010), na década de 1990,

[...] a economia nacional conseguiu crescer apenas 2,4% ao ano, em média, fruto de um conjunto de medidas voltadas ao combate da inflação, à redução no papel do Estado e à abertura comercial, financeira e produtiva. Esse desfavorável desempenho macroeconômico para um país que precisa gerar dois milhões de empregos por ano para absorver o acréscimo demográfico foi condicionado ainda mais pela adoção de medidas sociais e trabalhistas liberalizantes que terminaram por prejudicar o conjunto dos ocupados. (POCHMANN, 2010)

O processo de globalização produtiva e financeira, a redução do papel do Estado nas questões sociais, as inovações tecnológicas, o nível e a qualidade do emprego estão relacionadas à atividade econômica, mas Bourdieu (1998, p. 123) suspeita que a precarização das condições e relações de emprego é o produto de uma vontade política e não apenas de fatalidade econômica, identificada pela "mundialização". Refere-se uma "desterritorialização da empresa", que antes ligada a um Estado-nação ou a um local, tende a cada vez mais se dissociar dele e se "mundializar", facilitando a mobilidade do capital, deslocando-se para países com salários mais baixos, onde o custo de trabalho é mais baixo. A empresa multinacional põe os trabalhadores em concorrência com seus compatriotas e estrangeiros, que de fato são as primeiras vítimas de precarização, e os coloca trabalhando por salários miseráveis.

A precariedade se inscreve num *modo de dominação* de novo tipo, fundado na instituição de uma situação generalizada e permanente de insegurança, visando

obrigar os trabalhadores à submissão, à aceitação da exploração. Apesar de seus efeitos se assemelharem muito pouco ao capitalismo selvagem das origens, esse modo de dominação é absolutamente sem precedentes, motivando alguém a propor aqui o conceito ao mesmo tempo muito pertinente e muito expressivo de *flexploração*. (Bourdieu, 1998, p. 124)

A este termo *flexploração*, Bourdieu (1998, p. 124) chama de "gestão racional da insegurança" que manipula o espaço de produção, produzindo não somente a fragmentação dos trabalhadores, como a obediência, a submissão e o esmorecimento, quebrando as resistências sindicais mais importantes:

Essas disposições submetidas produzidas pela precariedade são a condição de uma exploração cada vez mais "bem-sucedida", fundada na divisão entre aqueles que, cada vez mais numerosos, não trabalham e aqueles que, cada vez menos numerosos, trabalham, mas trabalham cada vez mais. Parece-me, portanto, que o que é apresentado como um regime econômico regido pelas leis inflexíveis de duma espécie de natureza social é, na realidade, um regime político que só pode se instaurar com a cumplicidade ativa ou passiva dos poderes propriamente políticos. (BOURDIEU, 1998, p. 124/125)

Apesar de esta discussão estar imersa num debate francês das formas de precarização e subemprego, ela contribui a iluminar o processo de precarização do trabalho em saúde no Brasil.

Segundo citado Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS do Ministério da Saúde. o trabalho precário no SUS não garante direitos trabalhistas e previdenciários, consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Podemos apenas considerar trabalho precário apenas a partir desta perspectiva legal?

Eskenazi e Marticorena (2006) insistem na necessidade de avançar na investigação sobre a natureza específica do termo "precarização", sugerindo diversas líneas argumentais para dar conta de como as condições de trabalho vem se deteriorando.

O conceito de precariedade ou emprego precário remete as discussões sobre a informalidade, ao emprego informal, sem carteira assinada, mas, cada vez mais características associadas ao chamado "emprego informal" estão começando a ser vista no setor "formal", ao universo dos trabalhadores assalariados.

O emprego informal é parte de um processo histórico de formação e de desenvolvimento de países de economia periférica, com características econômicas inferiores,

que tiveram sua industrialização tardia, que se difere das economias centrais, dos países desenvolvidos. (POCHMANN, 2008, p. 195)

Eskenazi e Marticorena (2006) apontam três diferentes vertentes sobre a concepção de informalidade. A referida no Programa Regional de Emprego para a América Latina e Caribe (PREALC) e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre as economias em "desenvolvimento", em que o setor informal é composto por pequenas atividades urbanas, geradoras de renda, que se desenvolvem fora do âmbito normativo oficial, em mercados desregulamentados e competitivos. Essas atividades se utilizam de pouco capital, técnicas rudimentares e mão de obra pouco qualificada, que proporcionam empregos instáveis com produtividade reduzida e baixa renda. Uma segunda vertente seria na perspectiva neoliberal, e a informalidade estaria associada a "excessiva" regulação estatal, que se forma fora do sistema regulatório. E a terceira se refere ao setor informal de trabalhadores que não são incorporados em relações trabalhistas protegidas, destacando este aspecto como determinante. A visão tradicional a respeito do setor informal destaca-o como complementar para economia em relação ao setor formal e como um problema de precariedade trabalhista.

Há então consenso de que a definição de precariedade não está relacionada as características de um modelo de emprego estável e sim a negação dos direitos trabalhistas deste.

O modelo de emprego "estável" se caracteriza pela estabilidade e acesso a cobertura social, jornada de trabalho semanal e trabalho por tempo indeterminado. Em oposição, o emprego precário se configura à formas ilegais e clandestinas, pela existência de contrato, ausência de direitos trabalhistas, sem direito a férias e adicionais, não adesão a sindicatos. Características que podem variar de um emprego ao outro, não são mutuamente exclusivas. (ESKENAZI E MARTICORENA, 2006)

A instabilidade do emprego e a ausência de benefícios sociais, negociação individual dos salários e condições de trabalho, são expressões de uma maior disciplina dos trabalhadores no seu local de trabalho. A possibilidade de enfrentamento por melhores condições de trabalho garantia de direitos é anulada muitas das vezes pelo temor da perda do emprego.

O emprego "estável" de algum modo naturalizou uma forma de trabalho assalariado, se afastando daquilo que o determinou historicamente, que foram centrais para analisar as péssimas condições de trabalho. Um olhar para a história do trabalho nos permite observar

que as características associadas ao emprego precário estão longe de seu surgimento nas últimas décadas.

A construção de um "tipo ideal" sobre a base de as características predominantes de emprego em um determinado período histórico, em especial a "idade dourada" do capitalismo acaba ofuscando o caráter contraditório de qualquer disposição nos termos da qual ela opera na relação entre o capital e o trabalho. Corremos o risco de assumir a existência de um modelo eficaz de emprego nas relações capitalistas. Se existe uma forma de trabalho específico no capitalismo, este não é outro que o trabalho pago por meio de salários.

Entendemos trabalho como uma atividade central para a sobrevivência, mas também o reconhecemos como produtor de vidas humanas em sua totalidade e plenitude, não somente como produtor de mercadorias. A precariedade estaria na ausência de uma ou várias situações que promovem seguranças, nomeadamente a do emprego que permite as pessoas ou famílias assumir as suas obrigações profissionais, familiares e sociais, alem de usufruir dos seus direitos fundamentais. A produção da insegurança ligada ao emprego condiciona a maior parte das outras precariedades.

No Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Frigotto (2008, p. 399) desenvolve inicialmente o conceito de trabalho com base na teoria de Marx, colocando em destaque três distinções em relação ao trabalho humano: "por ele, diferenciamo-nos do reino animal; é uma condição necessária ao ser humano em qualquer tempo histórico; e o trabalho assume formas históricas específicas nos diferentes modos de produção da existência humana".

Diferentemente dos outros seres vivos o homem para sobreviver necessita produzir os meios para a sua própria existência o que também expressa a sua hominização. Em palavras de Marx (1971):

O trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. (MARX, 1971, p.202)

Há também que se destacar a determinação histórica da natureza do trabalho, que proporcionou o surgimento de diferentes formas de trabalho, como o assalariado, próprio do modo de produção capitalista.

Sob o modo de produção capitalista, a grande massa de trabalhadores ganha o seu sustento trabalhando para outros em troca de um salário, o trabalho daqueles que não detém a propriedade de meios e instrumentos de produção é reduzido à sua dimensão de força de trabalho. A charge³³ a seguir ilustra aquilo que Karl Marx identificou no século XIX como o que melhor define o trabalho no capitalismo, a produção de mais-valia:



Marx (1971) coloca que a mais valia se origina de um excedente quantitativo de trabalho, da duração prolongada do mesmo trabalho, ou seja, é uma forma específica de extração de sobretrabalho que gera lucro. No capitalismo a riqueza é composta por mercadorias, que é o produto de trabalho assalariado. O trabalhador recebe como salário um valor menor do que o valor total criado pelo seu trabalho. A força de trabalho em funcionamento cria mais valor do que ela custa à classe capitalista. Portanto a própria condição do trabalhador despossuído do modo de produção, por si só implica em uma condição precária. Nesse sentido, o caráter de estar protegido, precarizado, estável e instável, deve ser analisado através das mudanças estruturais operadas na sociedade sempre historicamente determinada pela correlação das forças de classes.

Leher (2002, p. 6) afirma que Marx revolucionou o conhecimento científico sobre o tempo, mesmo não se indagando diretamente sobre a questão. Ao identificar a produção de

Disponível em: http://www.outubrovermelho.com.br/2008/07/14/charge-mais-valia/ acessado no dia 23/06/2010.

mais valia, já não caberia entender o tempo como um processo linear, absoluto, dissociado dos acontecimentos concretos, mas fez surgir seu caráter político, econômico e cultural, na produção da existência no sistema de produção capitalista: "Marx demonstrou que toda transformação social implica uma mudança fundamental na intuição do tempo." E que o trabalhador é concebido como "tempo de trabalho personificado, determinação quantitativa do trabalho". Nogueira (2007, p. 28) acrescenta que o tempo que nos dedicamos ao lazer, intervalo este em que não estamos trabalhando, ao que parece um tempo que acreditamos ser de liberdade, não é, pois não nos pertence, pertence a quem nos paga por ele. E acrescenta: "O tempo realmente de liberdade dos trabalhadores é, ainda, uma utopia a ser atingida pela reapropriação de todos os meios e capacidades de produzirmos diretamente nossa existência e deixarmos de subordiná-la a outrem".

A especificidade do trabalho em saúde requer qualidade dos vínculos e das interações entre profissionais e usuários dos serviços, pois isto define os limites e possibilidades de solidariedade, cooperação e cuidado. Segundo Lima (2007) e Ramos (2007) o trabalho em saúde surge a partir do momento em que o homem busca respostas às suas necessidades de saúde. Essas necessidades variam de sociedade para sociedade e em uma mesma sociedade, essas necessidades, devem ser entendidas em seus diferentes momentos históricos, articulado à totalidade social da qual emergem e fazem parte. Por serem construídas e determinadas social e historicamente, as necessidades de saúde de uma população são atendidas por políticas, organizadas em ações e serviços de saúde, que apresentam princípios e valores configurados por modelos de Estado, próprios de determinadas fases de desenvolvimento do modo de produção capitalista.

Quando o trabalho, de um modo geral, se transforma em mercadoria sob o modo de produção capitalista, também reconfigura o trabalho em saúde, que se reduz à produção e à manutenção de vidas objetivadas e reduzidas à fatores de produção: "A medida que o ser humano se 'coisifica', sendo obrigado a transformar sua força de trabalho em fator de produção, é reduzido em sua humanidade." (RAMOS, 2007, p. 52)

No próximo capítulo traremos para reflexão os Conselhos, Conferências de Saúde e a formação de espaços que chamaremos de contra-hegemônicos na área da saúde. Tentamos selecionar aspectos contraditórios desses mecanismos de participação institucionalizados na área da Saúde, pois, apesar de terem sido conquistados sobre pressão, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Mas, também podem ser espaços de participação e controle social dos segmentos populares na

perspectiva de ampliação da democracia e da permanência do SUS gratuito e universal e da não precarização do trabalho em saúde.

4 CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Após vinte e um anos de construção de uma política pública de saúde, marcada por avanços e retrocessos, hoje o SUS vem passando por um momento crítico, no qual vem sofrendo um intenso processo de desconstrução de seu caráter público e estatal, que ameaça por fim às possibilidades de alcançar o seu caráter de direito universal à saúde no Brasil. As propostas de "novos modelos de gestão" são hoje, sem dúvida, uma das maiores expressões desse processo de desconstrução dos direitos conquistados pelos trabalhadores, tem sido debatida em diferentes espaços coletivos, sejam aqueles instituídos pelo SUS, como os Conselhos e Conferências, sejam aqueles criados pela sociedade civil, como os fóruns de saúde por todo o país, como espaços de debate aberto para todos aqueles que se interessem pela construção coletiva e democrática de um modelo de saúde pública que garanta satisfatoriamente o acesso à população a serviços públicos de qualidade.

