

DESMONTE

CRISIS



É PRECISO
REAGIR!



Expediente

Esta publicação é de responsabilidade do SindSaúde/PR - Sindicato dos Trabalhadores e Servidores Públicos Estaduais dos Serviços de Saúde e Previdência do Estado do Paraná • Sede própria à Rua Mal. Deodoro, 314, 8º andar, cj.801, Ed. Tibagi, Curitiba, PR, CEP 80.010-010 • Fone (041) 3322-0921 • fax (041) 3324-7386 • www.sindsaudepr.org.br • contato@sindsaudepr.org.br • Jornalista responsável: Lea Okseanberg • Concepção e diagramação: Excelência Comunicação. Fone: (41) 8874-3736 • Impressão: OptaGraf • Tiragem: 2 mil exemplares. É permitida a reprodução desde que citada a fonte.

ÍNDICE

7

Apresentação

9

A municipalização confundida

23

O desrespeito à Constituição afeta até o financiamento

27

Fundações estatais: projeto de Estado do capital

35

O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal

51

Da década de 90 aos anos 2000

APRESENTAÇÃO

Essa revista é destinada aos movimentos sociais, que se mantêm nas fileiras da defesa do Sistema Único de Saúde, de caráter público, e que não admitem negociar as diretrizes garantidas pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde.

O SindSaúde integra esse grupo de lutadores do SUS e continua a defender o Sistema. A direção entende que se constituem em patrimônio público os seguintes princípios:

- garantia de acesso universal aos serviços de saúde: sem discriminação de qualquer ordem econômica, social, racial.

- oferta integral de serviços de saúde – o usuário do SUS tem direito a toda gama de serviços. Isso vai desde procedimentos simples até os de alta complexidade. Do resfriado ao transplante, da restauração de dente até a mais complexa cirurgia cardíaca, da fisioterapia até o atendimento nutricional e psicológico, entre outros procedimentos.

- do controle social, via conselhos de saúde, de caráter permanente e deliberativo da definição da política pública de saúde até os aspectos financeiros.

- da equidade – respeito à igualdade de direito de cada um, com o desenvolvimento de ações prioritárias para determinados grupos.

Além disso, o SindSaúde pertence a um grupo de movimentos que se recusa a admitir que o Estado se exima de suas responsabilidades e atribuições para com a sociedade.

A intenção do sindicato, ao elaborar essa revista, foi ter um volume que registre o encadeamento de ações que colaboraram para o desmonte do SUS no Paraná.

Ao registrar a história, queremos, acima de tudo, que o movimento social tenha elementos para aglutinar forças e buscar a reversão da situa-

ção. Não podemos deixar que essa crise se aprofunde. Somente a luta de muitos colocará um freio nesse conjunto de ações irresponsáveis que desencadeiam o definhamento do SUS.

É necessário registrar que muitos desafios estão no cenário: o Ministério do Planejamento quer aprovar a Fundação Estatal de Direito Privado. Já o nome revela o monstro proposto pelo paranaense Paulo Bernardo, chefe da pasta. Como pode ser estatal e privado concomitantemente?

Enigmas à parte, é sabido que essa proposta somente aprofundará o processo de destruição do SUS. Ao mesmo tempo, o governo estadual constrói uma rede de hospitais. O Hospital de Araucária, construído com o dinheiro do Estado, foi repassado ao município. Outro exemplo é o Hospital de Reabilitação Ana Carolina Xavier, cujo convênio já foi assinado com a APR – Associação Paranaense de Reabilitação. O mistério está na névoa que cerca todos esses repasses e convênios. Tudo feito longe do controle social.

Apesar da insistência do grupo, que atua em defesa do SUS no Conselho Estadual de Saúde – CES/PR, para que os convênios, repasses e contratos sejam submetidos à análise do controle social, os conselheiros são desrespeitados no exercício da função.

É preciso destacar que há Resolução contrária à terceirização dos serviços do SUS. Portanto, o governo desrespeita a Constituição e a deliberação do CES/PR.

De toda forma, reconhecemos que os assuntos terceirização e desmonte do SUS precisam de maior aprofundamento teórico.

Nossa pretensão não é esgotar aqui o assunto. É provocar aqueles que possuem elementos teóricos que venham a colaborar com a análise dos efeitos maléficos da flexibilização e a privatização do SUS.

Essa publicação, em síntese, deseja ser apenas o ponto de partida dessas reflexões, e vislumbra desafiar a realização de novas edições em que possamos aprofundar o tema.

A MUNICIPALIZAÇÃO CONFUNDIDA



*Elaine Rodella**

A Secretaria Estadual de Saúde – Sesa – até 1990, estava presente em todos os municípios do Paraná e a estrutura da Sesa organizava desde a atenção básica até o atendimento especializado.

Com a municipalização, as unidades de saúde de atendimento básico, integradas por pediatra, ginecologista e clínico geral, foram transferidas para a responsabilidade do município. A estrutura física, equipamentos e funcionários foram municipalizados.

Na década de 90, primeiro governo Requião, Nizan Pereira, no comando da Secretaria,

assinou convênios de municipalização, repassando parte da rede hospitalar própria da Sesa aos municípios.

Esse processo não sofreu resistência da militância da saúde, pois o conceito vigente era que a administração municipal seria melhor controlado pela proximidade com o gestor, facilitando o aumento da qualidade e da oferta de serviços de saúde.

O termo do convênio estabelecia responsabilidades dos entes públicos envolvidos - Estado e municípios.

A teoria na prática é outra coisa

Na teoria, o convênio previa que todo bem material entregue pelo Estado ao município seria utilizado exclusivamente para o atendimento Sistema Único de Saúde. Já ao Estado cabia a fiscalização anual quanto à manutenção do equipamento público - móvel e imóvel. Foi assim que os princípios do SUS começaram a ir pelos ares.

O mais assombroso foi que os municípios utilizaram-se dos mais variados meios para se eximir da responsabilidade da administração direta dos serviços públicos hospitalares.

Inconseqüente repasse

O pano de fundo dessa descentralização desordenada é minimizar o papel do Estado, por meio das reformas constitucionais pretendidas.

Desde a eleição de Collor, em 1989, adotou-se a política de desmonte dos programas federais, de cunho social. A descentralização da saúde, ocorrida na década de 90, foi feita dentro do conceito neoliberal. Ressalta-se que tal realidade é absolutamente contrária ao regido pela Constituição Federal de 88.

Collor foi 'saído' da Presidência, o vice Itamar Franco assume e o então Ministro da Fazenda de Itamar, o sociólogo FHC disputa as eleições de 94 e, em 1995, ocupa a cadeira de presidente do país.

O projeto político do governo FHC ficou demarcado pela criação do Ministério de Administração e Reforma do Estado - MARE - e evidenciado no documento *Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado* enfatiza e vende a idéia de que o Estado é incapaz de implementar as políticas públicas porque há muita rigidez e ineficiên-

cia na máquina administrativa.

A reforma do Estado era essencial e urgente, devendo se pautar pelos seguintes conceitos: formas modernas e flexibilizadas de gestão.

Na análise de Laura Tavares Soares¹, "o processo de descentralização foi marcado por um contexto de ajuste recessivo das contas públicas, repassando, de forma acelerada, encargos e responsabilidades diretamente para os municípios, muitos dos quais incompatíveis com as suas distintas realidades e possibilidades". A autora complementa que: "os estados têm sido praticamente ignorados nessa descentralização/municipalização enquanto agentes responsáveis pela implementação de políticas regionais, limitando-se a um papel meramente formal de repassadores de recursos. É preciso resgatar a capacidade dos estados enquanto unidades da federação que devem (re)assumir uma responsabilidade estratégica na condução das políticas públicas de saúde no âmbito estadual/regional."

Estado repassa o 'abacaxi'

Em poucos meses, o Estado municipalizou vários hospitais: Matinhos, Antonina, Castro, Ponta Grossa e Jaguariaíva.

Passados cerca de mais de 15 anos da transferência da gestão dessas unidades hospitalares, concluímos que, com raras exceções, essas unidades hospitalares sofreram uma depreciação estrutural grande. Mas, não é esse o

dado mais importante e que mais afeta a organização e a oferta de serviço público para a população que busca atendimento na saúde.

De fato, o mais assombroso foi que os municípios utilizaram-se dos mais variados meios para se eximir da responsabilidade da administração direta dos serviços públicos hospitalares.

¹Laura Tavares Soares - conferência proferida no Seminário Estado e Políticas Sociais no Brasil, realizado em setembro de 2000, na Uniãoeste, Cascavel- PR

A oferta de serviços encolhe

Essa realidade é resultado de dados que são repassados, pelos trabalhadores, ao sindicato e que a direção detectou ao verificar cada denúncia. Vários desses hospitais tiveram parte de sua capacidade instalada transferida para o atendimento hospitalar a convênios privados.

O que se verificou é que pequenos municípios não tinham hospital privado a serviço dos convênios privados. A estrutura construída e equipada com dinheiro público foi utilizada para beneficiar esse setor da saúde.

Mas e a fiscalização do Estado prevista no convênio? O previsto que não foi realizado. Por

omissão, por desinteresse ou por não querer arumar encrencas políticas, o Estado nada fez.

Enfim, a situação encontrada é a de enfermarias destinadas ao atendimento exclusivo de pacientes que possuem convênio ou são particulares. Dessa forma, a cozinha, o laboratório, a manutenção, o centro cirúrgico e o trabalho dos servidores estaduais, lotados nessas unidades, estão à disposição do setor privado.

Nessa lógica, houve uma retração de oferta de serviço para os usuários do SUS. Foram enfermarias que deixaram de estar à disposição do SUS e passaram a atender pacientes que têm planos de saúde.

É preciso analisar, também, por que a população ao saber disso [a omissão do Estado] não se revoltou, não adotou ações para impedir essa ilegalidade e imoralidade?

Estado se omite e população não se mobiliza

A economia feita pelo setor privado em não construir equipamentos próprios - hospitais, ambulatórios para o atendimento a seus clientes é algo que tem de ser pensado.

Somado a esse crime, temos o crime da omissão do Estado, que permitiu que isso ocorresse. Então, perguntamos: onde estava o setor de auditoria dos entes públicos da saúde, do município, do Estado e da União.

Ainda é preciso apontar e localizar os órgãos públicos que permitiram a existência dessa situação.

É preciso analisar, também, por que a população ao saber disso não se revoltou, não adotou ações para impedir essa ilegalidade e imoralidade? Essa análise acena para a fragilidade da luta pela saúde pública. O que é possível deduzir desse cenário é que a população, conformada, fez o que o governo quis e, com isso, a situação persiste. Persiste por conta da pouca capacidade de mobilização do povo em torno de seus direitos mais básicos, nos quais se inclui a saúde.

O repasse irresponsável

Além da reserva de leitos para o setor privado, outras formas de repasse da função pública foram encontradas.

Dois exemplos se destacam: o município de Castro firmou convênio com a Fundação São Camilo, para terceirizar a execução dos serviços de saúde.

No município de Jaguariaíva foi criado um Conselho Comunitário. São apenas mudanças na terminologia, mas o mecanismo é o mesmo. O município repassa dinheiro para o ente administrador que, lucrando com a taxa de administra-

ção, se responsabiliza pela continuidade da manutenção do serviço.