Segundo Correia (2006, p. 104) a expressão "controle social" tem origem na sociologia e de forma geral "é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais." Na esfera política a expressão produz significados ambíguos podendo ser concebida em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil, sendo empregada para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado.

No contratualismo moderno, Hobbes, Locke e Rousseau, apresentam como ponto em comum, o conceito de sociedade civil como sinônimo de sociedade política, mas diferem quanto à concepção de contrato social que estabelece o Estado. Para Hobbes é o Estado quem possui o poder absoluto de controlar os membros da sociedade, e que através do contrato é estabelecida a garantia à segurança e a posse da propriedade. Locke limitou o poder do Estado à garantia dos direitos naturais à vida, à liberdade e, principalmente, à propriedade. Para Locke, era a sociedade que mantinha o controle sobre o poder supremo civil, no sentido de que este cumprisse o dever que lhe foi confiado: a defesa e a garantia da propriedade. Para

Rousseau o contrato social concebe a idéia do poder pertencente ao povo, sob seu controle. Nesta perspectiva, o controle social é do povo sobre o Estado para a garantia da soberania popular.

No modo de produção capitalista da existência, a noção de "controle social" tem sido exercida pelo Estado sobre o conjunto da sociedade em favor dos interesses da classe dominante para garantia do consenso em torno da aceitação da ordem do capital, que se expressa através de políticas sociais para manter a atual ordem, com o intuito de difundir a ideologia dominante e interferindo no cotidiano da vida dos indivíduos, reforçando que normas e comportamentos sejam internalizados e legitimados socialmente.

A partir do referencial teórico de Gramsci, não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica. A oposição real se dá na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado do controle social. Para Correa (2006a, p. 105) somente a devida análise da correlação de forças entre as classes, em cada momento histórico, é que permite avaliar que classe obtém o controle social sobre o conjunto da sociedade: "Assim, o controle social é contraditório ora é de uma classe, ora é de outra e está balizado pela referida correlação de forças".

O controle social na perspectiva dos trabalhadores se dá na formação do consenso na sociedade civil em torno do seu projeto de classe, passando do momento "econômico-corporativo ao ético-político" (CORREIA, 2006a, p. 105), efetivando uma reforma intelectual e moral vinculada às transformações econômicas, assim afirma Fontes (2008):

O fulcro do conceito gramsciano de sociedade civil – e dos aparelhos privados de hegemonia – remete para a organização (produção coletiva) de visões de mundo, da consciência social, de "formas de ser adequadas aos interesses do mundo burguês (a hegemonia) ou, ao contrário, capazes de opor-se resolutamente a esse terreno dos interesses (corporativo), em direção a uma sociedade igualitária ("regulada") na qual a eticidade prevaleceria (o momento ético-político da contra-hegemonia). (FONTES, 2006, p. 211)

Portanto, o controle social, na perspectiva dos trabalhadores, pretende interferir na atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às suas demandas, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses de classe. '

A partir do processo de democratização do país na década de 80, o debate sobre a participação social tomou avanços, no que diz respeito ao controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado. Tal debate se deu em decorrência dos anos em que o controle

social foi exercido através do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade, por meio de decretos secretos, atos institucionais e repressão.

Na realidade, durante esse período, a ausência de interlocução com os setores organizados da sociedade, ou mesmo a proibição da organização ou expressão dos mesmos foi a forma que a classe dominante encontrou para exercer o seu domínio promovendo o fortalecimento do capitalismo na sua forma monopolista. Com o processo de democratização e efervescência política e o ressurgimento dos movimentos sociais contrários aos governos autoritários, criou-se um contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade civil sedenta por mudanças. Este contexto caracterizou uma pseudo dicotomia entre Estado e sociedade civil e uma pseudo homogeneização dessa última como se ela fosse composta unicamente por setores progressistas, ou pelas classes subalternas. (CORREIA, 2006a, p. 13)

A participação social enquanto "controle social" busca interferir nas formulações de políticas, planos, programas e projetos, para definir o que interessa e o que atenda aos interesses da coletividade.

O campo da saúde se constitui como um marco no que diz respeito à inscrição da participação social nas legislações sanitárias e na criação de espaços institucionais. O Movimento da Reforma Sanitária reuniu movimentos sociais, trabalhadores da saúde, intelectuais, sindicatos e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo médico-assistencial privatista para um sistema de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade. Foi nesse período que o debate sobre a participação social voltou à tona, com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado.

As disposições sobre o controle social na saúde tiveram sua gênese nos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, no processo da reforma democrática da Assembléia Nacional Constituinte de 1988; no histórico Simpósio Nacional sobre Política de Saúde, em 1989; na formulação e aprovação da Lei 8.080/1990 e legitimado na lei 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (SANTOS, 2008)

Com isto, não apenas se constituiu o avanço na criação das conferências e conselhos de saúde com suas competências legais, mas também a implementação da política pública de saúde com base nos direitos sociais de cidadania, que implica na democratização do Estado com avanços permanentes das relações entre a sociedade civil e suas entidades com representação nos debates.

No artigo 1º da Lei 8.142/1990, diz que a participação social contará, em cada esfera de governo, com instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Lei propõe que a Conferência de Saúde, aconteça a cada quatro anos com a representação de vários segmentos sociais³⁴, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde é definido em caráter permanente e deliberativo, como órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com proposta de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Fato é, que apesar de ter sido um marco, o que pesa na conjuntura atual e na correlação de forças sociais e políticas, que as relações entre a sociedade civil e suas entidades com seus representantes nas conferências e nos conselhos de saúde tem avançado muito pouco na democratização do Estado e na satisfação dos direitos sociais de cidadania e tem avançado muito mais na linha da fragmentação dos direitos dos usuários e trabalhadores da saúde. Para Santos (2008):

A democracia política reconquistada após a ditadura pouco transitou para a democracia socioeconômica, a democracia representativa não cedeu espaço para a democracia participativa e o processo de democratização do Estado não avançou. É sob esta nova perspectiva e correlação de forças que passam a desenvolver as referidas atribuições legais das conferências e dos conselhos. (SANTOS, 2008, p. 243)

A dimensão da política dos Conselhos de Saúde, da escolha na participação e da condução das Conferências de Saúde, apresenta para nós em virtude do que vem sendo firmado enquanto gestão da política pública de saúde atualmente, a identificação muito mais com as estratégias do controle do capital do que com a luta da classe trabalhadora no sentido da transformação da correlação das forças. O que faz interromper o que não está favorecendo a população e seus direitos? O campo das políticas sociais se coloca como campo contraditório, pois, através deste o Estado controla a sociedade, ao mesmo tempo em que apreende algumas de suas demandas.

³⁴ Escorel e Bloch (2005) apontam como ficou vaga a definição da composição de participantes das Conferências Nacionais de Saúde que diz respeito à "representação dos vários segmentos sociais" em comparação a dos Conselhos de Saúde que a regulamentação especificou.

Desde 1941, 14 Conferências Nacionais de Saúde já foram realizadas. A CNS foi instituída com a Lei 378 de 13 de janeiro de 1937, destinada a "facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o país, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subversão federais" (ESCOREL; BLOCH, 2005, p. 84)

A partir da Lei 8.142/1990, compete às Conferências proporem diretrizes para a formulação de políticas a partir da avaliação da situação da saúde e aos conselhos formularem estratégias e controle da execução das políticas. As instâncias executivas, Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e municipais de Saúde competem implementar as políticas e homologarem as deliberações dos Conselhos.

Escorel e Bloch (2005) dividem em nove momentos, as propostas que marcaram as primeiras 12 Conferências Nacionais de Saúde: 1) 1ª e 2ª Conferências (1941-1962) -Sanitarismo Clássico, na sistematização e ampliação das campanhas nacionais contra a tuberculose, hanseníase e malária. 2) 3ª e 4ª Conferências (1963-1974) – Transição, momento político de intensa discussão sobre os rumos do país, com a instauração da ditadura militar em 1964, as conferências passaram a ter caráter técnico. 3) 5ª a 7ª Conferências (1975-1985) – Modernização Conservadora e planejamento estatal, propostas para a atenção à saúde das populações marginais, interiorização dos serviços de saúde, regionalização e organização dos serviços de saúde na unidades federadas, desenvolvimento dos recursos humanos, educação continuada, entre outras. O movimento sanitário já articulava em torno de uma proposta de transformação do setor saúde. 4) 8ª Conferência (1986) - A saúde é um direito de todos e dever do Estado. Inaugura um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde, que será regulamentado nas conferencias posteriores. 5) 9ª Conferência (1992) – Caminho para a Municipalização. Adiada em dois anos pelo governo Collor, que previa a inevitável cobrança por transparência nas decisões quanto às políticas de saúde. Iniciou-se um processo de descentralização com o fortalecimento da esfera municipal de governo. 6) 10^a Conferência (1996) – Financiamento, Modelo Assistencial e Controle Social. 7) 11^a Conferência (2000) – Acesso, qualidade e humanização na assistência. 8) 12ª Conferência (2003) - Reviver o espírito democrático da 8ª CNS. Antecipada pelo governo, foi realizada no final do primeiro ano do governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva e retomou os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária.

A 13^a CNS realizada em 2007, como tema "Saúde e Qualidade de Vida. Políticas de Estado e Desenvolvimento" apresentou como propostas em destaque: o fortalecimento,

participação e controle social; promoção e adesão de todos os estados e municípios aos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e Pacto de Gestão; educação permanente aos trabalhadores da saúde; respeito a lei sobre o financiamento do SUS, especialmente a Emenda Constitucional 29 que define os percentuais mínimos de recursos para a saúde; informatizar o atendimento do usuário do SUS e implantar mais protocolos clínicos para os profissionais de saúde fazerem a identificação e o tratamento das doenças.

No final de 2011 ocorreu a 14^a CNS. Momento este importante para a saúde pública brasileira colocar em debate, já que inúmeras mudanças, inclusive que afetaram diretamente o projeto inicial da Reforma Sanitária, foram aprovadas sem a participação da população, como foram os projetos das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e as Organizações Sociais (OS) para gerenciarem os serviços públicos de saúde.

Em um artigo publicado pela Revista POLI: Saúde, Educação e Trabalho com o título "14ª CNS: balanço do processo" analisa se de fato as discussões travadas na Conferência conseguem de fato pautar políticas, como atribui o artigo 1º da legislação 8.142/90:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990)

O artigo revela que mesmo com a aprovação de cerca de 300 propostas, entre elas a regulamentação da Emenda Constitucional 29³⁵, que trata do financiamento da saúde, com a definição de que a União deveria investir na área 10% de suas receitas correntes brutas, três dias após, terminada a CNS, o Senado Federal aprovou uma proposta contrária a essa, que já tinha sido acatada pela Câmara dos Deputados.

A Emenda Constitucional 29 foi promulgada em 2007 e trata da obrigação de cada ente federado investir em saúde. A emenda dependia de regulamentação para ser aplicada de fato. O projeto aprovado especifica os percentuais que a União, os estados e municípios devem ser aplicados no setor. Na prática, em 2012, a União aplicará o empenhado em 2011 mais a variação do PIB de 2010 para 2011, somando cerca de R\$ 86 bilhões. A medida equivale ao que já é feito atualmente no governo federal. Os estados, por outro lado, serão

_

³⁵ Para mais informações ver o artigo: Nada de novos recursos para a saúde. In: Revista POLI: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde. Ano IV - Nº 21 - jan./fev. 2012.

obrigados a destinar 12% das suas receitas à saúde, e os municípios, 15%. O Distrito Federal deverá aplicar 12% ou 15%, conforme a receita seja originária de um imposto de base estadual ou municipal.

De acordo com o projeto aprovado, são despesas de saúde: a vigilância em saúde (inclusive epidemiológica e sanitária); a capacitação do pessoal do Sistema Único de Saúde (SUS); a produção compra e distribuição de medicamentos, sangue e derivados; a gestão do sistema público de saúde; as obras na rede física do SUS e a remuneração de pessoal em exercício na área. Por outro lado, União, estados e municípios não poderão considerar como de saúde as despesas com o pagamento de inativos e pensionistas; a merenda escolar; a limpeza urbana e a remoção de resíduos; as ações de assistência social; e as obras de infraestrutura.

Como dito, a lei 8.142/90, que regulamenta o controle social na saúde, estabelece que as conferências, em cada ente federado, devem não só avaliar a situação do setor como também propor as diretrizes para a formulação de suas políticas. Há nesses espaços, sem deslegitimar a importância deles, um desrespeito sobre o controle social, uma tensão entre a democracia representativa, respaldada por lei, e a democracia participativa, que a área da saúde inaugura com a lei supracitada.

Segundo Lyra (2007, p. 603) são três os principais institutos de participação cidadã na administração pública brasileira: conselhos gestores, deliberativos e conselhos de direitos, em geral, de natureza consultivo-propositiva e de fiscalização. Para o autor, o que está por trás do debate, em seu caráter político-ideológico, a respeito da idoneidade dos formatos institucionais dos conselhos, diz respeito, essencialmente, "ao lugar atribuído à democracia representativa na institucionalidade jurídico-democrática brasileira e, em particular, ao papel conferido à sociedade civil na sua relação com o Estado".

Retomando o pensamento de Gramsci (2000, p. 244), este assinala "que na noção geral de Estado entram elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido, seria possível dizer, de que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia couraçada de coerção)". Portanto Estado e sociedade civil não são instâncias distintas, mas compreendem uma unidade orgânica. Com a complexidade das sociedades de classes, em relação à sociedade capitalista, a dimensão ideológica ganha não só importância com relação à conquista e à manutenção do poder, mas também certa autonomia material, exercida, principalmente, pelos aparelhos privados de hegemonia. A importância da sociedade civil reside no fato de ser um espaço que congrega diversas concepções de mundo.

Portanto, o Estado é composto pela sociedade política e pela sociedade civil, e mantém hegemonicamente uma classe sobre a outra, mantendo o consenso, incorporando demandas que as classes dominadas reivindicam.

Em Gramsci, o conceito de sociedade civil se refere enquanto espaço de luta de classe pela hegemonia e pela conquista do poder político por parte das classes dominadas, em que "expressa a luta, os conflitos e articula, contraditoriamente, interesses estruturalmente desiguais. (CORREA, 2006, p.5)

A realidade, portanto, é entendida como uma síntese de múltiplas determinações. O conhecimento sobre as coisas, a análise da realidade deve ter um caráter totalizante:

Qualquer objeto que o homem possa perceber ou criar é parte de um todo. Em cada ação empreendida, o ser humano se defronta, inevitavelmente, com problemas interligados. Por isso, para encaminhar uma solução para os problemas, o ser humano precisa ter uma certa visão de conjunto deles: é a partir da visão do conjunto que podemos avaliar a dimensão de cada elemento do quadro. [...] Se não enxergarmos o todo, podemos atribuir um valor exagerado a uma verdade limitada, prejudicando a nossa compreensão de uma verdade mais geral. (KONDER, 2010, p. 35)

Pensar a sociedade civil na perspectiva dos trabalhadores, "requer sua articulação com os movimentos sociais organizados apreendendo toda a sua contradição. E, ao colocá-los no centro da luta social percebe-se o alcance real da sociedade civil." (CORREA, 2006, p.5)

As conexões íntimas que existem entre realidades diferentes criam unidades contraditórias. Em tais unidades, a contradição é essencial: não é um mero defeito do raciocínio. Num sentido amplo, filosófico, que não se confunde com o sentido que a lógica confere ao termo, a contradição é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem. A dialética não se contrapõe à lógica, mas vai além da lógica, desbravando um espaço que a lógica não consegue ocupar. (KONDER, 2010, p. 47)

A sociedade civil enquanto integrante da totalidade social tem um potencial transformador, pois nela também se processa a organização dos movimentos sociais que representam os interesses das classes dominadas na busca da contra-hegemonia dominante.

Conclui-se, portanto, que o controle social na perspectiva da classe trabalhadora visa a atuação de setores organizados na sociedade civil que a represente, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos

interesses dessa classe, interferindo na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais, com o propósito de construção de sua hegemonia.

Somente a partir da devida análise da correlação de forças, entre a classe que detém o poder e a classe que é subordinada, em cada momento histórico, é que pode-se avaliar quem detém o controle social sobre o conjunto da sociedade. Assim sendo o controle social é contraditório, ora pertence a uma classe, ora pertence a outra.

A 14ª CNS apresentou resultado político positivo em aprovar ações nos estados no tocante à defesa do SUS 100% Estatal e público com qualidade, como a própria regulamentação da Emenda 29, nos moldes em que foi reprovada no Senado dias depois; a valorização dos trabalhadores da saúde, com a definição de jornada de 30 horas; a proposta que a atenção básica como ordenadora da rede de saúde; a necessidade de políticas específicas para grupos considerados 'minoria', como mulheres, negros, populações do campo e população LGBT; o piso salarial de agentes comunitários de saúde e de agentes de controle de endemias; e a condenação dos subsídios públicos à comercialização de planos e seguros privados de saúde e de insumos. Mas ainda está distante de ser um espaço legítimo democrático com efetividade das propostas.

Uma carta-síntese³⁶, apresentada no final do evento causou indignação de alguns setores³⁷, pelo modo como a elaboração do documento foi conduzida, não sendo construída de forma aberta, transparente e democrática. Ao que parece, a carta, objetivou de certa forma, conciliar todos os interesses, que em cada parágrafo atendeu a um grupo específico, para promover a idéia de um grande consenso entre todos os participantes.

Um ponto em conflito na carta, como destaca o artigo supracitado, é a inconsistência em declarar ser contra a privatização e logo após citar o terceiro setor, na busca de um marco legal na relação com o Estado:

Defendemos a gestão 100% SUS, <u>sem privatização</u>: sistema único e comando único, sem "dupla-porta", contra a terceirização da gestão e com controle social amplo. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer prestador de serviços ou parceiros. Precisamos contribuir para a

³⁶ Carta-síntese da 14ª CNS, disponível em http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04_dez_carta_final.pdf> Acesso em 31 de janeiro de 2012.

³⁷ Ver em: Revista POLI: saúde, educação e trabalho - jornalismo público para o fortalecimento da Educação Profissional em Saúde. Ano IV - № 21 - jan./fev. 2012.

Ver em http://pelasaude.blogspot.com/p/resultado-da-14-conferencia-nacional-de.html Acesso em 31 de janeiro de 2012.

construção do marco legal para as relações do Estado com o terceiro setor. (grifo nosso)³⁸

Nesse movimento, ganha força a clássica interpretação liberal de que a sociedade civil é o espaço do mercado, das relações de interesse entre sujeitos individuais, enquanto o Estado, no seu sentido estrito, reserva espaço à política, à administração comum dos diferentes interesses, à garantia das propriedades. Para amenizar as possíveis e naturais tensões entre a busca do lucro típica da sociedade civil e o necessário caráter autoritário do Estado, o terceiro setor é apresentado como o espaço próprio do interesse público, das necessidades sociais, que tende a concentrar suas ações sociais nas mãos do empresariado. (NEVES, 2010)

Não há qualquer menção na carta do que se considera privatização na saúde. Consideramos que mencionar os diferentes modelos de gestão no SUS, já expostos neste trabalho (Organizações Sociais, Fundações Estatais de Direito Privado), como modelos de privatização da saúde, reforça, a partir de um espaço de controle social, a não admissão da implementação desses modelos no SUS.

As CNS e os Conselhos criados como mecanismo de controle das instâncias estaduais durante o Estado Novo e transformados em espaços de participação, na Nova República, pelos movimentos sociais, até hoje, tiveram importância significativa, democrática, na construção e no aprimoramento do SUS: "Espaço público por excelência, de manifestação de interesses divergentes e de conflitos conseqüentes às divergências, às regras de organização e funcionamento das conferências são essenciais para que a força dos argumentos e a construção de consenso constituam a base das políticas deliberadas." (ESCOREL; BLOCH, 2005, p. 113)

Segundo a Lei 8.142/1990, a participação na Conferência de Saúde se dá com representação de vários segmentos sociais e a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Além da importância do espaço de debate e propositivo da Conferência, outros espaços foram formados em todo o país, em virtude dos descaminhos que toma a saúde pública atualmente, no combate à privatização do SUS e a favor da continuidade do projeto da

³⁸ Carta-síntese da 14ª CNS, disponível em http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04_dez_carta_final.pdf> Acesso em 31 de janeiro de 2012.

Reforma Sanitária formulado na década de 80, são eles³⁹: Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, Fórum Popular de Saúde do Estado de São Paulo, Fórum Popular em Defesa da Saúde da Saúde Pública de Londrina e Região, Frente Contra a Privatização da Saúde – PE, Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra as Privatizações, Fórum em Defesa do SUS e Contra a Privatização de Alagoas, Fórum Estadual em Defesa do Serviço Público e Contra as Terceirizações do Rio Grande do Norte, Fórum Popular de Saúde do Paraná, Frente Cearense em Defesa do SUS e Contra a sua Privatização, Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande Do Sul, Fórum em Defesa do SUS Contra a Privatização da Saúde de Minas Gerais, Fórum em Defesa do SUS do Distrito Federal, Fórum de Saúde do Maranhão, Fórum de Saúde de Goiás. Todos esses fóruns formam a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde⁴⁰. Por que estes grupos começam a surgir?

O Conselho de Saúde ao contrário da Conferência de Saúde que se reúne a cada quatro anos tem caráter permanente e deliberativo. Constitui órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, como assim determina a Lei, já que no processo de descentralização do SUS, a criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais. Muitos deles foram criados somente para cumprir o requisito legal, como disposto na lei 8.142/1990, art. 2°, 3° e 4°, inciso segundo:

Art. 2° Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Art. 3° Os recursos referidos no inciso IV do art. 2° desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Art. 4° Para receberem os recursos, de que trata o art. 3° desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n° 99.438, de 7 de agosto de 1990. (BRASIL, 1990)

Segundo Correia (2006a) os Conselhos são espaços contraditórios pela diversidade de segmentos sociais que o compõem, não sendo sempre consensuais. Apresentam tanto aqueles

⁴⁰ A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde elaborou um relatório com as propostas da 14ª CNS. Disponível em :

https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=explorer&chrome=true&srcid=0B55E03eNUSwpZWQ4ZGEzMWUt YTBIZC00NTJhLWE2OGEtZTFmZTlkMWNiMDhi&hl=en_US&pli=1 Acesso em 02 de fev. de 2012.

³⁹ Informações obtidas em http://pelasaude.blogspot.com/> e no Seminário Nacional da Frente Contra a Privatização da Saúde realizado na UERJ em 22 e 23 de setembro de 2010. Acesso em 02 de fev. de 2012.

que defendem políticas que favoreçam ao processo de acumulação do capital, tanto aqueles que representam as classes dominadas, na defesa de seus interesses em torno da política de saúde. Estes espaços em virtude da exigência legal são manipulados desde a sua composição, com a ingerência política dos gestores, reduzindo suas atribuições à aprovação de documentos necessários para repasse de recursos. Mas há possibilidades contra-hegemônicas:

Os representantes de setores organizados na sociedade civil que compõem um Conselho podem defender os interesses do capital ou do trabalho, em cada proposta apresentada ou aprovada em torno da direção da política de saúde. O segmento que representa as classes subalternas pode interferir para que o fundo público não seja mercantilizado. (CORREIA, 2006a, p. 17)

E é nessa perspectiva de interferência da não mercantilização da política pública, que os diversos fóruns de saúde por todo país tem se posicionado.

O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro foi criado em 2005. Em 2007 transformou-se em Fórum em Defesa do Serviço Público e Contra as Fundações de Direito Privado para intervir no processo de tramitação do Projeto de Lei que autoriza a criação de Fundações Estatais de Direito Privado na Saúde. Em 2008, desdobrou-se no Movimento Unificado dos Servidores Públicos Estaduais (MUSPE) a fim de unificar a luta dos servidores públicos estaduais com a proposta de ampliar para os demais servidores, federais e municipais. Em janeiro de 2009, o caráter inicial é retomado, enquanto Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, para dar seguimento a luta dos sujeitos sociais em defesa da saúde pública e articular os demais grupos de discussão em torno da saúde pública do Rio de Janeiro e se constituir como um espaço de debate com relação à saúde junto com os movimentos sociais e a academia:

Considera-se, portanto, na atual conjuntura, fundamental a articulação nacional através da Frente entre os diversos Fóruns com vistas à construção de um espaço que fomente a resistência às medidas regressivas quanto aos direitos sociais e contribua para a construção de uma mobilização em torno da viabilização do Projeto de Reforma Sanitária construído nos anos oitenta no Brasil.⁴¹

Adotando uma perspectiva relacional entre sujeito e objeto, na perspectiva marxiana, ambos estão historicamente situados. A apreensão das múltiplas determinações dos fenômenos, o que inclui a dimensão teórica, metodológica e a política, impõe a necessidade de entendimento da história enquanto processo, e não enquanto conjunto de fatos isolados,

⁴¹ Trecho do texto de Maria Inês Souza Bravo, assistente social e Professora Adjunta da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, retirado do blog "Pela Saúde" que faz parte do projeto de extensão e pesquisa acadêmica que visa articular o ensino universitário e as demandas da sociedade. Para mais informações: http://pelasaude.blogspot.com/p/quem-somos_02.html Acessado em 06 de fev. de 2012.

não possibilitando a apreensão da totalidade dos fenômenos, que estão em constante transformação. E, assim, pensar realidade num determinado momento histórico não significa apreendê-la de maneira fragmentada, destoada das particularidades históricas a ela inerentes.