Mas atenção: manter o serviço não significa prover qualidade. Problemas têm surgido de todos os lados. Em Jaguariaíva, os administradores privados não cumprem as obrigações. Calote nos direitos trabalhistas, dentre outras.

A situação tomou tamanha proporção que, recentemente, a juíza do município tomou a decisão de intervir no hospital. Ao interventor cabe auditar e analisar toda a situação financeira e administrativa do hospital da cidade.

O fim dos centros de especialidades

Até a década de 90, o Estado era o responsável pela oferta e organização dos serviços da média complexidade. Até então, havia no interior do Estado 23 Centros Regionais de Especialidades denominados - CRE.

Lerner aprofundou o processo de desresponsabilização desse setor, iniciado ainda no primeiro

governo de Requião.

A exemplo dos hospitais que pertenciam ao patrimônio do Estado, novamente a Secretaria firma convênios, repassa prédios, equipamentos e funcionários para os consórcios intermunicipais de saúde. Além disso, o convênio também prevê o pagamento de custeio dos prédios: luz, água.

A rede de sangue



Seguindo a mesma lógica, algumas unidades de coleta e transfusão de sangue foram repassadas aos consórcios intermunicipais de saúde. Na prática, não há diferenciação, entre os governos Lerner e Requião.

No governo neoliberal de Lerner e Armando Raggio, secretário estadual da Saúde, os hemocentros de Cianorte - 13ª RS – e Pato Branco – 7ª RS – passaram a ser administrados pelo consórcio.

Já no governo Requião e Cláudio Xavier, secretário de Estado da Saúde, as unidades de sangue de Francisco Beltrão – 8ª RS – e Foz do Iguaçu – 9ª RS – foram repassadas. O Hemocentro da 8ª RS está sob a administração de consórcio. Em Foz, a administração é feita por um ente privado.

O planejamento deveria levar em conta os dados epidemiológicos relevantes, em consonância com os recursos humanos e materiais existentes na região.

Fragilidades dos consórcios no PR

Não foi possível visualizar o processo de planejamento integrado de ações regionais entre os municípios que fazem parte do consórcio. O planejamento deveria levar em conta os dados epidemiológicos relevantes, em consonância com os recursos humanos e materiais existentes na região. Com isso, os pilares da saúde pública foram soterrados.

A partir dessas informações, deveriam ser determinadas as prioridades de investimentos, plane-

jadas as ações de saúde para a região, definido o fluxo de pacientes, a capacidade de atendimento e o planejamento dos gastos de recursos do SUS para os serviços prestados, em regime de consórcio.

Os consórcios no Paraná funcionam de acordo com a capacidade financeira dos municípios. Cada qual põe uma parte de dinheiro no consórcio. O valor que cada cidade investe no consórcio é que define a quantidade de consultas ou exames disponibilizados à população.

Tripé do SUS perde o equilíbrio e prioridades são invertidas

Aqui reside, também, a quebra do princípio do SUS, a equidade cai por terra.

A oferta de serviços de saúde não é mais pautada pelos dados apontados pela Vigilância Epidemiológica. Assim, a atenção básica vai para segundo plano. Já não há interligação da prevenção com a média complexidade.

Os consórcios no Paraná não serviram para desconcentrar os serviços, tornando-o mais próximo à população. A sede dos consórcios fica, invariavelmente, no município-pólo. Todos os serviços de média complexidade são disponibilizados na cidade-sede. Isso significa que a 'ambulâncioterapia' está cada dia mais arraigada à realidade do usuário do SUS.

Nesses quase 15 anos de consórcios intermunicipais de saúde, assistiu-se à força política falar mais alto.

Os argumentos técnicos sucumbiram às lotações de ônibus, que saem de todos os pequenos municípios em direção a cidade-pólo. À espera de um médico, a população se amontoa nas ruas entre vendedores ambulantes de todo tipo de guloseimas, cachorro-quente e espetinhos. Ao final da tarde, o circo da saúde é desmontado, as caravanas de ônibus retornam e os ambulantes perdem a freguesia.

As estruturas, depois desses mais de 15 anos, estão obsoletas. Tudo está do mesmo tamanho de quando foi repassado aos consórcios. Isso significa dizer que a administração dos consórcios é privatista: o aumento de oferta de exames e consultas especializadas se dá unicamente pela via da compra desses serviços em clínicas privadas. Isso é a terceirização.

Durante esse período, os consórcios têm sido, na prática, uma maneira de burlar as regras da administração pública

0 desvio de rumo dos consórcios

Sem sombra de dúvida, o consórcio tem ou teria a capacidade de potencializar recursos financeiros de pequenos municípios para ofertar maior variedade de serviços de saúde. O que ocorreu no Paraná, assim como em outros estados, foi o desvirtuamento da junção dos municípios em um ente único, que é o consórcio.

DDurante esse período, os consórcios têm sido, na prática, uma maneira de burlar as regras

da administração pública: a impessoalidade, legalidade, moralidade, publicidade e economicidade sendo transgredidas.

À medida que não há concurso público para a contratação de pessoal, licitação para aquisição de material permanente e, principalmente, que o consórcio não se submete ao controle social, toda a parte financeira é coberta por uma cortina de fumaça.

Apesar de tudo isso...

Em 2003, no segundo mandato de Requião, a Sesa ensaiou fazer um diagnóstico dos consórcios. Foi realizada uma avaliação desses consórcios, que, apesar de todos os problemas dessas instituições,

estranhamente resultou na separação dos consórcios por porte. Veja só: o porte é que define o valor do repasse financeiro a cada instituição. Ou seja: o Estado coroa o desvirtuamento desses consórcios.

Estado apenas garante cargos políticos com a criação dos consórcios

O Cismepar administra os dois hospitais estaduais do segundo maior município do Paraná, Londrina. Por meio de contrato, o Estado repassou esses dois hospitais ao consórcio. Com isso, o Estado se livra do concurso público e das licitações, mas garante os cargos políticos.

O que acontece? São criadas três categorias de servidores: o celetista, o estatutário e o comissionado.

Quando foram formados os consórcios, a maioria dos médicos pediu transferência para outras unidades de saúde. Com isso, eles fazem o trabalho rotineiro e, quando o hospital precisa, contrata aquele médico transferido. Isso significa que o profissional mantém o salário antigo e ainda recebe por cirurgia.

No aspecto financeiro, para que possa ter

maior visibilidade da apropriação dos recursos públicos pelos consórcios, é possível constatar que, no período de janeiro a julho de 2008, o valor repassado a esse consórcio é de R\$2.460.00,00. Esse valor, de quase 2,5 milhões de reais, foi publicado na página oficial do governo do Paraná. O Estado continua enviando todos os tecidos para a roupa de cama, para a medicação, alimentação, luz, água e telefone. E ainda o pagamento das empresas de vigilância e limpeza. O valor que é repassado serve para pagar o pessoal contratado pelo consórcio. Quando um equipamento estraga, cabe ao consórcio agilizar o conserto. Não raro, o conserto depende do Estado ou leva meses para o problema ser solucionado. Que vantagem Maria leva? Ou a pergunta mais adequada seria: quantas vantagens Maria leva?

Hoje o Estado terceiriza para o Cismepar e o consórcio quarteriza o serviço médico para outra empresa denominada Humberto Botura - HB. Entra em cena a quarterização.

Nada é por acaso

O quadro estadual não é um mero acaso. Enquanto no Paraná acontecia a desresponsabilização da Secretaria Estadual de Saúde, no país, por influência do Banco Mundial, eram postas em prática diversas propostas que mudam o arcabouço institucional e jurídico do SUS.

O Banco Mundial, por meio de um relatório denominado *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil; uma agenda para os anos 90*, aponta as seguintes diretrizes para o SUS: a flexibilização do Sistema, pacote de benefícios-padrão, limitação de acesso a serviços de atenção terciária, favorecimento à iniciativa privada e controle da oferta de serviços públicos em função dos custos. Mais: adoção de formas de co-pagamento, incentivo à concorrência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, deslo-

camento do papel do Estado, repassando atribuições para entidades de classe e organizações públicas de direito privado, com o licenciamento de profissionais, o credenciamento de cursos e de unidades de saúde, a fiscalização e o controle médico sanitário.

No texto *A reforma do setor saúde nos anos 90: desdobramento da reforma do Estado brasileiro*, Maria Lucia Frizon Rizzotto e Solange de Fátima Rei Conterno afirmam: "...o Estado do Paraná tem sido pródigo em 'experimentos', servindo mesmo de laboratório na implementação de projetos de cunho liberalizante, financiado por organismos como o BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento e o BIRD – Banco Mundial, contribuindo para a disseminação, em nível nacional, das idéias aqui operacionalizadas.

Mais descontrolado. Mais desrespeito

Esses fatos demonstram que o Paraná seguiu a onda nacional. O governo FHC, no roldão da Reforma do Estado, desenvolveu o *Programa Nacional de Publicização*. A consequência prática era a transformação dos serviços não exclusivos do Estado em Organizações Sociais (OS). Ministro de cada pasta poderia, por decisão unilateral, transformar universidades, hospitais, escolas técnicas, bibliotecas, centros de pesquisa e museus em OSs.

No caso da saúde, o gestor do SUS, passa a comprar as ações e serviços correspondentes, produzidos pelas instituições habilitadas como OSs. No processo de convencimento da sociedade, o governo ressaltava que as OSs ofereceriam serviços mais eficientes e que aumentaria a autonomia para a execução dos serviços de saúde. O que se omitiu é que a autonomia das OSs implica redução dos mecanismos de controles típicos sobre a Administração Pública.

Resultados:

- flexibilizaram controles administrativos
- não criaram formas eficazes para garantir o prometido controle e avaliação das metas do contrato
- não comprometeram maior responsabilização dos administradores das partes que assinam o contrato
- não prevaleceu o compromisso com o patrimônio público e
- impera a impunidade.

O dinheiro público na mão das OSs implicou subordinação total a interesses privados locais ou para atender alianças políticas partidárias.

A prática de repasse dos hospitais às OSs provocou, de imediato, a diferenciação da clientela. Isso significa dizer que se instalou o tratamento discriminado entre aqueles que podem e os que não podem pagar; e dos serviços prestados de maior ou menor qualidade. O que conta é sempre o poder financeiro do usuário da saúde.

O instrumento do Contrato de Gestão tem se revelado insuficiente. Muitas vezes não há controle no momento da contratação. Por exemplo, em relação à exequibilidade das metas estabelecidas em função do equipamento e recursos humanos disponibilizados. Posteriormente, não há controle na execução do contrato. Não há, também, critérios para estipular garantias em relação ao patrimônio cedido e aos recursos repassados.

O resultado prático pode ser o descontrolo sobre o uso do patrimônio e dos recursos públicos e a precarização dos vínculos entre os serviços públicos de saúde e os recursos humanos que lhe são fundamentais.

O que se constata é que decisões políticas são adotadas apenas sob a ótica do aspecto financeiro e a saúde pública é tida como algo que pesa ao Estado.

A conclusão é que, muitas vezes, o que antecedeu o repasse da unidade pública foi o desfinanciamento e deterioração da infraestrutura. Essa morte lenta e premeditada faz parte do processo de justificar a ineficiência da administração pública e o repasse para a administração terceirizada.

Hospital do Trabalhador: o anti-modelo

Por mais que o Estado 'venda' a imagem do HT como uma unidade modelo, os trabalhadores que lá atuam são conhecedores da situação. Esses profissionais vêem que o HT está anos luz de um hospital modelo.

É preciso registrar que, na década de 90, o único hospital próprio da Sesa que recebeu investimento significativo foi o Hospital do Trabalhador. Nos anos de 92 e 93 o hospital foi ampla-

mente reformado e teve ampliada a capacidade de atendimento.

Logo após estar dotado de modernas e amplas instalações, e de forma silenciosa e rápida, o Hospital do Trabalhador passou por um processo de convênio com o município de Curitiba, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e Funpar – entidade de apoio à Universidade Federal do Paraná – veja box na página seguinte.

É um ambiente adoecido, resultado dos diversos vínculos trabalhistas existentes.

O convênio mantém o hospital, mas a direção geral é cargo de nomeação exclusiva da Sesa. Os demais setores têm mantido a tradição de chefias da Funpar. O que se configura numa inconstitucionalidade.

O convênio prevê repasses financeiros periódicos à Funpar, destinados ao pagamento de taxa de administração e contratação de pessoal, pela CLT. O resultado dessa atribuição da Funpar resultou que, no HT, há maior número de trabalhadores contratados, sem concurso, se comparado ao número de servidores com cargo efetivo.

Após a assinatura do convênio, houve um 'boom' no número de estagiários, de residentes e de trabalhadores vinculados a cooperativas. Trata-se do exemplo nu e cru da precarização das relações de trabalho.

A celebração do convênio previu a existência de duas instâncias:

- conselho diretor composto pelas entidades integrantes do convênio
- conselho deliberativo, órgão de deliberação do controle social que surge como a instância maior na hierarquia de definições do HT.

O Conselho Deliberativo questionou o convênio, a falta de transparência na gestão, a falta de prestação de contas. Questionou, ainda, o contrato precarizado, a administração centralizadora e autoritária, a falta de política e atenção à saúde do

trabalhador da saúde. Também elaborou propostas de superação dos problemas e defendeu que o Hospital voltasse para as mãos da Sesa. Em vão. A comunidade não foi respeitada.

O governo Requião mostrou intenção de romper o convênio. Forças políticas impediram a concretização da decisão. Na renovação do convênio, em 2003, havia o compromisso do gestor estadual de ser o último ano em que o convênio com a FUNPAR seria firmado.

O conteúdo do documento previa que a Sesa e a Secretaria da Administração e Previdência – Seap – fariam um levantamento da necessidade do número de trabalhadores para a realização de concurso público e, assim, os contratos celetistas e precarizados seriam substituídos. Essa meta não se cumpriu e a situação persiste.

Foi nessa renovação que o governo Requião extinguiu o Conselho Deliberativo. A resistência do controle social ocorreu, mas não foi suficiente para barrar os interesses políticos e econômicos que mantiveram a Funpar no Hospital do Trabalhador.

Essa unidade hospitalar é símbolo da terceirização, recheada de inconstitucionalidades, de desrespeito aos trabalhadores e usuários. É um ambiente adoecido, resultado dos diversos vínculos trabalhistas existentes. A manutenção dessa terceirização é o exemplo revelador que interesses políticos partidários e econômicos se sobrepõem ao interesse coletivo.

O que é a Funpar

De acordo com o Estatuto da entidade, no art. 1, parágrafo único – “A Funpar é instituída pelas seguintes pessoas jurídicas de direito público e privado:

- a - Universidade Federal do Paraná
- b - Banco Regional de Desenvolvimento do Extremo Sul
- c - Federação da Agricultura do Estado do Paraná
- d - Federação do Comércio do Estado do Paraná
- e - Federação das Indústrias do Estado do Paraná

Vale ressaltar que o estatuto social da FUNPAR não permitia que a instituição atuasse na área da saúde. Esse dado, à época, foi constatado e questionado. Estranhamente, houve alteração no Estatuto, mas o convênio já completa 10 anos. De janeiro a julho de 2008, a Funpar recebeu R\$ 5.993.115,20, de acordo com a página oficial do governo do Paraná.

Cortesia com chapéu alheio

Os resultados dessas decisões políticas adotadas pelo Estado do Paraná e por maioria dos municípios e, muitas vezes, aprovadas por grande parte das entidades que compõem os Conselhos de Saúde, deterioraram os serviços públicos de saúde.

O financiamento acelerado do Estado para prestadores de saúde conveniados com o SUS, filantrópicos e privados, tem drenado cada vez mais recursos para esse setor.

Fora toda a descrição feita nesse texto, é preciso registrar que muitas emendas parlamentares dos deputados estaduais e federais beneficiam hospitais conveniados ao SUS.

O Hospital Evangélico de Curitiba teve 7 milhões de reais de emendas parlamentares para o ano de 2008, para compra de equipamentos e reforma da instalação. Igualmente a Santa Casa de Curitiba e de Londrina também são detentores de vasto apoio parlamentar para manter a política de

favorecimentos com o dinheiro público.

O poder fiscalizador e regulatório do Estado são extremamente frágeis, o que facilita e promove cada vez mais desvios da finalidade do SUS:

- quebra da universalidade
- dificuldade em conseguir assistência integral
- baixa qualidade no atendimento
- falta de integração dos serviços
- baixa resolutividade

O resultado de toda a reforma da modernidade é um Estado omissivo, ao qual não interessa a avaliação do funcionamento do sistema.

Mesmo diante dessa cruel realidade, jamais poderemos esquecer que o SUS é o único sistema público universal da América Latina. Por isso, é preciso ter uma grande mobilização para atuar em defesa do resgate dos princípios que o norteiam.

O setor privado suga o público

No segundo mandato do governo Requião, 2004 a 2006, a Sesa esteve sob o mando do setor privado. O secretário de saúde, Cláudio Xavier, pediatra do setor privado, comandou a Secretaria. Admitiu, em reunião do Conselho Estadual de Saúde, desconhecer que o SUS contava com espaço de discussão e deliberação.

Esse pronunciamento já revelava o quanto o chefe da pasta sabia sobre SUS. Xavier colocou vários amigos médicos do setor privado em cargos importantes da Secretaria. Isso facilitou o aumento da remessa de financiamento público para o setor privado. Por intermédio de uma política de incentivo financeiro, o Estado, adotou o procedimento de remessa mensal fixa de dinheiro público ao setor privado conveniado ao SUS.

Até 2008, desconhecemos qualquer processo de avaliação dessa decisão política.

Par e passo com a política do Estado de priorizar a compra de serviços em detrimento de organizar uma rede própria, de aumentar as parcerias com os vários segmentos da sociedade – OSs, ONGs, prestadores filantrópicos, fundações – os municípios do Paraná copiam o modelo.

Na década de 90, houve um assombroso avanço da compra de serviços de saúde para substituir

o papel das secretarias municipais de saúde. Isso abrange desde a terceirização de pessoal até a administração de prédios e serviços públicos.

Curitiba, por exemplo, construiu e equipou o Hospital Bairro Novo, por meio da Secretaria Municipal. Assim que concluiu a obra, terceirizou para a Sociedade Evangélica.

As unidades de saúde 24 horas também tiveram o serviço médico terceirizado. A grande meta era diminuir o tempo de espera dos usuários que necessitassem de internamento hospitalar.

Mas, de fato, o que se constata é que o instrumento do Contrato de Gestão tem se revelado insuficiente. Em geral, não há controle no momento de firmar o contrato. As metas estabelecidas em função do equipamento e recursos humanos disponibilizados nem sempre são factíveis. E não se verifica qualquer controle na execução do contrato. Inexistem critérios para estipulação de garantias em relação ao patrimônio público cedido e aos recursos repassados.

Dessa sucessão de fragilidades resulta o descontrole sobre o uso do patrimônio e dos recursos públicos. Outra conseqüência nefasta é a precarização dos vínculos entre os serviços públicos de saúde e os recursos humanos.

Toda forma de repasse é nociva ao SUS

O contrato de serviço é sempre sinônimo de terceirização. Há um tipo de relação contratual, já tradicional no sistema público de saúde no Brasil. Tradicional porque, na época do INAMPS, as *santas casas* já eram financiadas pelo poder público. Feito com a iniciativa privada, esses contratos se caracterizam pelo fato de o contratado privado utilizar a totalidade dos seus recursos físicos e humanos, para prestar os serviços à clientela vinculada ao contratante público.

A novidade da década de 90 foi que o contratante público cede ao contratado privado parte dos próprios recursos, materiais e humanos, para prestar o serviço requerido.

Na medida em que esses arranjos ocorrem como resultados de negociações internas à organização, a legalidade e a impessoalidade do processo licitatório tornam-se bastante contestáveis.

Toda essa engenharia de repassar a função pública para outros entes não vale a pena para usuários e trabalhadores da saúde. O lado mais pernicioso revela-se na desconstrução do SUS. O modelo baseado na epidemiologia sucumbiu e retrocedeu ao tempo do INSS: prevalece o modelo de oferta a partir da demanda.

Enquanto isso, grupos poderosos recebem

volumosos financiamentos com o dinheiro público e ofertam um serviço de saúde que não possui qualidade. Essa política é a mais acertada para os grupos que recebem recursos de monta, pois seus interesses estão e estarão sempre garantidos enquanto essa situação persistir.

Não podemos deixar de questionar os propagados fundamentos que justificariam a transferência dos serviços de saúde para entidades privadas. Para o modelo neoliberal, a base para a obtenção da eficiência e qualidade decorre do fato de existir concorrência entre os prestadores de serviços. Como não há processo licitatório ou qualquer tipo de seleção, não se pode falar em concorrência.

No aspecto econômico, é preciso rememorar que, em relação à ausência de finalidade lucrativa, o Plano Diretor da Reforma de Estado deixava aberta essa possibilidade. De acordo com o Plano, "...a sociedade a que serve (...) deverá também participar minoritariamente de seu financiamento, via compra de serviços e doações".

Com isso, a admissão da exploração privada de patrimônio e recursos públicos provoca a discriminação entre os que pagam e os que não pagam, que são os usuários do SUS.

O lado mais pernicioso revela-se na desconstrução do SUS. O modelo baseado na epidemiologia sucumbiu e retrocedeu ao tempo do INSS: prevalece o modelo de oferta a partir da demanda.

Descalabros em estágio acelerado

Toda essa avalanche de entrega do bem público resultou na violação de todos os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde, regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde.

Também feriu os mecanismos de controles da administração pública dispostos na Constituição

O Ministério Público Federal emitiu o seguinte parecer: "Resulta que a Lei Federal e as leis estaduais e municipais editadas que admitem e disciplinam a transferência de serviços públicos de saúde para pessoas jurídicas de direito privado – instituições privadas – são inconstitucionais, pois colidem frontalmente com os princípios e regras

da Constituição da República e da Lei Orgânica da Saúde que regem a promoção do direito à saúde através do SUS. As razões, em síntese, são as seguintes:

1) Descumprimento da regra constitucional que determina a prestação dos serviços do Sistema Único de Saúde diretamente pelo Poder Público – art. 196, caput.