No pensamento de Marx e Engels é na prática que o homem deve necessariamente empenhar-se em demonstrar a verdade: "A questão de saber se ao pensamento humano cabe alguma verdade objetiva não é uma questão teórica, mas uma questão prática. É na prática que o homem tem de provar a verdade, isto é, a realidade e o poder, a natureza e o poder" (MARX; ENGELS, 2009, p. 119) O real apresenta-se como um processo histórico, ele é profundamente adequado à práxis, já que apreende a história como um meio no qual pode-se gestar a transformação social. Neste sentido, a ação apresenta-se como uma condição do conhecimento, e este, por sua vez, uma condição para a ação.

A filosofia da práxis não tende a manter as pessoas simples em seu senso comum, mas ao contrário, as conduz a uma concepção superior da vida. A importância do contato de intelectuais com pessoas simples o faz para construir um progresso intelectual das massas, para que possam assumir a função de dirigente, não somente para construir uma nova política estatal, mas uma nova cultura, uma nova produção da existência.

Portanto a organização de espaços coletivos de organização da luta a favor das demandas reais da maioria da população, que não fique a mercê dos interesses clientelistas, privatistas e/ou de 'currais' eleitorais, passa pela compreensão da totalidade apreendida como uma produção sócio-histórica, em que é possível promover mudanças, assim: O marxismo ensina ao proletariado não que se afaste da revolução burguesa, não que lhe seja indiferente, não que abandone sua direção à burguesia; mas, ao contrário, que dela participe do modo mais enérgico, que lute do modo mais resoluto por uma democracia proletária consequente, por levar a cabo a revolução." (LÊNIN, apud, GRUPPI, 1979, p.11)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a década de 1990, a privatização faz parte da realidade do SUS. Anteriormente o Estado brasileiro já realizava uma expansão do atendimento, criando serviços próprios, como hospitais de servidores, mas também comprando serviços e financiando a expansão do setor privado. Com a implementação do Sistema Único de Saúde, foi modificado, pelo menos em teoria, o modo de se pensar a saúde no país, com o aumento da cobertura e do acesso, antes restrito a contribuintes da previdência social, por intermédio do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Na década de 1990, o auge do ajuste econômico e do avanço ideológico do neoliberalismo, a lógica de mercado é introduzida no SUS e os serviços estatais passam a conviver com a terceirização da gestão e a precarização dos vínculos de trabalho se institucionaliza, principalmente, com a proposta das Organizações Sociais (OS), o que recentemente, consolidou-se como alternativa para o Governo entregar a entidades privadas o controle de serviços e estruturas de saúde pública, numa defesa explícita de que a administração pública não tem capacidade de gestão, e por isto deve-se multiplicar as OS e outros modelos, como as Fundações Estatais de Direto Privado supostamente mais "fáceis" e flexíveis do que a administração estatal, tornando o Sistema de Saúde cada vez mais fragmentado.

Também recentemente, uma Medida Provisória, assinada no último mandato do expresidente Luiz Inácio Lula da Silva e sancionada pela presidenta Dilma Rousseff, criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao MEC. A empresa, juridicamente, tem caráter privado, entretanto o capital destinado à administração é público. A empresa será responsável pela administração dos hospitais federais, estaduais e municipais e poderá, a princípio, contratar pessoal sem necessidade de concursos. A EBSERH é considerada um passo para a implementação do projeto OS em âmbito nacional.

Esses modelos privatizam as Políticas Sociais, prejudicam os trabalhadores e não valorizam o controle social da população sobre estas políticas. O ideário neoliberal é um dos maiores responsáveis pela presença cada vez maior das tentativas de privatização de serviços públicos de saúde e de outras áreas, que promove a transferência dos recursos do setor de políticas sociais dos trabalhadores do estado para garantir lucro de grupos corporativos e para os grandes empresários.

O SUS por se constituir como uma política que amplia o conceito de saúde, por descentralizar a direção, tornando cada esfera única na gestão dos serviços, por transformar o modo de atenção em saúde pautada em princípios como o da universalidade, da igualdade e da equidade, entra em choque com o sistema capitalista, onde não há e não haverá dissolução da estratificação no acesso ao direito à saúde e à vida, "confunde" descentralização com terceirização.

Segundo Bahia (2012), o SUS sofre com o subfinanciamento e os problemas de gestão. Para o Governo a saúde não é prioridade, assim como as outras áreas sociais essenciais. Ao sancionar a Lei Complementar 141, a presidente Dilma Rousseff realiza inúmeros vetos, incluindo o trecho que determinava a atualização automática dos recursos da Saúde quando houvesse revisão do PIB:

Aprovar a Emenda 29 sem que a União tenha que dispor de mais recursos para a Saúde é uma tragédia. Do jeito que aprovaram, a Saúde vai ter mais R\$3 bilhões; se fossem os 10% da receita da União, o aporte seria de R\$40 bilhões. Foi bom terem definido o que são gastos com Saúde [as ações de vigilância em saúde (inclusive epidemiológica e sanitária), capacitação do pessoal do SUS, a produção, compra e distribuição de medicamentos, sangue e derivados, a gestão do sistema público de saúde, obras na rede física do SUS e a remuneração de pessoal em exercício], mas os R\$3 bilhões a mais não terão grande impacto. Houve uma derrota de todos os que defendem o SUS, ainda que o governo veja a aprovação como uma grande vitória. (BAHIA, 2012, s/p.)

Bahia (2012) afirma que há uma carência de recursos financeiros e desperdícios e a gestão de recursos humanos é o recurso estratégico em qualquer sistema de saúde, mas tornase um problema grave os cargos serem ocupados por critérios políticos partidários, a qualidade do trabalho não é controlada, não se sabe que metas devem ser cumpridas, os profissionais são mal pagos e não são valorizados. A corrupção configura-se como um problema de gestão. E finaliza afirmando que o SUS é um "consenso vazio", todos são a favor, contanto que não o use.

Como é lógico, numa sociedade de classes como a brasileira, marcada por diferenças abismais de patrimônio, renda e poder, não poderia aqueles que defendem a flexibilização do trabalho e da privatização, aberta e/ou mascarada, no serviço público. No andar de baixo da sociedade não poderiam permanecer passivas as grandes maiorias que reclamam uma cidadania efetiva, consubstanciada, entre outros, pela construção plena do SUS. Em razão desta realidade incontornável, os defensores do SUS se contrapõem objetivamente aos usurpadores do Sistema Publico de Saúde (como também dos outros direitos sociais: Educação, Previdência, etc., ancorados em patrimônio e recursos comuns), resistindo

incansavelmente, através das suas diferentes organizações e encontros profissionais e populares, na construção efetiva de um autêntico SUS.

Este trabalho foi proposto, como foi dito no inicio, pela vontade ética e política de contribuir ao conhecimento mais completo possível do trabalho realmente existente no SUS do estado de Rio de Janeiro, para que os atores sociais possam reconhecer os obstáculos políticos que impedem a construção de um Serviço de Saúde menos degradado, numa sociedade menos injusta.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. S. de. As cooperativas de enfermeiros em Manaus. Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane. Universidade Federal do Amazonas. 2004. Disponível em: http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/almeidagsm.pdf>. Acesso em 26 de abr. 2011.

BAHIA, Lígia. Superávit de Saúde. 2012. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/superavit-de-saude Acesso em 12 de Mar de 2012.

______. O SUS é um consenso vazio. 2012. Disponível em: http://clippingmp.planejamento.gov.br/cadastros/noticias/2012/1/17/o-sus-e-um-consenso-vazio Acesso em 12 de Mar de 2012.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. MACHADO, Cristiane Vieira. O legislativo e a Saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo Corrêa. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BATISTA, Alfredo. Reforma do Estado: uma prática histórica de controle social. In: Revista Serviço Social e Sociedade. nº 61, São Paulo: Cortez, Nov. 1999.

BENEVIDES, Claudia do Valle. Um Estado de Bem Estar Social no Brasil? Disponível em http://www.proac.uff.br/cede/sites/default/files/EBES_no_Brasil__2_dissertacao_benevides.pdf> Acesso em 04 de out. de 2011.

BOURDIEU, P. A precariedade está por toda parte. In: BOURDIEU, P. Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 119-127.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm Acesso em 12 de mar de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde: Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm Acesso em 12 de mar de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde: Lei 8.142 de 19 de setembro de 1990a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm Acesso em 12 de mar de 2012.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A nova política de recursos humanos. Brasília: MARE, 1997.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Reforma do Aparelho do Estado e as Mudanças Constitucionais: Síntese & Respostas a Dúvidas mais Comuns. Brasília: MARE, 1997a.

BRASIL. Emenda constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm Acesso em 12 de mar de 2012.

BRASIL. Lei de Responsabilidade Fiscal. 2000. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm > Acesso em 12 de mar de 2012.

BRASIL. Lei nº 4.599/2005. Dispõe sobre a contratação temporária por prazo determinado. Disponível em http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/88376/lei-4599-05-rio-de-janeiro-rj Acesso em 12 de mar de 2012.

BRASIL. Lei nº 5.490/2010. Dispõe sobre regulação da contratação temporária por prazo determinado. Disponível em < http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/817819/lei-5490-09-rio-de-janeiro-rj> Acesso em 12 de mar de 2012.

BRASIL. Lei complementar 92/2007. Dispõe sobre as Fundações Estatais na gerência dos hospitais da rede estadual do Rio de Janeiro. Disponível em http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/leis/12194-5164.html Acesso em 12 de mar de 2012.

BRASIL. Decreto nº 42.512 de 14 de junho de 2010. Autoriza a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil a realizar processo seletivo simplificado para a contratação temporária por prazo determinado. Disponível em: http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/index.html?decreto_42_512___140610.htm Acesso em 12 de mar de 2012.

BRASIL. Decreto-Lei N° 1.713 – De 28 De Outubro De 1939. Estatuto dos Funcionarios Publicos Civis da União. Disponível em http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1939/1713.htm Acesso em 12 de mar de 2012.

BRASIL. Lei nº 9.637 de 15 de maio DE 1998. Dispõe sobre as Organizações Sociais. Disponível em: http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1998/9637.htm Acesso em 12 de mar de 2012.

BRASIL. Regulamento do Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: ">http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/decest.nsf/e00625242f74e100032569bb0074c7c1/cb7fc6f032ee6e5683256eb40054bd0e?OpenDocument>">http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/decest.nsf/e00625242f74e100032569bb0074c7c1/cb7fc6f032ee6e5683256eb40054bd0e?OpenDocument>">http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/decest.nsf/e00625242f74e100032569bb0074c7c1/cb7fc6f032ee6e5683256eb40054bd0e?OpenDocument>">http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/decest.nsf/e00625242f74e100032569bb0074c7c1/cb7fc6f032ee6e5683256eb40054bd0e?OpenDocument>">http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/decest.nsf/e00625242f74e100032569bb0074c7c1/cb7fc6f032ee6e5683256eb40054bd0e?OpenDocument>">http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/decest.nsf/e00625242f74e100032569bb0074c7c1/cb7fc6f032ee6e5683256eb40054bd0e?OpenDocument>">http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/decest.nsf/e00625242f74e100032569bb0074c7c1/cb7fc6f032ee6e5683256eb40054bd0e?OpenDocument>">http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/decest.nsf/e00625242f74e100032569bb0074c7c1/cb7fc6f032ee6e5683256eb40054bd0e?OpenDocument>">http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/decest.nsf/e00625242f74e100032569bb0074c7c1/cb7fc6f032ee6e5683256eb40054bd0e?OpenDocument>">http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/decest.nsf/e00625242f74e100032569bb0074c7c1/cb7fc6f032ee6e5683256eb40054bd0e?OpenDocument>">http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/decest.nsf/e00625242f74e100032569bb0074c7c1/cb7fc6f032ee6e5683256eb40054bd0e?OpenDocument>">http://alerjln1.a

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo.Política de Saúde no Governo Lula. In: BRAVO, Maria Inês Souza. (Org). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

BRITO, Assis. A Administração no serviço público: uma abordagem sobre a deterioração organizacional e das práticas de modernização administrativa na administração pública. Brasília: Escopo Editora, 1988.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Gestão em Saúde. In PEREIRA, I. B. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. . 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CARVALHO, José Murilo de. A construção da ordem: a elite política imperial. Teatro de sombra: a política imperial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CASTILLO, Juan José. La soledad del trabajador globalizado. Madrid, Catarata, 2008.