O art. 199 trata da participação da iniciativa privada na área da saúde, estabelecendo que, caso as estruturas públicas não sejam suficientes para acolher toda a demanda do SUS, fica autorizada a participação da iniciativa privada, em caráter

complementar (199 caput e § 1º da CF e art. 24, da Lei 8080/90).

O assunto já foi objeto de atenção da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, em parecer proferido pelo então PFDC, Wagner Gonçalves, no qual afirmou:

“A correta leitura do art. 197 da CF (e face às demais regras vigentes) é a de que a execução dos serviços de saúde deve ser feita diretamente (pelo Estado) ou por terceiros (hospitais e unidades hospitalares de entidades filantrópicas que venham a integrar o SUS).

Todos exercem serviços de relevância pública, mas aqueles prestados pelo Estado são de natureza essencialmente pública, integral e universal, caracterizando-se como direito fundamental e dever do Estado;

2) Há desrespeito à decisão do Conselho Nacional de Saúde, que, em março de 2005, deliberou contrariamente à terceirização dos serviços públicos de saúde. Muitas vezes há, também, deliberação dos Conselhos Estaduais e municipais contrárias à terceirização;

3) A lei federal e as leis estaduais e locais, que admitem a gestão de serviços públicos de saúde por instituições privadas, contêm dispositivos que colocam em risco a integridade do patrimônio público:

Essas leis facilitam a habilitação de Organizações Sociais e a celebração de contratos de gestão sem processo licitatório (Lei 9.637/98).

Celebrado o contrato de gestão, passa a ser possível contratar serviços, também sem licitação, com amparo no art. 24, inc. XXIV da Lei Federal nº. 8.666/93, com a redação dada pela Lei Federal nº. 9.648/98.

Todavia, entendemos que deveria ser observada a regra do art. 37, XXI, da CF/88, que visa à proteção do patrimônio público, à garantia da moralidade administrativa e do tratamento isonômico de todos os que contratam com a administração e que impõe o dever de licitação pública para a realização de gastos com recursos do erário.”

Segundo o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior, a terceirização prejudica a população, na medida em que limita o acesso à saúde.

“É muito comum os usuários reclamarem que não conseguem fazer um exame de Raio-X, por exemplo, ou uma tomografia especializada. Tudo isso é delegado a empresas privadas. Essas empresas estabelecem cotas para cada município”.

Ele acrescenta que há casos em que concursos públicos para contratar funcionários não são realizados e, em vez disso, os profissionais que trabalham com saúde são admitidos por meio de empresas terceirizadas.

“Em todo o país, temos experiências aterrorizantes de municípios que, em vez de contratar o funcionário por meio de concurso público, como manda a legislação, terceiriza esse profissional com um custo muito mais elevado.”



Grupos poderosos recebem volumosos financiamentos com o dinheiro público e ofertam um serviço de saúde que não possui qualidade.

Trabalhadores da saúde: o descaso do gestor

O conceito de trabalhador de saúde, que será utilizado, baseia-se na definição de Médici (apud Paim, 1994: 05): “são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor”.

A força de trabalho em saúde no SUS tem sido apontada como um dos seus nós críticos. Nem por isso recebe o devido tratamento no que diz respeito à sua organização e gestão.

Há uma norma operacional que normatiza a gestão dos trabalhadores em saúde e é bastante ampla. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS trata das condições de trabalho de uma forma geral – formas de vínculo

empregatício, carga horária, piso salarial – da importância das relações de trabalho, da saúde do trabalhador de saúde até a educação continuada em saúde. Apesar do texto abrangente e normatizador, essa norma é ignorada pelos gestores públicos e a maioria dos trabalhadores a desconhece.

Como constatado anteriormente, a década de 1990 é marcada pelo desenvolvimento do projeto de contra-reforma do Estado. Isso levou a terceirização do trabalho em saúde.

Em 1999, Nogueira realizou um balanço do SUS, e apontou para as variadas formas de aplicação das reformas do Sistema Único de Saúde. Para esse autor, vem ocorrendo uma reforma informal, resumida no quadro por ele denominado de *quadro de flexibilidades*:

A força de trabalho em saúde no SUS tem sido apontada como um dos seus nós críticos. Nem por isso recebe o devido tratamento.



Quadro de flexibilidades

Reforma oficial	Reforma informal
Criação de Organizações Sociais e Agências Executivas sob contrato de gestão	Terceirização de serviços finais, por meio de empresas privadas, de cooperativas de funcionários, cooperativas de agentes comunitários etc.
Possibilidades de reconhecimento das OSCIP e fixação de Termo de Parceria	“Triangulação” através de fundações de apoio, ONGs vinculadas ao Estado e outras entidades
Flexibilização da Estabilidade dos Funcionários	Criação de entidades privadas não-lucrativas para a gestão de consórcios municipais
Permissão de contratos CLT	Uso indiscriminado de contratos temporários, cargos comissionados, “código 7” e artifícios similares
Admissão mediante processos seletivos simplificados	Contratação de pessoal permanente mediante mecanismos precários, tais como <i>bolsas de trabalho, pro-labore</i> etc.
Criação de carreiras de pessoal estratégico.	

Fonte: Nogueira, 1999b.

Na mesma lógica neoliberal da chamada reforma oficial, o trabalhador do SUS que deveria, pelo texto constitucional, ser contratado por meio de concurso público, é admitido de forma precarizada e terceirizada. É comum a contratação via empresas de recursos humanos ou cooperativas ou mesmo teste seletivo, por tempo determinado que, na prática, se transforma em tempo indeterminado.

Nas secretarias municipais de Saúde do Paraná está disseminada a prática da contratação de pessoal por meio de empresas privadas de recursos humanos.

Já no Estado, os mecanismos utilizados para

desviar da necessidade do concurso público é a contratação, por RPA – Recibo Pagamento de Autônomo. A realização de teste seletivo, por tempo determinado, foi outra maneira de burlar o concurso. O último jeito encontrado foi o de nomear pessoas para cargos comissionados para exclusivo exercício de funções técnicas, como bioquímicos, nutricionistas e enfermeiros. Trata-se de uma aberração na contratação de pessoal. Essa prática fere a Constituição Estadual que diz: “a investidura em emprego público depende de aprovação prévia em concurso público”. Até admite a “contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público”.

Com esse conjunto de ações, as políticas de saúde perderam a dimensão integradora, caindo numa visão focalizada.

Conceito e orientação jurídica

O processo de desmonte do SUS, ao longo da década de 90, conta com uma dupla estratégia: a primeira é a política pública voltada para os 'pobres', considerados não-cidadãos, criando uma 'universalização excludente'. A fragmentação dos trabalhadores em saúde – por meio da terceirização desses profissionais – é a segunda estratégia. A terceirização do trabalho dificulta a organização política unificada e desqualifica o atendimento, por conta da acentuada rotatividade e pela desvalorização dos profissionais.

Para subsidiar esse debate, faz-se fundamental a leitura do *Parecer sobre terceirização e parcerias na saúde pública*, de 1998, do sub-procurador geral da república Wagner Gonçalves.

No texto, apresenta o quadro nacional de terceirizações e parcerias na saúde pública. Fica evidenciada, no documento que, sob a denominação de *convênio*, o que está sendo realizado na saúde pública é a terceirização, via contratos de prestação de serviço do SUS. O sub-procurador diferencia contrato de convênio:

(...) a distinção mais precisa entre o contrato e o convênio é quanto à reciprocidade de obrigações – a bilateralidade. Enquanto no contrato uma das partes se obriga a dar, fazer ou não alguma coisa mediante pagamento previamente acertado (...), no convênio os interesses são comuns e a contraprestação em dinheiro não precisa existir.

O que se faz é ajuste de mútua colaboração para atingir objetivo comum (Gonçalves, 1998: 18-19).

O parecer do sub-procurador afirma que o que vem sendo feito na saúde pública é a realização de contratos, por meio de pagamento, proveniente dos cofres públicos, a setores privados, pela prestação de serviços na área de saúde.

A maioria das organizações sociais, que não dispõem de qualquer patrimônio ou estrutura hospitalar, ao efetuarem contratos – e não convênios – com a Administração Pública – estão atrás de vantagens pessoais para seus associados que, no mínimo, de servidores públicos, passam a gestores da coisa pública - sem licitação ou concurso. Eles obtêm salários melhores e outras vantagens, inclusive a possibilidade de se utilizarem da estrutura pública dos serviços de saúde para atendimento de clientes particulares, como é público e notório (Gonçalves, 1998: 18-19).

O autor posiciona-se contrário à Lei n. 9637/98, que transfere para a iniciativa privada – sob a denominação de organizações sociais – a prestação dos serviços públicos de saúde, o que é ilegal e inconstitucional, atentando contra as Leis n. 8.080/90 e 8.152/90.

O parecer do Dr. Wagner Gonçalves (1998:13-14) revela o que aconteceu em diversos estados, incluindo o Paraná. Entre as diferentes formas de terceirizações, existem os seguintes pontos que guardam semelhança:

1º - todas cedem à capacidade instalada em saúde do Estado – na totalidade ou em parte – para que um terceiro, em nome do próprio Estado, execute os serviços de saúde pública

2º - há cessão de prédios, móveis e equipamentos públicos

3º - são repassados recursos públicos próprios do Estado e/ou do Sistema Único de Saúde

4º - as contratações ou convênios, na maior parte, são feitos sem licitação. Em alguns casos, cooperativas de médicos foram criadas especialmente para assumir os serviços públicos de saúde. Dois exemplos são o Estado de Roraima e a cidade de São Paulo

5º - Na maioria dos casos, o pessoal também é cedido pelo Estado, e é nítida a intenção, como no Estado da Bahia, de transferir, para as entidades conveniadas ou contratadas ou organizações sociais, a responsabilidade pelos recursos humanos

6º - Em todos os contratos ou convênios conhecidos não são exigidas garantias reais ou fiança para a execução dos referidos ajustes

7º - Libera-se a empresa ou entidade terceirizada de realizar licitação para compra de material e execução de contratos

8º - Todas alegam que o Estado terá o controle e a fiscalização. Só para ilustrar: o Estado de Tocantins chegou a afirmar que tem a gestão da saúde naquela Unidade Federada, "tendo somente transferido a gerência de unidades hospitalares."

O DESRESPEITO À CONSTITUIÇÃO AFETA ATÉ O FINANCIAMENTO



A tercerização como forma de desresponsabilizar o gestor estadual da saúde não é a única patologia crônica que provoca o definhamento do SUS. Aliado a isso, há um quadro de intenso desfinanciamento do setor.

O Sistema Único de Saúde, garantido na Constituição Federal, promoveu a universalidade no acesso aos serviços de saúde. Em contrapartida, tinha de ter fontes de financiamento que dessem suporte ao incremento da população que procuraria os serviços públicos de saúde.

Só que as fontes de financiamento não foram definidas na Carta Magna. Inicia-se, então, a era dos debates e das mobilizações pela regulamentação do financiamento para o setor saúde.

A primeira proposta foi a de Emenda Constitucional 169 - PEC 169.

Durante anos e anos, a mobilização em torno dessa proposta foi intensa. Nas ruas, nos Conselhos, na Câmara de Deputados, as manifestações aconteciam em torno da vinculação orçamentária para a saúde.

Em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29. A EC-29 definiu sobre quais impostos seria feita a vinculação orçamentária, assim como definiu o percentual mínimo a ser aplicado em saúde. A Emenda Constitucional era auto-aplicável. A partir daquele mesmo ano, a Emenda tinha de ser cumprida.

Para possibilitar o aumento de recursos para a saúde, a Emenda previu que o percentual cresceria de 2000 até 2004, conforme os índices da tabela 1.

Para se chegar aos percentuais de 12% para os estados e 15% para os municípios houve uma progressividade ao longo dos 5 anos.

Ano	Estado	Município
2000	7 %	7 %
2001	8 %	8,6 %
2002	9 %	10,2 %
2003	10 %	11,8 %
2004	12 %	15 %

A base de cálculo para os municípios para se chegar ao percentual mínimo para a saúde são:

- Total das receitas de impostos municipais:
- ISS, IPTU, ITBI
- (+) Receitas de transferências da União:
- Quota-Parte do FPM
- Quota-Parte do ITR
- Quota-Parte da Lei Complementar nº. 87/96 (Lei Kandir)
- (+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF
- (+) Receitas de transferências do Estado:
- Quota-Parte do ICMS
- Quota-Parte do IPVA
- Quota-Parte do IPI – Exportação
- (+) Outras receitas correntes:
- Receitas da dívida ativa tributária de impostos, multas, juros e mora e correção monetária.

A base de cálculo para os estados para se chegar ao percentual mínimo para a saúde são:

- ICMS (sobre 75%)
- IPVA (sobre 50%)
- ITCMD
- Simples
- Imposto de Renda Retido na Fonte
- Quota-Parte FPE

- Quota-Parte IPI – exportação (sobre 75%)
- Transferência LC 87/96 – Lei Kandir (sobre 75%)
- Dívida ativa tributária de imposto
- Multas, juros de mora e correção monetária.

A partir de então, muitos estados e municípios estabeleceram um discurso da falta de lei complementar que regulamentasse a Emenda. Ou seja, a administração pública, de forma articulada e planejada, utilizou a falta de lei complementar para descumprir a Emenda Constitucional 29.

No Paraná, o desrespeito à Constituição Federal vem sendo uma constante.

De 2000 a 2002, o governo Lerner, tendo no comando da Sesa, o considerado defensor da reforma sanitária Armando Raggio, manteve o discurso e a prática afinados com aquele que lhe concedera o cargo. Isso é o mesmo que dizer que Raggio, afirmava que a EC-29 não precisava ser cumprida, pois não havia sido regulamentada.

Esse discurso fez escola e seu sucessor, Cláudio Xavier, já no governo Requião, utilizou-se da mesma peneira descomprometida com o direito à saúde, com o direito à vida.

Em suma, pode-se dizer que Lerner, somados os anos de 2000, 2001 e 2002 deixou de aplicar 636 milhões de reais na saúde.

Para além do discurso, a prática

Requião colou sua imagem à promessa de recuperar a capacidade do Estado de atuar de forma decisiva na implantação e implementação de políticas públicas.

Do outro lado da moeda, Requião tem utilizado os mesmos artifícios que seu arquinimigo Lerner para não investir no setor.

Segundo dados do Ministério da Saúde, de 2003 a 2005, o governo do Paraná deixou de aplicar 1 bilhão e 200 milhões de reais na saúde.

Os artifícios utilizados por Requião, para garantir que a EC-29 estava sendo cumprida, foram idênticos aos de Lerner.

Os dados abaixo foram extraídos de relatório do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, após analisar a execução orçamentária do Estado no ano de 2003. Da análise concluiu-se que o Governo do Estado do Paraná aplicou efetivamente no exercício de 2003 o valor de R\$422.398.356,52, correspondendo a 7,36 %

das receitas em saúde. O percentual não atendeu o previsto na Emenda Constitucional nº 29/2000, que exigia um percentual mínimo de 10% e não atingiu a meta de 10,75%, proposta no orçamento inicial do Estado, informado na Lei de Diretrizes Orçamentárias nº 13.727/2.002.

Outros exemplos apavoram os mais desavisados, que não conseguem ter a criatividade do Estado para driblar a legislação e enganar a população. Leia atentamente e tire suas próprias conclusões.

As informações a seguir foram retiradas da análise do Departamento Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde. Outros itens absurdos se somam a esses que transcrevemos. Serve apenas de exemplos e não retratam a totalidade do caos.

São despesas efetuadas pela Secretaria de Estado da Agricultura e Abastecimento – SEAB, demonstradas conforme o quadro na página seguinte:

1- Despesas SEAB - 2003

Programa	Valor R\$	Observações
Instalações sanitárias	2.853.415,00	De acordo art.7º XII pt 2047/02
Construção de esterqueiras	307.123,00	Vetado art. 8º VI PT 2047/02
Cercas proteção mananciais	371.244,00	Vetado art. 8º VI PT 2047/02
Abastecedores Comunitários	308.598,00	De acordo art.7º XII pt 2047/02
Total	3.840.380,00	

Fonte: Balanço Geral do Estado – SEFA

2 - À Faculdade Estadual de Educação Física de Jacarezinho

As despesas efetuadas com ensino ou educação acadêmica não estão contempladas pela EC 29/00.

3 - Ao Fundo Paraná - Fundação Araucária

As despesas com aperfeiçoamento de profissionais docentes na área de saúde através de cursos de doutorado ou mestrado caracterizam gastos com ensino superior e não atendem ao contido na EC 29/00.

4 - À SEDU

Despesas com obras de pavimentação, construção de centro comunitários, galerias pluviais e capelas mortuárias não atendem as exigências da EC 29/00.

5 - Ao PARANASAN/CPE

As despesas efetuadas pela SANEPAR em obras de sistemas integrados de saneamento (esgotos) e abastecimento de água são vetados pelo artigo 8º inciso IV da PT 2047/02.

6 - À SEMA

Despesas com projetos de correção e preservação do meio ambiente são vetados pelo artigo 8º inciso VI da PT 2047/02.

7 - À SUDERHSA

Despesas com obras de drenagem urbana e perfurações de poços artesianos são vetados pelo artigo 8º incisos IV, V e VI da PT 2047/02.

8 - À SEAB

Despesas com análise de agrotóxicos, germinação, impureza de sementes e fertilizantes não estão de acordo com a EC 29/00.



Definição do que é ação e serviço de saúde

De acordo com a Lei 8080/90 e Resolução 322 do Conselho Nacional considera ações e serviços de saúde:

- Vigilância epidemiológica e controle de doenças
- Vigilância sanitária
- Vigilância nutricional, controle de deficiências

nutricionais, orientação alimentar e segurança alimentar promovida no âmbito do SUS

- Educação para a saúde
- Atenção à saúde dos povos indígenas
- Assistência à saúde em todos os níveis de complexidade
- Capacitação dos recursos humanos do SUS
- Assistência farmacêutica

O contrabando

Apesar desse consenso, o Estado do Paraná permanece realizando o contrabando de verbas da saúde para outros setores. Descaradamente, as leis orçamentárias propostas pelo Poder Executivo Estadual mantêm vários vícios. São ações alheias à saúde, como se pudessem ser financiadas com recur-

sos do SUS e ainda fazem com que essas ações integrem o cálculo para se chegar ao percentual mínimo estipulado pela Emenda Constitucional nº 29.

O quadro abaixo dá publicidade às artimanhas orçamentárias e revela a falta de priorização para o setor saúde

Lei orçamentária anual do Paraná – 2008	Proposta de Lei orçamentária anual do Paraná – 2009
Saneamento – Paranasan R\$1.661.002,00	Saneamento Paranasan R\$ 1.000.000,00
Serviço de Assistência a Saúde do Servidor - SAS R\$95.025.740,00	Serviço de Assistência a Saúde do Servidor-SAS - R\$103.196.850,00
Pagamento de pensão e aposentadorias	Pagamento de pensão e aposentadorias - R\$119.686.070,00
Programa Leite das Crianças R\$2.170.420,00	Programa Leite das Crianças R\$90.000.000,00
Desasseoreamento de rios, lagos e bacias R\$30.532,530	Desasseoreamento de rios, lagos e bacias R\$ 1.000.000,00
Diversificação do agropecuária e fortalecimento do agronegócioR\$1.000.000,00	Diversificação do agropecuária e fortalecimento do agronegócio R\$480.000,00
Serviços de saúde e assistência social aos policiais militares e seus dependentes R\$15.727.670,00	Serviços de saúde e assistência social aos policiais militares e seus dependentes R\$17.180.080,00
Defesa Sanitária Animal R\$600.000,00	Defesa Sanitária Animal R\$300.000,00
Defesa Sanitária Vegetal R\$400.000,00	Defesa Sanitária Vegetal R\$180.000,00
Prover recursos para pagamento de pensões especiais R\$9.217.450,00	Prover recursos para pagamento de pensões especiais R\$9.217.450,00

Números dispensam palavras



Por isso, a fila.

Por isso, a longa espera.

Por isso, a volta de epidemias.

Por isso, a falta de medicamentos.

Por isso, a não realização do concurso público.

Por isso, mexa-se!

**Elaine Rodella é psicóloga, especialista em saúde pública e coordenadora do SindSaúde/PR*

FUNDAÇÕES ESTATAIS: PROJETO DE ESTADO DO CAPITAL



Sara Granemann*

Desde a contra-reforma do Estado brasileiro, realizada sob a gerência de Bresser Pereira no governo de Fernando Henrique Cardoso, não havia sido difundido projeto de contra-reforma do Estado com pretensões tão abrangentes como o recentemente divulgado pelo governo Lula, o Projeto Fundação Estatal.

Para que a autoria de idéias como esta não nos pareça originalidade 'teórica' de monta da burocracia acomodada em instituições de governo, convém mencionar, desde logo, uma pequena cronologia:

- Em março de 2007, a página eletrônica brasileira do Banco Mundial divulgou um documento inédito¹ com avaliações e propostas para 'aumentar a qualidade da gestão e racionalizar o gasto pú-

blico' do Sistema Único de Saúde – SUS. O jornal O Globo noticiou em 25 de maio de 2007 que "o relatório do Banco Mundial foi feito a pedido do Ministério da Saúde e coordenado pelo especialista-líder em saúde do Bird no Brasil Gerard La Forgia".

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

- No mês de maio de 2007, no sítio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, encontrava-se disponível, para acesso público, um con-

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

Em maio de 2007, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão disponibilizou um conjunto de documentos sobre Fundações Estatais, que espelham conclusões similares às elaboradas pelo Banco Mundial.

junto de documentos sobre Fundações Estatais, que espelham conclusões similares às elaboradas pelo Banco Mundial.

Todavia, mesmo antes de o projeto de contra-reforma do Estado do governo Lula da Silva ser oficialmente divulgado por autoridades governamentais, propostas e manifestações de um grupo de pesquisadores, apresentadas em eventos científicos² da área da saúde, pareciam atuar como ‘balão-de-ensaio’ ao projeto de contra-reforma Estado.