CASTRO, R. P. Contribuição ao debate da qualificação e da sua reconfiguração em "modelo de competências". 2010. (Não publicado) p. 1-24.

Globalização. In PEREIRA, I. B. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. . 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

COUTINHO, Carlos Nelson. O Estado Brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, J. C. F; NEVES, L. M. V. (org) Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2006.

Gramsci. Porto Alegre, Editora L & PM, 1981.

_____ A dualidade de poderes: Estado e revolução no pensamento maxista. In Marxismo e política – a dualidade de poderes. São Paulo: Cortez, 1994.

CUNHA, Antonio Geraldo da. Dicionário etimológico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.

DELUIZ, N. A Globalização Econômica e os Desafios à Formação Profissional. Boletim Tecnico do SENAC. 1996

EAGLETON, T. O que é ideologia? In EAGLETON, T. Ideologia. São Paulo: Editora Boitempo, 1997. p. 11-40.

ESCOREL, Sara e TEIXEIRA, Luiz Antonio. Histórias das Políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia (org). Política e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

ESKENAZI, M; MARTICORENA, C. Reflexiones críticas acerca de la relación entre precariedad laboral y trabajo asalariado. 2006. Disponível em: http://www.herramienta.com.ar/herramienta-web-6/reflexiones-criticas-acerca-de-la-relacion-entre-precariedad-laboral-y-trabajo-asa Acessado em 22 de jun. de 2011.

FALEIROS, Ialê. LIMA, Júlio Cesar França Lima. Saúde como direito de todos e dever do Estado. In: PONTE, Carlos Fidélis (org). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

FERNANDES, Florestan. A Revolução Burguesa no Brasil: Ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

FONTES, V. Sociedade Civil. In PEREIRA, I. B. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. . 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

FONTES, V. Sociedade Civil no Brasil Contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: LIMA, J. C. F. (org) Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2006.

FRANCO, T.B. As Organizações Sociais e o SUS. 1998. Disponível em http://www.datasus.gov.br/cns/temas/as_organiza%E7%F5es_sociais_e_o_sus.htm Acesso em 03 de jan. de 2012.

FRANCO TB, PINTO H. (2008) Fundações estatais como dispositivo para a desprivatização. Disponível

http://www.democraciasocialista.org.br/democraciasocialista/artigos/item?item_id=115979 Acesso em 03 de jan. de 2012.

FRIGOTTO, G. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In: FRIGOTTO, G. (Org.). Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século. 5. ed Petrópolis: Vozes, 2001.

FRIGOTTO. G. Trabalho. In PEREIRA, I. B. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. . 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAMSCI, Antonio. Americanismo e Fordismo. In: Maquiavel a Política e o Estado

Moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

GRUPPI, Luciano. O conceito de hegemonia em Gramsci. 2 ed. Editora Graal, 1979.

HOUAISS. Dicionário da língua portuguesa. Editora Objetiva. 2008.

LEHER, Roberto. Tempo, autonomia, sociedade civil e esfera pública: uma introdução ao debate a propósito dos "novos" movimentos sociais na educação. In: GENTILI, Pablo. FRIGOTTO, Gaudêncio (org). 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LIMA, Júlio Cesar França. Neoliberalismo e educação profissional em saúde. In: Trabalho Necessário, ano 5, n. 5, 2007.

LIMA, Júlio Cesar França. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: O Processo Histórico do Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. Saúde e Democracia. História e Perspectivas dos SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MARCH, Claudia. A Contra-Reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos nos trabalho em saúde nos serviços públicos. 2011. Disponível em: http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/925/935 Acesso em 04 de jan. de 2012.

MARX, K. O Capital. Livro 1 Vol 1. 2ª edição. Rio de janeiro: Civilização Brasileira, 1971.

MARX, K. e ENGELS, F. O Manifesto Comunista. 5^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

_____. A Ideologia Alemã. 6ª ed. São Paulo. Hucitec, 2009.

MATTA, G. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G.; PONTES, A. L. (orgs). Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.61-80.

MERHY E, PINTO H, FRANCO T. B. Fundação Estatal e fortalecimento da capacidade de ação do Estado. Disponível

http://www.democraciasocialista.org.br/democraciasocialista/artigos/item?item_id=115985 Acessado em 03 de jan. de 2012.

MOYSES, Neusa Maria Nogueira et al. Cooperativas de Trabalho Médico no Setor Saúde: um estudo exploratório. Observatório de Recursos Humanos/ENSP. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/ENSPSA-FIOCRUZ/Cooperativas.pdf Acesso em 03 de jan. de 2012.

Monedero, Juan Carlos. El gobierno de las palabras. EFE, México, 2011 pág.202.

NETO, Eleutério Rodriguez. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

NEVES. L. M. W. (org) A direita para o social e a esquerda para o capital: Intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil. São Paulo: Xamã, 2010.

NEVES, L. e PRONKO, M. A atualidade das idéias de Nicos Poulantzas no entendimento das Políticas Sociais no Século XXI. In: Germinal: Marxismo e Educação em debate, Londrina, v. 1, n. 2, p. 97-111, jan, 2010.

OLIVEIRA, Claudio Brandão de. Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado do Rio de Janeiro. Organização e Notas. 6 ed. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2007.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de. MATTOS, Ruben Araújo de. SOUZA, Auta Iselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500035> Acesso em 12 de mar de 2012.

PIALOUX, M., BEAUD, S. Permanentes e temporários. BOURDIEU, P. (Org.) A Miséria do Mundo. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 309-321.

POCHMANN, Márcio. O emprego no desenvolvimento da nação. Editora: Boitempo, 2008.

_____Flexibilização do Trabalho. Revista Forum, 2010. Disponível em: http://revistaforum.com.br/marciopochmann/2010/09/26/flexibilizacao-do-trabalho/ > Acessado em 22 de jun. de 2011.

PONTE, Carlos Fidélis; REIS, José Roberto Franco; FONSECA, Cristina M. O. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? In: PONTE, Carlos Fidélis (org). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

POULANTZAS, Nicos. O Estado, o poder e nós. In: BALIBAR, Etienne. POULANTZAS, Nicos. & Outros. O Estado em discussão. Leitura da política. Lisboa, 1981.

RAMOS, Marise. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: O Processo Histórico do Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RAMOS, Marise. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. In: Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v.7. EPSJV, 2009.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza. (Org). Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Democracia e participação da sociedade em saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa (org.) Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e Desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

SENNETT, Richard. A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Tradução Marcos Santarrita. 14 ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SINGER, P. O capitalismo: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica. São Paulo: Moderna, 1995.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Estado Capitalista e Política Social. Editorial Universidad de Antioquia. Departamento de Publicaciones. Julio de 1987.

TEIXEIRA, S. Desenhos Alternativos de Incorporação e Gestão do Trabalho Médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. 1999. Disponível em: http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/teixeiramm/capa.pdf>. Acesso em 26 de abr. 2011.

TEIXEIRA, M. J. A Política Nacional de Saúde na contemporaneidade: as Fundações Estatais de Direito Privado como estratégia de direcionamento do fundo público [Tese] Rio de Janeiro: UERJ, Doutorado em Serviço Social; 2010.

VIEIRA, Monica. As Políticas de Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde. In: O Processo Histórico do Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

110

ANEXO A - ENTREVISTA À RÁDIO CBN COM O SECRETÁRIO ESTADUAL DE

SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Fonte: Internet - Rádio CBN.

Método: Transcrição de áudio.

Disponível http://cbn.globoradio.globo.com/cbn-rj/2011/09/13/MOVIMENTOS-

SINDICAIS-PROTESTAM-CONTRA-PROJETO-DAS-ORGANIZACOES-SOCIAIS-NA-

REDE-PUBLIC.htm> Acesso em 27 de set. de 201.

Título: Movimentos sindicais protestam contra projeto das 'Organizações Sociais' na rede

pública de saúde estadual; secretário de saúde nega processo de privatização.

Entrevista com Sergio Cortês, Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Data: 16/09/2011

Servidores, usuários das unidades de saúde, bombeiros e representantes de sindicatos, ocuparam as escadarias da ALERJ hoje à tarde, contra a votação do projeto de lei 767. Esse projeto de lei do governo Cabral, segundo o sindicato, tem o objetivo de entregar os hospitais públicos estaduais a entidades privadas, chamadas Organizações Sociais, o que caracteriza um processo de privatização da rede pública.

CBN: Secretário, eu queria primeiro que o Sr explicasse para os ouvintes, qual é a diferença em ter o hospital gerido com recursos do Estado, ou o hospital gerido por essas

Organizações Sociais.

SC: A primeira coisa que a gente tem que afastar é a questão da privatização da saúde. Privatização da saúde vamos entender seria se os hospitais passassem a atender planos privados, seguros, passassem a atender planos de saúde e isso não vai ocorrer. O que nós estamos querendo é melhorar o atendimento aos nossos pacientes no sistema público, somente pacientes do SUS, do Sistema Único de Saúde, poderão ser atendidos nos nossos hospitais, como hoje já funciona. O que nós estamos querendo na realidade é melhorar ainda mais a assistência dos nossos pacientes, buscando incessantemente, modelos que estão sendo aplicados, não só no país, mas no mundo inteiro, em melhoria, em benefício dos pacientes, essa é a nossa grande preocupação. O paciente hoje não está preocupado se do outro lado da cadeira, tem um servidor estatutário, ou se do outro lado da cadeira tem um servidor celetista, o que o paciente quer saber é se ele está sendo bem atendido e se o problema dele vai ser resolvido, essa é a intenção do governo Sergio Cabral, melhorar cada vez mais a assistência do nosso paciente.

CBN: Então as Organizações Sociais, poderiam contratar pessoal pelo regime de CLT, é isto, para escapar do funcionário estatutário?

SC: Exatamente, nós já temos, nós não temos nenhum modelo que vá resolver todos os problemas da saúde, não tenho medo, vergonha nenhuma de dizer, que é um problema sério, de difícil solução, e que nós estamos buscando alternativas, que alternativas são essas, nós estamos lançando nos últimos 4 anos, nós já lançamos a Fundação Estatal, temos o primeiro concurso público agora já para outubro, será lançado o edital em outubro, nós temos as parcerias público-privadas, nós temos o belíssimo êxito que é o Hospital da Mulher, o Hospital de Trauma Ortopedia de Paraíba do Sul, nos exames laboratoriais. Antes quando fazíamos exclusivamente com administração público direta, nós fazíamos 1 milhão e 200 mil exames em 2003 e gastávamos 135 milhões de reais, hoje nós saímos de 1 milhão e 200 exames para 9 milhões e meio de exames gastando 45 milhões de reais, ou seja, quase 1/3, aumentamos oito vezes, e gastamos quase 1/3, então o nosso objetivo principal é sempre poder ofertar mais e melhor para a população, esse é o mantra, esse é o foco.

CBN: Como vão ser escolhidas essas OS?

SC: Como se fosse uma grande concorrência pública, nós temos o que chamamos de "técnica e preço", elas terão que preencher pré-requisitos de ter no mínimo três anos a cinco anos de experiência, vai depender do que for aprovado hoje na Assembléia Legislativa, elas terão que ter experiência provada que já pratica ação de saúde, no atendimento à população, ela terá que ter expertise, vamos supor que seja transplante, a gente tem uma OS para transplante, essa OS, aquela empresa, aquela Organização Social, terá que mostrar sua experiência e bons resultados na realização do transplante. Se for uma OS para Terapia Intensiva, ela deve mostrar que ela já tem experiência em tratamento em pacientes graves, a longo tempo e principalmente com bons resultados. Sempre buscar, o que chamamos de metas qualitativas, de qualidade e quantitativas, temos que ter uma produção cada vez melhor, sem muito se afastar da qualidade.