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

O principal documento sobre o tema em apreciação, disponível na página eletrônica do Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão, denomina-se Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos³ e sobre ele tecemos, a seguir, algumas observações.

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

“... a SEGES deu início, em 2005, a uma série de estudos e análises críticas sobre as atuais formas jurídico-institucionais da administração pública, com o objetivo de propor ajustamentos que

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

Desde a apresentação, vê-se o uso de argumento similar ao que fundamentou a contra-reforma estatal gerenciada por Bresser Pereira: novos paradigmas, novos desafios, agilidade e efetividade para induzir mudanças em algo que funciona de modo ruim ou insatisfatório.

Mas, no caso de uma reforma do Estado, a avaliação do insatisfatório não é apenas e tão somente de caráter ‘técnico’ porque sempre atenderá as demandas da classe que a tornou uma necessidade. Dito de modo diverso, uma reforma do Estado pode operar na direção de aumentar os direitos da força de trabalho ou pode aprofundar as exigências de acumulação do capital e, neste caso, será uma contra-reforma do Estado por afetar os interesses e direitos da força de trabalho.

No Brasil, desde o início da ditadura do grande capital e operada pelos militares o Estado tem assumido, prioritariamente, as demandas da burguesia e quando a classe trabalhadora organiza-

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

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

se em fortes lutas também algumas de suas demandas são atendidas. Quase sempre como direitos sociais e trabalhistas, como ocorreu com o SUS, na Constituição Federal de 1988.

Todavia, quando o capital imprime sua lógica para a totalidade da vida social também o Estado tem de ser contra-reformado para que as instituições e as políticas sociais que garantem os direitos dos trabalhadores se transmutem em negócios que promoverão lucratividade para o capital.

O projeto das Fundações Estatais menciona o objetivo de regulamentar a Emenda

Constitucional nº. 19, de 4 de junho de 1998,

conhecida como a emenda da contra-reforma do Estado brasileiro, realizada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso.

A Emenda Constitucional nº. 19/98, no artigo 26, conforme o invocam os autores do Projeto Fundação Estatal, definiu que as entidades de administração indireta deveriam rever os estatutos quanto à natureza jurídica, em razão de sua finalidade e de sua competência. A 'necessidade' de regulamentação deste artigo oportunizou ao governo e aos aliados a 'brecha' para a realização das contra-reformas do Estado de interesse do capital, sob a forma de fundações estatais.

As fundações estatais privatizam as políticas sociais

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

“O Poder Público poderá instituir fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado para o desenvolvimento de atividades que não tenham fins lucrativos, não sejam exclusivas do Estado e não exijam o exercício do poder de autoridade, em áreas como a educação, assistên-

cia social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto, turismo, comunicação e previdência complementar do servidor público, para os efeitos do art. 40, §§ 14 e 15 da Constituição.” (MPOG; 2007, 09)

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

1. É um projeto de contra-reforma do Estado brasileiro no âmbito das políticas sociais. Isto é,



A contra-reforma estatal permitiu à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, ao definir, de modo rebaixado, o que são as atividades exclusivas do Estado.

no âmbito das ações estatais que respondem aos direitos e demandas da força de trabalho ocupada e excedente e incidem sobre as condições de vida gerais da população, especialmente aquelas das camadas sociais mais empobrecidas.

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

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

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

A noção de que as políticas sociais podem ser desenvolvidas nos moldes análogos aos serviços privados leva os formuladores do Projeto Fundações Estatais a justificarem a constituição de fundações estatais em “setores em que cumpre ao Estado atuar de forma concorrente com a livre iniciativa, exercendo atividades que, embora consideradas de relevância para o interesse público, não lhe sejam exclusivas. Para isso, necessita de maior autonomia e flexibilidade de gestão que favoreçam a eficácia e a eficiência da ação governamental”. (MPOG; 2007, 10)

O fetiche do mercado atinge o seu ápice quando ao Estado se quer reservar o papel de concorrente dos serviços privados e se elege a lógica empresarial – convém lembrarmos, é a do lucro! –

para definir eficácia e eficiência na ação estatal que, na consecução de políticas sociais, opera com lógica inteiramente diversa ao da empresa privada.

As políticas sociais procuram viabilizar o bem-estar da maioria que não pode encontrá-lo no mercado porque ali somente alguns poderão ter o lucro e a ‘proteção social’ como mercadoria, na forma de serviços privados de educação, saúde, previdência, lazer etc.

Aos que vendem e aos que sequer conseguem vender sua força de trabalho por não encontrarem empregos, a única proteção social é aquela oriunda da ação do Estado pela via das políticas sociais.

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

O fetiche da iniciativa privada, aplicado ao Estado, tem o ‘mérito’ de ocultar a essência dos processos que o Estado do capital deseja legitimar: ao tentar prender-nos à forma, desviamos-nos do fundamental, do essencial.

A forma é a fundação estatal. O conteúdo é a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores.

As fundações estatais são formas atualizadas⁴ das parcerias público-privadas, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, das Organizações Sociais – OS, das Fundações de Apoio e de numerosas outras tentativas que sempre tentam repetir o mesmo – privatizar – sob emblema diverso, para que a resistência dos trabalhadores seja vencida.

O essencial é que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que as denominamos privatização.

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

As fundações estatais prejudicam os trabalhadores



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

1. A forma de contratação da força de trabalho empregada nas fundações estatais será a do regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT – e a seleção será por concurso público precedida de edital publicado em Diário Oficial.

O argumento do concurso público faz parecer que as regras de contratação continuarão a

ser diferenciadas e mais difíceis do que as vigentes no mercado.

Assim, parece-nos que as tão louvadas ‘regras do mercado’ aplicam-se às obrigações para a força de trabalho, mas não aos seus direitos. Isto é, os trabalhadores serão submetidos a concurso sem que tenham a estabilidade no trabalho. Pela CLT, poder de contratar é poder de demitir. Para exemplificar o alcance da amputação do Estado, veja-se o argumento justificador da alteração do contrato da força de trabalho:

“Vale lembrar que os regimes estatutários, caracterizados pela estruturação em carreiras, es-

5) Ver MPOG; 2007, págs. 14 e 22.

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

O Projeto Fundação Estatal é um projeto que ao reduzir a ação do Estado para o trabalho o amplia como horizonte de atuação do capital.

tão voltados para a promoção dos valores de governança. Em especial daqueles que a sociedade considera importantes para os agentes responsáveis pela aplicação da lei ou realização da vontade coletiva. (...) Por outro lado, nas áreas em que atua de forma concorrente com a iniciativa privada, é indispensável que o Estado possa aplicar o regime de emprego celetista, mais flexível e aberto à inovação e à especialidade, atributos essenciais a quem atua em ambiente concorrencial e precisa garantir a qualidade dos serviços e a incorporação de novas tecnologias geradas para o setor.

O conceito de postos profissionais, remunerados com base nos valores praticados no mercado, concede maior eficácia e eficiência gerencial a essas organizações, além da possibilidade de cooptação e manutenção de quadros qualificados de profissionais". (MPOG; 2007, 17)

Em troca da perda da estabilidade, o argumento sugere: quando a ação é executada pelo Estado é dispensável a qualidade de serviços e a incorporação de tecnologias, pois estes são atributos necessários ao mundo concorrencial. Pode-se, também, depreender do texto que o Estado, no momento, não mantém no seu interior quadros profissionais qualificados.

Para contrabalançar as numerosas perdas imputadas à força de trabalho, acena-se com a possibilidade de maiores salários para os trabalhadores empregados nas fundações estatais. Algo que, por óbvio, não poderá atingir o conjunto dos trabalhadores das fundações estatais.

2. Todavia, sem que este tema esteja absolutamente claro, é possível entender que a remuneração da força de trabalho subordina-se ao Contrato de Gestão que cada fundação estatal for capaz de estabelecer com o próprio Estado (então porque privatizar, se os recursos fundamentais virão do mesmo Estado?) com outros agentes do mercado, inclusive com aplicações financeiras⁵, eufemismo para capitais que se notabilizam pela especulação com títulos públicos e em ações de empresas privadas com grande potencial de extração de mais valia.

Cada fundação estatal terá seu próprio quadro de pessoal e, por (in)conseqüência seu plano de carreira, emprego e salários. Esta medida atinge de modo contundente a organização da força de trabalho porque a fragmenta e a torna

frágil para lutar por melhores condições de vida universalizadoras e para defender as políticas sociais. Políticas nas quais está inserida como trabalhador que presta serviço para sua própria classe.

Aliada à contratação pela CLT, o projeto fundação estatal é em tudo coerente com seu diagnóstico (ou será o diagnóstico do capital/Banco Mundial?): o Estado é ineficaz e uma das razões centrais de sua ineficácia e ineficiência é a estabilidade da força de trabalho. Novamente aqui a forma (contrato de trabalho) oculta o conteúdo: a privatização das políticas sociais tem nos servidores públicos - no Brasil como em todo o mundo - os seus mais sérios oponentes. A resistência à privatização dos Estados não somente encontrou nos servidores públicos a defesa de seu espaço de trabalho como, principalmente, foram estes trabalhadores os que mais se opuseram às políticas de amputação dos direitos da classe conformados nas políticas sociais.

A estes trabalhadores lhes foi mais fácil perceber, pela proximidade da condição de seus trabalhos, a gravidade das medidas para todos os trabalhadores. Assim, o projeto Fundação Estatal do governo Lula da Silva quer, além de privatizar os serviços sociais, destruir o potencial de crítica e oposição desta força de trabalho aos projetos do capital que seu governo implementa. A fragmentação da força de trabalho em várias fundações estatais e o contrato de trabalho estável prestam-se à repressão da organização das lutas dos trabalhadores e à domesticação – pela ameaça velada ou aberta⁶ – aos preceitos dos governos do capital.

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

"Amparado pela interpretação sistêmica do disposto nos artigos. 150, § 2º; 150 VI, "c" e 195, § 7º da Constituição, ratificada pela doutrina e jurisprudência já firmadas sobre o tema, as fundações estatais que atuarem nas áreas sociais¹⁶ (e o campo das fundações estatais, diferentemente das empresas públicas, são serviços públicos de

cunho social) gozarão de imunidade tributária sobre o patrimônio, renda ou serviços relacionados com suas finalidades essenciais e serão isentas da contribuição da seguridade social. A imunidade não abrange os rendimentos e ganhos de capital auferidos em aplicações financeiras de renda fixa ou variável.”

O recolhimento de impostos e de contribuições para a seguridade social (previdência, assistência e saúde) objetiva a formação do fundo público, de orçamento que financiará as políticas sociais pelas mesmas instrumentos que viabilizam os direitos e a proteção social da força de trabalho ocupada e excedente.

Ora, as fundações estatais venderão seus serviços ao Estado e a outros agentes do mercado. De uma parte, reivindicarão do Estado recursos para realizar a prestação de serviços e, de outra, não contribuirão para a formação do fundo público que sustenta a própria ‘política social’ executada pela fundação porque esta, ao prestar serviços sociais, gozará de imunidade tributária.