CBN: O Brasil é um país curioso, o Brasil é o único país do mundo em que as Organizações Não Governamentais vivem de dinheiro do governo, e boa parte das Organizações Não Governamentais, é claro com as raras exceções de praxe, elas recebem o dinheiro do governo, não há fiscalização, há uma série de fraudes envolvendo

essas ONGs. Quem é que vai fiscalizar essas OS, como é que vai ser o processo de fiscalização desses recursos que afinal de contas são dinheiro do povo, são recursos públicos, que vão ser entregues a essas OS, para gerir a saúde pública do estado do Rio?

SC: A nossa maior preocupação e eu quero parabenizar a Assembléia Legislativa, nós tivemos diversas emendas parlamentares, tivemos uma reunião com o Presidente Paulo Melo, com todos os líderes dos partidos e eu quero aqui fazer um agradecimento pela melhoria que as emendas deram ao nosso projeto de lei que será votado no final da tarde, porque foram emendas que colocaram, talvez itens que não estávamos percebendo importância, um deles foi aumentar ainda mais a fiscalização das Organizações Sociais. Tem uma emenda parlamentar que pede o acompanhamento e eu penso, conjunto do próprio Conselho Estadual de Saúde, que já faz a fiscalização das ações da Secretaria de Estado, da Assembléia Legislativa, do Tribunal de Contas do Estado, do Ministério Público, sem afastar, sem esquecer de todo o controle interno que será feito pela própria Secretaria. Nós temos há mais de 10 anos, funcionando as Organizações Sociais do Estado de São Paulo, da prefeitura de São Paulo, não tenho vergonha nenhuma de dizer que a gente copia o que é bom, temos todo o apoio da secretaria do Estado de São Paulo, estaremos recebendo o secretario municipal, a minha equipe já foi a São Paulo. Uma fiscalização extremamente rígida, onde centenas de metas são colocadas no contrato, tem um contrato, não é um repasse, que nós temos com algumas ONGs, a OS primeiro, não é ONG, vamos deixar bem claro, a OS, no conselho de administração da OS, tem participação do Governo do Estado, nós indicamos membros para o Conselho de Administração, nós não estaríamos acompanhando somente de fora, estaremos acompanhando de dentro todo o funcionamento da OS.

Maurício Martins: Pra muitos funcionários, além dessa questão sempre levantada sobre a privatização, privatização da rede pública, se diz que colocar as Organizações Sociais seria uma forma do Governo do Estado admitir que não consegue administrar a saúde, o Sr. concorda com isso?

SC: Vamos separar duas coisas: o papel principal do Estado é fazer o papel da organização do Estado, fomentar os programas relacionados à saúde, trabalhar incessantemente na organização entre os municípios, na regulação dos direitos, na organização de toda cardiologia e oncologia. O estado não deve ser um prestador de serviço, o prestador de serviço se você for pegar o Estado na maior parte dos estados do Brasil, ele é muito mais organizador do sistema do que prestador de serviço. O que nós estamos fazendo na realidade é deixar quem tem *expertise* em prestar o serviço, quem tem a *expertise* da gestão do serviço são empresas que estão

acostumadas a fazer isso. O sonho de consumo da população sempre foi ter um plano de saúde para poder acessar um hospital privado, o sonho de consumo da população é ter uma saúde com qualidade, e o que nós queremos ofertar é entregar a essa população a melhor saúde possível, ou seja mecanismos que privilegiam, principalmente, a qualidade na assistência. Nós precisamos hoje ter a meta, parece simples mas não é, leitos de CTI, nós precisamos saber se aquele paciente, a escara, a ferida que tá acontecendo por exemplo no paciente, se estão mudando ele de decúbito, mudando ele de lado, se o cuidado está sendo adequado, até isso nós teremos no contrato com a OS, nós vamos obrigar que as OS, mantenham o índice de satisfação lá em cima, porque se não serão penalizados nos seus contratos, coisa que hoje é impossível fazer com a administração pública. É impossível imaginar que o Estado possa comprar aspirina para o hospital, que possa comprar gases para o hospital, você imagina como é tomar conta de mais de 600 unidades espalhadas pelo estado, o que eu quero é que lá em Araruama, lá em Angra dos reis, em São João de Meriti, em São Gonçalo, o paciente tenha a melhor qualidade de assistência, o nosso foco é o paciente e principalmente que esse atendimento seja 100% público. Não existe a menor possibilidade, a lei já prevê isso, não existe a menor possibilidade de entender a privatização da saúde.

ANEXO B – MATÉRIA DA REVISTA ÉPOCA (7/11/2011 N°703) "O SUS QUE FUNCIONA E O SUS QUE FRACASSA"





7 de novembro de 2011. ÉPOCA > 53

ANEXO C - O CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO POR TEMPO **DETERMINADO**



ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

CONTRATO N. º 004728 / 2009

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR TEMPO DETERMINADO, NA FORMA DO ARTIGO 37, INCISO IX DA CONSTITUÇÃO DA REPÚBLICA E ARTIGO 77, INCISO XI, DA CONSTITUIÇÃO DO ESTADO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO RIO DE JANEIRO, POR SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL E O (A) SR(A).

O ESTADO DO RIO DE JANEIRO, neste ato pelo (a) Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil, doravante denominado CONTRATANTE, representado neste ato pelo Exmo. Sr. Secretário de Estado de Saúde, Dr. Sérgio Cortês, conforme autorização do Exmo. Sr. Governador do Estado constante do Decreto Estadual nº 41.538/2008, e o(a) Sr(a).

BRASILEIRA, Natural do RIO DE JANEIRO, Nascido(a) em describado, portador(a) da Carteira de Identidade de Expedida em describado, pelo DETRAN, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº describado, domiciliado na describado, portador de SAO GONCALO, daqui por diante denominado CONTRATADO, resolvem celebrar o presente Contrato de Prestação de Serviços por tempo determinado, na forma do artigo 37, inciso IX, da Constituição da República, e artigo 77, inciso XI, da Constituição do Estado, que se regerá pelas normas da Lei estadual nº 4.599, de 27 de setembro de 2005, Decreto nº 38.604, de 06 de dezembro de 2005, aplicando-se a este contrato suas disposições irrestrita e incondicionalmente, bem como pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

O presente instrumento tem por objeto a prestação de serviços por prazo determinado à CONTRATANTE, de acordo com o resultado do processo seletivo simplificado, pelo prazo determinado na Cláusula Segunda, na forma da Lei Estadual nº 4.599/05 e Decreto Estadual nº

41.538/2008.

CLÁUSULA SEGUNDA: DO PRAZO

O prazo de vigência do contrato será de 01 (um) ano, contado a partir da assinatura do contrato.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O prazo contratual poderá ser prorrogado pelo prazo máximo de 1 (um) ano, observando-se a disciplina do artigo 2º e parágrafo único, da Lei nº 4.599, de 27 de setembro de 2005.

PARÁGRAFO SEGUNDO – O período do contrato previsto no caput deverá ser executado integralmente e sem interrupções, salvo aquelas expressamente previstas em lei e neste contrato, sob pena de ser caracterizada a inadimplência do CONTRATADO, com a conseqüente extinção do contrato de prestação de serviço.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A prorrogação prevista nesta Cláusula só poderá ser efetivada segundo a conveniência da Administração, a critério exclusivo do CONTRATANTE.

CLÁUSULA TERCEIRA: DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE O CONTRATANTE se obriga a:

- a) depositar a quantía líquida da retribuição a que fizer jus o CONTRATADO, em conta aberta em seu nome no Banco ITAÚ, conforme o calendário de pagamento dos servidores públicos da Administração Direta, Indireta, Fundações e dos Pensionistas do Estado do Rio de Janeiro;
- b) recolher contribuição Previdenciária mensal e o imposto de renda de pessoas físicas IRPF, deduzidos da retribuição do
- CONTRATADO; con contratação, bem como o tempo de prestação de serviços, para defesa de direitos ou esclarecimento o expedir definidos que atesteria contratação, bem como o tempo de prestação de serviços, para defesa de di de situação, a requerimento do CONTRATADO; d) abster-se de determinar tarefas ou funções que impliquem em eventual desvio de função do CONTRATADO;
- e) pagar tempestiva e integralmente a remuneração pactuada na Cláusula Décima Primeira.

- CLÁUSULA QUARTA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA
 Constituem obrigações da CONTRATADA:
 a) desenvolver satisfatoriamente, de acordo com sua formação profissional e capacitação técnica especializada, as atividades b) estar presente no local de trabalho durante todo o tempo de desenvolvimento normal das atividades de execução do contrato, que
- corresponderá ao horário de expediente do CONTRATANTE; c) submeter-se às normas, rotinas e horários de trabalho estabelecidos pelo CONTRATANTE;
- d) aceitar os descontos de lei incidentes em sua remuneração mensal bruta, bem como os decorrentes de horas não trabalhadas em função de ausência não autorizada ou falta não abonada, devidamente apontadas no período de vigência deste contrato; e) cumprir as determinações legais emanadas das autoridades competentes do (órgão ou entidade contratante).
- f) exercer com zelo e dedicação os encargos que lhe forem cometidos;

- los presentes au contractivation.

 No los proventa a normas legais e regulamentares aplicáveis às atividades do CONTRATANTE;

 i) cumpir as ordens lícitas de superior hierárquico;

 j) atender, com presteza, ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalvadas as legalmente protegidas por sigilo, e preparar aquelas requeridas para a defesa do CONTRATANTE em juízo;

 l) levar ao conhecimento da autoridade superior as irregularidades de que tiver ciência em razão do exercício de suas atividades;

- m) zelar pela economia do material e a conservação do patrimônio público; n) guardar sigilo sobre assuntos do CONTRATANTE; o) manter conduta compatível com a moralidade administrativa;
- p) ser assíduo e pontual na prestação de seus serviços
 q) tratar com urbanidade as pessoas;
- r) representar, por intermédio da via hierárquica, contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder.



b) por manifestação unilateral motivada do CONTRATANTE;

c) por vontade de ambas as partes;

d) por infração aos deveres de assiduidade, pontualidade, urbanidade, discrição, boa conduta, lealdade e respeito às instituições constitucionais e administrativas a que servir, observância das normas legais e regulamentares, sem prejuízo das demais disposições constitucionais e legais impostas aos ocupantes de funções públicas ou incidência nas proibições estabelecidos em suas cláusulas, imputadas à responsabilidade do CONTRATADO, depois de apurada a falta em sindicância conduzida pelo CONTRATANTE, no prazo de trinta (30) dias, em que se lhe tenham sido assegurados o contraditório e a ampla defesa, com os recursos inerentes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A rescisão decorrente de manifestação unilateral imotivada do CONTRATANTE importará no pagamento, ao CONTRATADO, de indenização no valor correspondente a 1/12 (um doze) avos da remuneração mensal, por mês e/ou período igual ou superior a 15 (quinze) dias efetivamente trabalhados.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Não será computado no cálculo da verba indenizatória da rescisão unilateral, referida no parágrafo primeiro

desta cláusula, o período de trabalho inferior a 15 (quinze) dias.

PARÁGRAFO TERCEIRO - O CONTRATANTE poderá, aínda, rescindir unilateralmente o contrato, sem que caiba indenização ao CONTRATADO, em razão de:

a) ocorrência de qualquer hipótese impeditiva ao fiel cumprimento do contrato pelo período acordado, inadmitindo-se qualquer suspensão da sua execução;

b) falta ao trabalho por três dias consecutivos ou cinco intercalados em um período de trinta dias, mesmo com justificação, ressalvadas as faltas abonadas por motivo de doença, em conformidade com o disposto no parágrafo único da cláusula sétima;

c) afastamento por motivo de doença por prazo superior a 15 dias consecutivos;
 d) apresentação de documento falso ou declaração falsa ou inexata;

e) insuficiência de desempenho na função para a qual apresentou prova de capacitação.
PARÁGRAFO QUARTO - A declaração de rescisão deste contrato, em todos os casos em que ela é admitida, será sempre feita independentemente de prévia notificação judicial ou extrajudicial e operará seus efeitos a partir da publicação do ato no Diário Oficial do Estado.

PARÁGRAFO QUINTO - No ajuste final de contas, dos valores eventualmente devidos ao CONTRATADO, o CONTRATANTE, como lhe incumbe, procederá aos descontos previstos na legislação específica, na forma estabelecida em suas disposições.