A conclusão possível deste arranjo privatista é o da transferência de fundos públicos aos capitais particulares pela forma da contratação de serviços e pela liberação da obrigação em contribuir com a formação do fundo público.

O Controle Social, tão caro aos princípios fundadores do Sistema Único de Saúde, é substituído por conselhos moldados nas grandes empresas capitalistas, inclusive ao usar terminologias ali nascidas e aplicadas.

Fundação estatal e o fetiche da grande empresa

Resta, ainda, a observar que o Controle Social, tão caro aos princípios fundadores do Sistema Único de Saúde, é substituído por conselhos moldados nas grandes empresas capitalistas, inclusive ao usar terminologias ali nascidas e aplicadas.

Estas, cuja gênese e modelo emergem nos Estados Unidos, por funcionarem sob a forma de ações passaram a realizar o controle dos negócios pelos conselhos que, subordinados aos proprietários das ações, efetuam o controle corporativo⁷, baseado nos interesses dos principais acionistas sobre os lucros e rumos da corporação.

No centro do ‘controle’ estão os instrumentos de gestão, típicos dos negócios da iniciativa privada, tais como nos informa o texto:

“O sistema de governança da fundação estatal é colegiado e composto dos seguintes órgãos de direção superior e administração (a) Conselho Curador; (b) Diretoria-Executiva, (c) Conselho Fiscal

e (d) Conselho Consultivo Social.” (MPOG; 2007, 25)

No que afeta ao Projeto Fundação Estatal, somente no Conselho Consultivo Social menciona-se a presença de “representantes da sociedade civil, aí incluídos os usuários e outras pessoas físicas ou jurídicas com interesse nos serviços da entidade”. ‘Sociedade civil’ é o mais abrangente dos termos cunhados pelo liberalismo em uso em nosso país pelos últimos governos. Portanto, cumpre observar que este conceito cabe desde às representações do capital, da força de trabalho, das ONG e de tantas outras formas representativas de interesses privados, tem-se um severo rebaixamento do que se defende no SUS como controle social.

Ademais, a proposta Fundação Estatal para o Conselho Consultivo Social subordina-o ao Conselho Curador - também denominado Administrativo - e não se pronuncia sobre sua composição numérica.

7) Conforme tivemos oportunidade de registrar em Granemann (2006,75) a expressão ‘governança corporativa’, do inglês ‘corporate governance’, foi traduzida de modo ‘oblíquo’ para o português. A tradução da expressão é pouco reveladora do processo real no qual os fundos de pensão - a previdência privada - nos Estados Unidos definem sua ação como capitais que representam interesses corporativos - da corporação, do grupo empresarial, dos grandes proprietários de ações. A ‘tradução’ rápida para ‘governança corporativa’ oculta o conteúdo da ação dos capitais que revela na forma, fragilidade e escassa correção de sentido em relação ao termo utilizado na língua inglesa.

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

Com relação ao mais importante órgão do Projeto Fundação Estatal, o Conselho Curador ou de Administração, será majoritariamente composto por representantes do governo e não do Estado, podendo, com isto, reproduzir e ampliar a já fácil figura de participantes de Conselhos – principalmente se a hipótese de remuneração dos conselheiros for implementada. São cargos comissionados, em geral, da base aliada de governos e sem qualquer vínculo formal muito adequada aos mecanismos de corrupção e apadrinhamentos por interesses implementados por governos quando no controle do Estado.

Os Conselhos de Administração podem mesmo, e temos exemplos numerosos nos governos de Fernando Henrique Cardoso e de Lula

da Silva, tornar-se o centro da privatização do Estado, de defesa dos interesses do capital e instrumentos de cooptação de intelectuais, sindicalistas e de representantes dos movimentos sociais.

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

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

Referências bibliográficas

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra-reforma – desestruturação do estado e perda de direitos. São Paulo. Cortez, 2003.

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

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

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

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

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

**Sara Granemann é professora da ESS/UFRJ*

O MODELO DE GESTÃO DO SUS E AS AMEAÇAS DO PROJETO NEOLIBERAL¹



*Conceição A. P. Rezende**

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

Apresentação

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

Nesta direção, vai reforçar o conteúdo constitucional e levantar questões relativas aos modelos de gestão. Modelos que se originaram a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado (1995), elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), coordenado por Bresser Pereira no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, que aprofunda

como idéias centrais a disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial. Este plano vai apresentar como propostas para transformar a gestão pública as Organizações Sociais (1995) e, posteriormente, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (1999).

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

A gestão do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Constituição e na legislação vigente, é uma estratégia consistente de reforma democrática do Estado. Tem como princípios, a Universalidade, a Integralidade e a Equidade no acesso aos serviços de saúde; a Hierarquização do Sistema e das ações e serviços de saúde; a Descentralização

da Gestão, Ações e Serviços; a Participação da População na definição da política de saúde; o Controle Social da implementação da política de saúde e a Autonomia dos Gestores (gestão única em cada esfera de governo com a utilização de Plano e Fundo de Saúde para a gestão dos recursos orçamentários, financeiros e contábeis).

O projeto neoliberal e a saúde pública

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

No Plano da Reforma do Estado, encaminhado ao Congresso Nacional, em 23 de agosto de 1995, o governo FHC partia do princípio de que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las. Defendia que “nem tudo que é público é estatal” e afirmava que “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado”. Avaliava, também, que “se o Estado não deixar de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para

ser agente estimulador, coordenador e financiador, ele não irá recuperar a poupança pública”. Àquele modelo de gestão do Estado, chamou de “administração gerenciada”.

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

Em seu Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, o governo Federal concebeu o Estado, com quatro setores importantes:

FCH defendia que “nem tudo que é público é estatal” e afirmava que “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado.”



a) O núcleo estratégico

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

b) Os serviços monopolistas de Estado (atividades exclusivas do Estado)

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

c) Os serviços sociais competitivos

Para este setor, o governo propôs a "livre dis-

puta de mercado" entre as instituições privadas, com o objetivo de promover a "eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas instituições privadas". Transmitia, com isto, idéia do "desperdício na administração pública". Estes serviços eram: Educação, Saúde, Cultura, Produção de Ciência e Tecnologia.

Para estes setores, propôs a estruturação das Organizações Sociais (OSs), que seriam entidades de "direito privado", "sem fins lucrativos", que deveriam manter "Contratos de Gestão" com o governo Federal, que entraria com o patrimônio (instalações/equipamentos), pessoal, recursos orçamentários e, em contrapartida, a entidade se responsabilizaria por um nível de atendimento da demanda social, podendo vender serviços conforme sua capacidade. Neste caso, a propriedade seria a "pública não-estatal". O governo FHC defendia que o Estado não deveria assumir novos serviços e que os mesmos deveriam ser ampliados, quando necessários, por meio das Organizações Sociais (Oss).

d) O setor de produção de bens e serviços para o mercado

Seriam aqueles constituídos, na época, por empresas públicas que garantiam acesso da população a bens e serviços de infra-estrutura.

O governo entendia que deveriam ser transferidas para empresas lucrativas (para o mercado). Para este setor, o governo defendia a propriedade privada, com sistema de regulação por meio de agências. O governo entendia que "são atividades empresariais e deveriam ser transferidas integralmente para a iniciativa privada". Eram eles: ser-

viços de água, luz, correios, bancos, pesquisas etc.

Para cada um destes quatro setores do Estado, o governo propôs o que chamou de “formas de propriedade”:

a) “Propriedade Estatal”, administração pública, composta por patrimônio público (administração direta e indireta, inclusive as agências);

b) “Propriedade Privada”, entidades privadas, compostas por patrimônio privado (entidades da sociedade civil, com finalidade explícita de lucro);

c) “Propriedade Não-Estatal”, constituída pelas organizações sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e que são orientadas diretamente para o atendimento do interesse público.

Para implementar este Projeto de Reforma do Estado, o governo apresentou várias propostas de emendas constitucionais, que foram consolidadas no documento chamado *Proposta de Emenda Constitucional - Quadro Comparativo* - elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE.

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

A Política de Administração Pública é um instrumento fundamental para a Gestão do SUS.

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

As principais medidas, operadas a partir do Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado, do governo de FHC foram:

a) a aprovação da Emenda Constitucional 19/98;

b) a aprovação da Emenda Constitucional 21/98;

c) a Lei Complementar 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal);

d) a Lei 9.801/99, da exoneração de servidores por excesso de despesas;

e) a Lei 8.031/90, que instituiu o Programa Nacional de Desestatização;

f) a Lei 9.401/97, que instituiu as agências executivas;

g) a Lei 9.637/98, que instituiu as Organizações Sociais, Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicação;

h) a Lei Federal n.º 9.790, de 23 de março de 1999, que instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP.

O governo FHC defendia que o Estado não deveria assumir novos serviços e que os mesmos deveriam ser ampliados, quando necessários, por meio das Organizações Sociais (Oss).

As Organizações Sociais

As Organizações Sociais (OSs) foram concebidas no Brasil como instrumento de viabilização e implementação de Políticas Públicas, confor-

me entendidas no “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”.

Em 1995 (junho/julho), o Ministério da Ad-

Dependendo de como o governo pretende administrar esta política [de gestão do SUS], os equipamentos e os trabalhadores públicos, haverá sempre repercussões pró ou contra a universalização e a integralidade das políticas públicas de um modo geral, principalmente para a Saúde.

ministração Federal e Reforma do Estado (MARE) elaborou anteprojeto de lei e o Decreto de Regulamentação das Organizações Sociais. Estes documentos, que reafirmavam as posições dos documentos anteriores, afirmavam que “a garantia da eficiência e a qualidade dos serviços devem ser asseguradas pela descentralização da União para os estados e destes para os municípios, por meio de parceria com a sociedade, por Contratos de Gestão”.

Em 1997, por meio da Medida Provisória nº. 1591, o governo estabeleceu critérios para definir, sob a denominação de “Organizações Sociais (OSs)”, as entidades que, uma vez autorizadas, estariam aptas a serem “parceiras do Estado”, na condução da “coisa pública”.

Aprovou-se no Congresso Nacional a Lei nº. 9.637 de 15 de maio de 1998 que “dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências”.

O objetivo formal da chamada “Lei das OSs” foi o de “qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (art. 1º). Para dar consequência, institui o contrato de gestão (Art. 5º ao 10º), “observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade,

economicidade” (art. 7º), como instrumento a ser firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às OSs.

E ainda (possivelmente o objetivo mais importante para o projeto político de governo da época), assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União (Art. 20), que atuem nas atividades previstas na Lei, por meio do Programa Nacional de Publicização (PNP), criado mediante decreto do Poder Executivo².

As OSs podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública. Porque estas são consideradas “atribuições privativas do Conselho de Administração”, que podem todo o mais, tal como “aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo os procedimentos que deve adotar para a contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade”.

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

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

As OSs podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem licitação e não prestam contas a órgãos de controle da administração pública.

ção de contas correspondente ao exercício financeiro.