PARÁGRAFO SEXTO – O CONTRATADO só poderá rescindir ou interromper a prestação de serviços por conta de infração contratual ou legal do CONTRATANTE mediante propositura de ação judicial, devendo manter o cumprimento integral de suas obrigações legais e contratuais até expresso pronunciamento judicial que suspenda ou extinga a exigibilidade das mesmas.

<u>CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DAS CONDIÇÕES RESOLUTIVAS</u> O presente contrato estará resolvido de pleno direito, não cabendo qualquer indenização ao CONTRATADO, nas hipóteses de sua substituição por servidor efetivo investido em cargo que abarque as funções objeto do presente contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO – A substituição mencionada no caput da presente Cláusula pode decorrer de qualquer forma de provimento originário ou derivado do servidor efetivo em questão.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DA INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO

A presente contratação não cria vinculo empregatício ou estatutário entre o CONTRATANTE e o CONTRATADO, nem gera para este o direito de ser posteriormente admitido como servidor estadual e nem o de ser aproveitado nos órgãos da administração direta ou indireta

ou, ainda, fundação instituída ou mantida pelo Estado. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA

CLAUSULA DECIMA QUINTA: DA CESSAO OU TRANSFERENCIA

O presente contrato não poderá ser objeto de cessão ou transferência no todo ou em parte.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉXTA: DA EXCEÇÃO DA RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE.

A superveniência de decisão judicial que anule a presente contratação, em especial a declaração de inconstitucionalidade da Lei Estadual nº 4.599/05, não assegurará qualquer direto de reparação ao CONTRATADO, o qual renuncia expressa e irrevogavelmente a qualquer pretensão indenizatória.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DA PUBLICAÇÃO E CONTROLE DO CONTRATO

Após a assinatura do contrato deverá seu extrato ser publicado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias, no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, devendo ser encaminhado ao Tribunal de Contas do Estado, para conhecimento, cópia autenticada do contrato até o quinto dia

útil seguinte ao da sua assinatura. PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, número do empenho e fundamento do ato.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA: DO FORO DE ELEIÇÃO

Fica eleito o Foro da Cidade do Rio de Janeiro, comarca da Capital, para dirimir qualquer litígio decorrente do presente contrato que não possa ser resolvido por meio amigável, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E, por estarem assim acordes em todas as condições e cláusulas estabelecidas neste contrato, firmam as partes o presente instrumento

em 4 (quatro) vias de igual forma e teor, depois de lido e achado conforme, em presença de testemunhas abaixo firmadas.

Rio de Janeiro, em 22/6/2009.

(NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE) CONTRATANTE



b) pcr manifestação unilateral motivada do CONTRATANTE;

o) por vontade de ambas as partes; d) por infração aos deveres de assiduidade, pontualidade, urbanidade, discrição, boa conduta, lealdade e respeito às instituições constitucionais e administrativas a que servir, observância das normas legais e regulamentares, sem prejuízo das demais disposições constitucionais e legais impostas aos ocupantes de funções públicas ou incidência nas proibições estabelecidos em suas cláusulas, imputadas à responsabilidade do CONTRATANDO, depois de apurada a falta em sindicância conduzida pelo CONTRATANTE, no prazo de trinta (30) dias, em que se lhe tenham sido assegurados o contraditório e a ampla defesa, com os recursos inerentes.

PARAGRAFO PRIMEIRO - A rescisão decorrente de manifestação unilateral imotivada do CONTRATANTE importará no pagamento, ao

CONTRATADO, de indenização no valor correspondente a 1/12 (um doze) avos da remuneração mensal, por mês e/ou período igual ou

superior a 15 (quinze) dias efetivamente trabalhados.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Não será computado no cálculo da verba indenizatória da rescisão unilateral, referida no parágrafo primeiro desta cláusula, o período de trabalho inferior a 15 (quinze) dias.

PARÁGRAFO TERCEIRO - O CONTRATANTE poderá, ainda, rescindir unilateralmente o contrato, sem que caiba indenização ao

CONTRATADO, em razão de:
a) ocorrência de qualquer hipótese impeditiva ao fiel cumprimento do contrato pelo período acordado, inadmitindo-se qualquer suspensão da sua execução:

b) falta ao trabalho por três dias consecutivos ou cinco intercalados em um período de trinta dias, mesmo com justificação, ressalvadas as faltas abonadas por motivo de doença, em conformidade com o disposto no parágrafo único da cláusula sétima; c) afastamento por motivo de doença por prazo superior a 15 dias consecutivos;

o) apresentação de documento falso ou declaração falsa ou inexata;
e) insuficiência de desempenho na função para a qual apresentou prova de capacitação.
PARAGRAFO QUARTO - A declaração de rescisão deste contrato, em todos os casos em que ela é admitida, será sempre feita independentemente de prévia notificação judicial ou extrajudicial e operará seus efeitos a partir da publicação do ato no Diário Oficial do

PARAGRAFO QUINTO - No ajuste final de contas, dos valores eventualmente devidos ao CONTRATADO, o CONTRATANTE, como lhe incumbe, procederá aos descontos previstos na legislação específica, na forma estabelecida em suas disposições.

PARAGRAFO SEXTO - O CONTRATADO só poderá rescindir ou interromper a prestação de serviços por conta de infração contratual ou legal do CONTRATANTE mediante propositura de ação judicial, devendo manter o cumprimento integral de suas obrigações legais e contratuals até expresso pronunciamento judicial que suspenda ou extinga a exigibilidade das mesmas.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DAS CONDIÇÕES RESOLUTIVAS

O presente contrato estará resolvido de pleno direito, não cabendo qualquer indenização ao CONTRATADO, nas hipóteses de sua

substituição por servidor efetivo investido em cargo que abarque as funções objeto do presente contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO – A substituição mencionada no caput da presente Cláusula pode decorrer de qualquer forma de provimento originário ou derivado do servidor efetivo em questão.

orginario ou derivado do servidor efetivo em questão.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DA INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO

A presente contratação não cria vinculo empregatício ou estatutário entre o CONTRATANTE e o CONTRATADO, nem gera para este o direito de ser posteriormente admitido como servidor estadual e nem o de ser aproveitado nos órgãos da administração direta ou indireta ou, ainda, fundação institutida ou mantida pelo Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DA CESSÃO OU TRANSFERÊNCIA

O presente contrato não poderá ser objeto de cessão ou transferência no todo ou em parte.
CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DA EXCEÇÃO DA RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE.

A superveniência de decisão judicial que anule a presente contratação, em especial a declaração de inconstitucionalidade da Lei Estadual nº 4.599/05, não assegurará qualquer direto de reparação ao CONTRATADO, o qual renuncia expressa e irrevogavelmente a qualquer pretensão indenizatória.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: DA PUBLICAÇÃO E CONTROLE DO CONTRATO

ADOS a assinatura do contrato deverá seu extrato ser publicado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias, no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, devendo ser encaminhado ao Tribunal de Contas do Estado, para conhecimento, cópia autenticada do contrato até o quinto dia útil seguinte ao da sua assinatura.

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, número do

empenho e fundamento do ato.

CLAUSULA DÉCIMA OTTAVA: DO FORO DE ELEIÇÃO
Fica eleito o Foro da Cidade do Rio de Janeiro, comarca da Capital, para dirimir qualquer litigio decorrente do presente contrato que não

possa ser resolvido por meio amigável, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E, por estarem assim acordes em todas as condições e cláusulas estabelecidas neste contrato, firmam as partes o presente instrumento em 4 (quatro) vias de igual forma e teor, depois de lido e achado conforme, em presença de testemunhas abaixo firmadas.

Rio de Janeiro, em 22/6/2009

(NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE) CONTRATANTE

CONTRATADA

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

3



CLÁUSULA QUINTA: DAS PROIBIÇÕES

Ao CONTRATADO é vedado:

- a) ausentar-se do local de prestação de seus serviços, durante o desenvolvimento diário das atividades do projeto, sem prévia autorização do seu superior hierárquico ou de funcionário por ele indicado:
- b) retirar, sem prévia anuência da autoridade competente, qualquer documento ou objeto das dependências do CONTRATANTE; c) opor resistência injustificada ao andamento de documento ou processo ou à execução de serviços;
- d) promover manifestação de cunho político-partidário nas dependências do CONTRATANTE; e) promover, nas dependências do CONTRATANTE, manifestação pública de agravo ou desagravo a outros agentes públicos ou a terceiros que tenham com aquele órgão ou entidade administrativa;
- f) cometer a pessoa estranha à execução do projeto, fora dos casos previstos em lei, o desempenho de atividades de sua responsabilidade;
- g) atuar como procurador ou intermediário junto a repartições públicas; h) receber, exigir ou solicitar, para si ou para terceiros, propina, comissão, presente ou vantagem de qualquer espécie, em razão de seus serviços, para a prática ou omissão de ato de ofício, ou valer-se da função exercida para obtenção de vantagem pessoal para si ou para
- i) praticar usura sob qualquer de suas formas;
- j) proceder de forma desidiosa; l) utilizar pessoal ou recursos materiais do CONTRATANTE em serviços ou atividades particulares;
- m) exercer quaisquer atividades incompatíveis com os serviços técnicos prestados ao CONTRATANTE e com o horário de trabalho; n) ser nomeado ou designado, ainda que a título precário ou em substituição, para o exercício de cargo em comissão ou função de
- confiança em órgão ou entidade diversos daquele para o qual foi contratado; o) participar de gerência ou administração de empresa privada, de sociedade civil ou exercer o comércio, exceto na qualidade de acionista, cotista ou comanditário;

CLÁUSULA SEXTA: DA RESPONSABILIDADE

O CONTRATADO responde pessoalmente pelo exercício irregular de seus encargos, por atos omissivos ou comissivos, dolosos ou culposos, nos termos da legislação penal, administrativa e civil, não excluída ou atenuada essa responsabilidade pela presença ou pelo acompanhamento da execução por servidor ou empregado público.

<u>CLÁUSULA SÉTIMA</u>: DOS DIREITOS E DEVERES

O CONTRATADO terá direito a: I – licença maternidade; II - licença paternidade, III – férias, quando o período do contrato for superior a 12 (doze) meses, IV – verba indenizatória por rescisão unilateral imotivado por parte da Administração.

PARÁGRAFO ÚNICO – Em caso de faltas por até três dias por motivo de doença, as faltas serão abonadas mediante comprovação por atestado médico, desde que apresentado no prazo de 48 (quarenta e oito) horas do primeiro dia de afastamento. Em hipótese de faltas superiores a três dias e inferiores ou iguais a 15 dias, o abono dependerá de laudo positivo da Perícia Médica do Estado. Não serão abonadas, por motivo de saúde, mais do que 15 (quinze) faltas por ano de execução do contrato.

CLÁUSULA OITAVA: DAS FÉRIAS

Após a vigência de 12 (doze) meses do presente contrato, o CONTRATADO terá direito a afastar-se do trabalho por trinta (30) dias consecutivos, sem prejuízo de sua retribuição, a partir de data ajustada entre as partes, atendida a conveniência da Administração Pública. PARÁGRAFO PRIMEIRO - A rejeição de pedido de férias regulamente formulado pelo CONTRATADO só será possível em casos excepcionalíssimos, assim reconhecidos pelo titular do órgão a que o mesmo estiver vinculado, mediante motivação expressa e específica para o caso concreto, indicando-se pormenorizadamente as tarefas e funções que não podem ser reduzidas ou suspensas naquele

PARÁGRAFO SEGUNDO - Ainda que configurada a estrita e inadiável necessidade do serviço a justificar a rejeição do pedido de férias formulado pelo CONTRATADO, a concessão de tal afastamento deverá ser tão somente postergada para período futuro, ainda no prazo de vigência do contrato, indicando-se expressamente a previsão das datas de início e término do período de férias então adiadas, de modo a evitar a necessidade de indenização pecuniária de período não gozado de férias.

CLÁUSULA NONA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas com a execução do presente contrato correrão à conta do Programa de Trabalho nº 2961.10.122.002.2660, Elemento de Despesas 31.90.04, Fonte 00, do orçamento da SESDEC.

PARÁGRAFO ÚNICO – As despesas relativas aos exercícios subsequentes correrão por conta das dotações orçamentárias respectivas, devendo ser empenhadas no início de cada exercício.

CLÁUSULA DÉCIMA: DA REMUNERAÇÃO
A remuneração bruta total do CONTRATADO será de R\$ 1500,00 (Mil e Quinhentos Reais) por mês.
PARÁGRAFO ÚNICO - As vantagens e benefícios previstos em legislação específica da categoria funcional ou de cargo análogo na estrutura estadual não repercutirão sobre a remuneração do CONTRATADO.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DA EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO
O CONTRATADO executará os serviços descritos na Cláusula Primeira, com carga horária de 24 HORAS horas semanais, ficando subordinado às determinações da Superintendência de Recursos Humanos da Subsecretaria de Gestão de Trabalho, da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, quanto à forma de exercício de suas funções e horário, observadas as normas legais vigentes. PARÁGRAFO PRIMEIRO - O CONTRATADO se obriga a exercer sua função na unidade indicada pelo CONTRATANTE. PARÁGRAFO SEGUNDO - O CONTRATADO, por necessidade do serviço, poderá ser removido para qualquer unidade integrante da estrutura da CONTRATANTE, vedado, entretanto, o desvio de função, sob pena de rescisão do presente CONTRATO e a apuração da responsabilidade administrativa e civil das autoridades que determinarem, solicitarem, permitirem ou tolerarem tal desvio.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A execução do contrato será acompanhada e fiscalizada pela Superintendência de Recursos Humanos da Subsecretaria de Gestão do Trabalho, juntamente com a unidade em que o CONTRATADO estiver prestando o serviço.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA EXTINÇÃO DO CONTRATO
Este contrato será extinto, sem indenização ao CONTRATADO, verificada uma das seguintes hipóteses:

a) término do prazo contratual ou de sua prorrogação, independentemente de termo de rescisão, quando as partes se darão mútua quitação, se satisfeitas todas as obrigações reciprocamente pactuadas;

ANEXO D – ENTREVISTA DO SUBSECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO DA SAÚDE DA SES/RJ " ESTADO JUSTIFICA CONTRATOS TEMPORÁRIOS" (JORNAL ONLINE)

SMIDE-RU | Secretaria informa que las vagas do concurso são para substituição de cooperativados e para novas unidades

Estado justifica contratos temporários

5

A Seonearia Estadual de Saúde do Rio de Janeiro realiza duas seleches públicas: uma, para 40 vagas efetivas de gestor. e a outra, para
2.412 emponárias, em divertas carreiras. Segundo o subsecretário
de Gessio do Trabalho e da Educação na Saúde. Sybrio Jorge de Souza
físsinc, o objevio é profissionalizar a gerá be eliminar necessidades de pessoal. No caso dos temporários, as vagas são para substiusição de cooperativados e novas unidades.
"A maior necessidade é de técnicos de enfermagem e enfermena. No caso dos cargos que estamos colocando no processo seletivo, mais da metade não temos mais em cadastro de reserva, porque
chamamos todo mundo", disse o subsecretário.
Segundo Sybrio Jorge, a secretaria não realiza concusso para efetivos, no caso dessas carreiras, porque ainda a guarda a definição pale
cialsobra e implantação das fundações estatais, que está sendo questicalsobra e implantação das fundações estatais, que está sendo queticalsobra e implantação das fundações estatais, que está sendo queticalsobra e implantação das fundações estatais, que está sendo queticalsobra e implantação das fundações estatais, que está sendo queticalsobra e implantação das fundações estatais, que está sendo queticalsobra e implantação das fundações estatais, que está sendo pue-A Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro realiza duas se-

Switch Minior - 11ms name dessas Syrho kinkor - Uma parte dessas vagas se destina a corpar os espa-ciaque ainda existem o un pado spor cooperadrados e outra para corpar os convircios temporático da sel-cito de 2007 que estão acubindo e año podem mais ser introvados. Uma strucira parte é para repor ca-relacias, principalmente pelo au-mento dosserviços. Ascertaria vem caracterio para e para por caracterio per porte de caracterio de caracterio per para caracterio per más anos nor um caracterio per más a caracterio per cara mento dosserviços. Asecretaria vem passasodo nesse tiba anos por um processo de amemato de ofeta de serviços. SóUPAsforam 30, masmas unidades hospitalares muitos ser-viços novos foram criados e mais leitos foram abentos Uma parteda vagas é para cobirá a demanda que sungiu recentem ente e tumbém uma possivo il demanda que possivo possivo il demanda que possivo il demanda que

No caso dos cooperativados, eles só ocupam as carreeras que vocês estão

OFFREENDO?

Estamos tentando acabar com os cooperativados, regularizar esses contratos nessas carreiras. A outra carreira que tem é 2 de médico, mas essa estamos resolvendo de outra forma.

PARA MEDICOS, A CONTRATAÇÃO É PELA FOTECT Fizemos o contrato com a Fiotec para gestão das urgências é emer-gências e estamos conseguindo minimizar o aporte de cooperati-vados nessas unidades.

A major necessidade é de técnicos de enfermagem e enfermeiros. No de enfermagem e enfermérios. No caso des cargos que estamos colo-candono processo seletivo, másida metade não temos más em cadas-tro de reserva porque chamamos todo mundo. Para técnico de enfer-magem não temos más, enfermei-ros temos cerca de 100. No caso de se se estamos cara de 100. No caso de se se estamos cara de 100. No caso de se estamos cerca de 100. No caso de ros temos certa de 180. No caso de outros cargos, a validadedo concur-so anterior é até março de 2011, e só poderemos convocar quando o banco for encertado. Hoje, temos algo em torno de 26 mil funcioná-nos na ativa, entre estatutários e

Além dos salários, de R\$ 600 para nível médio e R\$2,500 para o supre-hor, má algum edueficio du grutifi-cação? Or professionais poderão atuar em UPAs e rospitais?

awar em quaiquer unidade de as-sistència, tanto Unidade de l'Aon-to-Atendimento quanto unidade hospitaleres, l'importante frisarque o salário é para trabalhar 24 horas por sennan, uma vez por semana, dependendo da categoría.

uepenuento da categoria.

Pon que não akvasa nana néstoco?

So médicos não aderiram is seleções anteriores. A procura foi muito pequena e preferimos não repetira tentulava. O contrato com a Floter, não é para alocação de mão de obra, mas prevé tuma estratégia de gestão compartillada em que estamos apostanda. Hoja efforte em 1.900 médicos contratados. Eles avaliam os médicos e nós damos o aval.

AS HUMAÇÕES ESTRAIRE DE ORIETO PRE-MOD, QUESEDAM INEPLOTRADOR HA MEZA DA SAÍDE, ESTÃO ESTRO QUESTIGNADAS MO STF. COMO ESTÁ ESSEA QUESTÃO? O estado optous por aguardar a de-cisão do Supremo, para verificar o rumo que vai tomas. Buscamos outras soluções, como o caso da

Fiotec, evamos usar mais uma vez o tecurso do contrato temporário enquanto a gente não consegue efetivamente definir. A fundação era a nosse tillba, mas ainda estamos esperando.

E POR 1500 QUE NÃO FOE PETO UM DOM-DIRADO PADA ESSAS WARS?
EXALTIMENTE A GRUÍC RÃO COM DÍÇIOS dE FASES UM CONCUSSO PARA efectivos porque a política definida polo governo do estado é para a fundação estatal. Não termos como fazerum concusso porque aindanão termos uma solução definitiva.

OS SALÁRIOS DA SAÚDE AINDA ESTÃO DEFASADOS EM RELAÇÃO AOS DA FIOTEC.

HA alguna gratricação? O médico da Fiotec ganha igual O médico da Fiotec ganha agusta so médico estatutário ou tempo-ritio que trabalha ha emergência. O médico recebe uma gratificação para trabalhar na emergência, que faz que o salário total dele egía idêntico ao do médico da Fiotec. É RSS mil para atuar na emergên-tio. DES "Gras an havido form. cia e R\$5.750 se o plantão for em fim de semana. O valor está até

um pouco acima do mercado.

no mesta sereçativ Estamos desde 2007 profissionali-Estamos desde 2007 profissionali-zando a gestafo da secretaria, pro-cesso que culminou com esse con-curso para gestor. Temos procuado fazer com que o nosso profissional se sinta cada vez mais parte inte-grante da equipe. Estamos investin-do em educação, os médicos são trádoem educação, estinédicos são tra-nados em um carso da Academia Nacional de Medicina, já fizernos o curso para obstefra eginecologista e vamos fazer para o pessoal que trabalha no CTI. O objetivo é que profissionais voltem a ter aquela mística de trabalhar na saude. O místico de trabalhar na saude. O mási importante é a gente ofercer um hom serviço esepreocupar com o atendimento, acolhimentos, para isso, estamos proutrando melho-tar a formação e o ambiente de tra-balho. Os hospitais passitam por reformas e hoje você não tem pro-hlemas de falka de materiais e opuliblemas de faita de materiais e equi-pamentos. Queremos que o profis-sional se doe à causa da saúde, e vamos continuar melhorando as condições do setot.

untants?

O objetivo da carreira é modernizar e profissionalizar mais a administração pública. Hoje, ela carrect de uma carreira de gestor propriamente dita. Os cargos de chefia da administração são ocupados por pessoanom eadas, mas não necespessoas nomeatas, mas non ecca-satiamente existe o pris-requisito da formação em administração our gestão pública. Então, a criação dexas carreira visa a melhorar esse qua-dro. Acreditamos que com esses profissionais vamos ter uma admi-nistração mais profissional. A par-tir do momento em que forem ad-mididos, podefica ocupar carsos de mitidos, poderão ocupar cargos de direção, coordenação, superinten-dência, subsecretaria. E eles serão capacitados para isso. A ideia ini-cial é colocá-los nos órgãos de di-reção, administrativos. Acredito que não hávembum impedim ento para rem prática o que eles aprende-rem no curso de formação, para tomar a administração mais eficaz.

Qual a deferença em relação ao des-tor da Secretaria de Planejamento? Na carreira de gestor de planejamen-to, os aprovados fazem uma forma-ção voltada para a área de planejação voltada para a área de planeja-mento. No caso do gestor de saú-de, de nível equivalente, farão um curso, depois de aprovados na pri-meira etapa, e esse curso estará voltado para a formação de gesto-res da área da saúde.

A SERVIÑO É ABERTA A BRADULDOS EM TODRA DA ÁREJA. ISSO TRADA UM GAMIO PARA A SERSTABARA? LOS ÓGUEDAS CASOS ACHAM QUE SEO GEVE SER TESTITO a profissionais com determinada formação, mas quando você traz profissionais de Lodas as áress, oxidenta corpo administrativo. Como como a corpo administrativo. Como

O CURSO DE FORMAÇÃO SERÁ UM MISA?

O CURSO DE FORMAÇAD SERA UM MISAT. QUILA, PRENEZÃO DE HORRISMO DE HORRISMO DE MOSTO. Estatamente. O curso será equiva-lente ao MBA, uma pós-graduação lato-sensu. Acreditamos que em janeiro eles tomarão posse. Quan-do finatizarmos o curso, podere-mos ter essa definição, Ainda não escolhemos quem vai ministrat o curso. Estamos conversando com

ANEXO E – 1ª ENTREVISTA COM DIRETOR EXECUTIVO DA FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

FOLHA DIRIGIDA

Saúde-RJ abre 15 mil vagas em setembro. 2º e 3º graus

Segundo o diretor-executivo da Fundação Estatal de Saúde do Rio, Carlos Eduardo de Andrade Coelho, a programação é dar início às convocações em março de 2012





CARGO	MINTEL.	25
Assistante Social	Superior	R\$2,402,64
Bidlogs	Superior	R\$2.402,64
Enfermelro	Superior	R\$2,402,64
Fernacéutico/Biogoirrico	Superior	R\$2,402,64
Fisioterageuta	Supertor	R\$2,402,64
Fonomutiólogo	Superior	R\$2,402,64
Médico	Superior	R\$6.077,43
Nutricionista	Superior	R\$2,402,64
Odootologo	Superior	R\$2,402,64
Psicólogo	Superior	R\$2,402,64
Químico	Superior	R\$2,402,64
Técnico de Farmácia	Médio	R\$1.210.93
TEMO.	Midio	R\$1.210,93
Técnico de Enformagent	Médio	R\$1.210,93
Técnico de Higiene Dental	Média	R\$1.210,93
Técnico de Laboratório	Médio	R\$1.210,93
Técnico de Rediologie	Médio	R\$1.210,93
Técnico em Hernotempio	Médio	R\$1,210,93
Terapeuta Goupscional	Médio	R\$1,210,93

ÇΔI



ANEXO F – 2^a ENTREVISTA COM DIRETOR EXECUTIVO DA FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO



THE PROPERTY OF THE

Acesse nosso site e garanta a sua

DIRIGIDA CONTROL OF STREET

Participe você também

do maior evento na área dos concursos públicos