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

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

A justificativa do governo, entre outras, era de que as “atividades não exclusivas de Estado” (termos e conceitos tomados de uma proposta de governo e não da Lei) podem ser transferidas à iniciativa privada, sem fins lucrativos, sob o argumento de parceria e modernização do Estado porque esta transferência resultaria em melhores serviços à comunidade; maior autonomia gerencial; maiores responsabilidades para os dirigentes desses serviços; aumento da eficiência e da qualidade dos serviços; melhor atendimento ao cidadão e menor custo. Além disso, o governo

entendia que o Estado havia desviado de suas funções básicas para atuar no “setor produtivo”, o que teria gerado a deterioração dos serviços públicos e aumentado a inflação.

Com base nesta concepção de Estado e nesta justificativa, vários estados (Tocantins, Rio de Janeiro, Bahia e Roraima) e municípios (São Paulo, entre outros) passaram a transferir serviços de saúde a entidades terceirizadas tais como cooperativas, associações, entidades filantrópicas sem fins lucrativos (ou com fins lucrativos), entidades civis de prestação de serviços etc., qualificadas como organizações sociais (OSs). Assim, por meio de contratos de gestão ou termos de parcerias, transferiu-se serviços diversos ou unidades de serviços de saúde públicos a entidade civil, entregando-lhe o próprio estadual ou municipal, bens móveis e imóveis, recursos humanos e financeiros. Deu-lhe, também, autonomia de gerência para contratar, comprar sem licitação, outorgou-lhe verdadeiro mandato para gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde⁴, sem se preservar a legislação sobre a administração pública e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Houve inúmeras manifestações contrárias e impugnações em razão dessa terceirização de serviços de saúde públicos (quase todos os Conselhos Estaduais de Saúde, inúmeros Conselhos Municipais e conferências de saúde), representações junto à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e às Procuradorias Regionais dos Direitos dos Cidadãos nos Estados, por Confederações, Federações, Sindicatos, parlamentares, CONASEMS, entre outros.

Em alguns casos, o Ministério Público apresentou ação civil pública contra esse tipo de terceirização (ex: Rio de Janeiro, Roraima e Distrito Federal). No geral, este tipo de instrumento de gestão não teve a necessária legitimidade para se implantar e, afora os exemplos citados, pode-se afirmar que a implementação da experiência, em larga escala como haviam planejado, fracassou.

4) GONÇALVES, W. (Subprocurador Geral da República, Procurador Federal dos Direitos do Cidadão, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - Ministério Público Federal), Parecer sobre Terceirização e Parcerias na Saúde Pública, 27 de maio de 1998.

As organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs)

Em 1999, a Lei Federal n.º.9790, de 23 de março, instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, na esfera Federal de governo. Esta Lei propõe “a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e institui e disciplina o Termo de Parceria”, tal como o Contrato de Gestão firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social⁵.

Instituiu-se o Termo de Parceria, considerado como o instrumento a ser firmado entre o Poder Público e as entidades qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse aos Conselhos de Políticas Públicas das áreas correspondentes de atuação existentes, nos respectivos níveis de governo. Prevê que a execução do objeto do Termo de Parceria deve ser acompanhada e fiscalizada pelo órgão do

Poder Público da área de atuação correspondente, por meio de comissão de avaliação, composta de comum acordo entre o órgão parceiro e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público que encaminhará à autoridade competente relatório conclusivo sobre a avaliação procedida, e ainda, pelos respectivos Conselhos de Políticas Públicas em cada nível de governo.

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

As pessoas jurídicas qualificadas com base

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

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

No caso das OSCIPs, a prestação de serviços públicos, é transferida para as Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas, associações da sociedade civil de modo geral, por meio de “parcerias”, diferentemente do Programa de Publicização, que promove a extinção de órgãos ou entidades administrativas já existentes. Mas é caminho certo para que, curto prazo, não sejam mais criadas ou mantidas entidades, na esfera

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

pública, destinadas à prestação de serviços ou execução de atividades em diversas áreas. O Estado, enquanto tal, deixaria de estruturar-se, utilizando-se de uma forma contratual para atribuir, a entidades do setor privado, pré-existentes e que satisfaçam os requisitos firmados nessa norma legal, a prestação de serviços à sociedade (Santos, 2000).

Os objetivos estabelecidos na “Lei das OSCIP” cumprem o previsto no Plano Diretor de Reforma

do Estado, no qual, para os Serviços Monopolistas se Estado e para os Serviços Sociais Competitivos implementar-se-ia a gestão gerencial como as agências autônomas, os serviços sociais autônomos, as OSs e as OSCIPs, para garantir, especialmente, a flexibilização da força de trabalho, o enxugamento do Estado e a limitação do controle social, mesmo que, como comprovado posteriormente, com descumprimento da Constituição Federal e das leis vigentes.

Análise das leis federais do ponto de vista da administração pública e da gestão do SUS

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

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

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

“Em relação à Administração Indireta, na qual se incluem as autarquias, as fundações (de direito público ou privado, mas instituídas pelo Poder Público), as sociedades de economia mista e as empresas públicas, o sistema jurídico-constitucional vigente impõe fiscalização e controle de seus atos pelo Congresso Nacional (art. 49, X); fiscalização contábil financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, também pelo Congresso e pelo sistema interno de cada Poder (art.70); orçamento previsto na lei orçamentária (art. 165, § 5º, I); limite de despesas com pessoal (art. 169, § 1º). O ingresso em seus cargos e em-

pregos dar-se-á mediante concurso público (art. 37, II). As compras e contratações serão precedidas de licitação pública, assegurada a igualdade de condições entre os licitantes (art. 37, XXI e 175).” (Santos, 2000).

A possibilidade de cessão de servidores públicos com ônus para a origem (órgão do Poder Público), prevista na Lei que instituiu as Oss, é totalmente inconcebível à luz dos princípios mais elementares do Direito, assim como obrigá-los à prestação de serviços a entidades privadas, quando foram concursados para trabalharem em órgãos públicos.

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

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

Quando a Lei das OSs estabelece que sejam qualificadas nesta condição somente as entida-

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

Sobre a inconstitucionalidade e a ilegalidade da terceirização, faz-se necessário lembrar, ainda, que a Constituição Federal, em seu art. 196, estabelece que a saúde seja “direito de todos e dever do Estado” e nos artigos 203 e 204 (a Assistência Social) e 205, caracteriza-se a educação e o ensino também, como deveres do

Estado, o que o impede (Estado) de desresponsabilizar-se da prestação destes serviços, restando ao setor privado o papel apenas de complementaridade, na forma da Lei 8.666, de

21 de junho de 1993.

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

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

O SUS, composto por ações e serviços de saúde, “integra uma rede regionalizada e hierarquizada”, com descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (art. 198, CF), assim definido na Lei n.º8080/90:

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

A iniciativa privada tem participação complementar na prestação de serviços de saúde ao SUS (Art. 196, da CF), que se caracterizam como serviços de relevância pública (art.197, da CF). Quando a capacidade instalada do Estado for insuficiente, tais serviços podem ser prestados por terceiros, ou seja, pela capacidade instalada de entes privados, tendo preferência, entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (§ 1º, art. 199 CF). Também o art. 24 da Lei n.º8080/90 estabelece



que “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde – SUS – poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.”

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

Os contratos de gestão e os termos de parcerias previstos entre o Estado, as Organizações Sociais e as OSCIPs, respectivamente

O art. 199, § 1º, estabelece que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”

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

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

porte, locação de bens, publicidade, seguro ou trabalhos técnico-profissionais”.

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

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

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

O regime do Direito Administrativo no Brasil estabelece que as relações entre a Administração Pública e o setor privado devem ser estabelecidas quando e enquanto a capacidade de oferta do Estado estiver esgotada e devem basear-se nas necessidades da população, sendo formalizadas por meio de contrato ou convênio.

Síntese do modelo de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs

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

Qualquer tentativa de burlar referidos limites configurará fraude constitucional, como ocorre com as organizações sociais (Santos, 2000) e com as OSCIPs.

Outros problemas advindos da adoção de OSS e OSCIPs para a administração pública e para o SUS

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

- a) transferência de “poupança pública” ao setor privado lucrativo;
- b) repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos a empresas de Direito Privado;
- c) desregulamentação do sistema público de compra de bens e serviços (Lei 8.666/Lei das Licitações);
- d) os servidores públicos, cedidos às OSs, continuarão vinculados aos seus órgãos de origem, integrando um “Quadro em Extinção”, desenvolvendo atividades para o setor privado;
- e) com as OSs e as OSCIPs, vislumbra-se a implementação da terceirização de serviços públicos como regra e o fim do concurso público, forma democrática de acesso aos cargos públicos;
- f) desprofissionalização dos serviços, dos servidores públicos e desorganização do processo de trabalho em saúde;
- g) flexibilização dos contratos de trabalho;
- h) desmonte da Gestão Única do SUS;
- i) recentralização da gestão de várias políticas públicas e da gestão do SUS nos ministérios e nas secretarias de Estado;
- j) a hierarquização dos serviços de saúde estará

comprometida, na medida em que cada serviço terceirizado/privatizado tem em si a característica de autonomia em relação à Administração Pública e ao SUS. Fica comprometido o Sistema de Referência e Contra-Referência.

Em “Parecer sobre a terceirização e parcerias na saúde pública”, assim expressou o subprocurador geral da República, Dr. Wagner Gonçalves:

- a) “... face ao disposto na Constituição (art.196 e seguintes) e na Lei n.º 8.080/90, o Estado tem a obrigação de prestar diretamente os serviços públicos de saúde;
- b) a iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) participa na prestação de tais serviços quando a capacidade instalada do Estado (prédios, equipamentos, corpo médico, instalações, etc.) for insuficiente para atender a demanda;
- c) dá-se preferência, pelas regras vigentes, às entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, que são chamadas a participar do Sistema Único de Saúde - SUS – de forma complementar (e com sua capacidade instalada) para auxiliar o Estado no atendimento à população;
- d) a saúde é livre à iniciativa privada que, mesmo fora do Sistema Único de Saúde, também exerce serviços de relevância pública;
- e) a correta leitura do art. 197 da CF (e face às demais regras vigentes) é a de que a execução dos serviços de saúde deve ser feita diretamente (pelo Estado) ou por terceiros (hospitais e unidades hospitalares de entidades filantrópicas que venham a integrar o SUS), os quais comparecem com sua capacidade instalada e em caráter complementar, e por pessoa física ou jurídica de direito priva-

do (consultórios médicos e hospitais privados não filiados ao SUS). Todos exercem serviços de relevância pública, mas aqueles prestados pelo Estado são de natureza essencialmente pública, integral e universal, caracterizando-se como direito fundamental e dever do Estado;

f) não é possível, face às regras vigentes, aos estados transferirem a gestão, a gerência e a execução de serviços públicos de saúde de hospitais ou unidades hospitalares do Estado para a iniciativa privada;

g) a dispensa de licitação em qualquer caso, seja para a escolha de parceiros para o SUS, com exceção de casos especialíssimos de entidades filantrópicas (que atuarão não com a capacidade instalada do Estado, mas com seus próprios prédios e meios), seja para compra de material ou subcontratação, é ilegal e fere a Constituição;

h) não se pode confundir assessoria gerencial, que se presta à direção de um determinado hospital público (que pode inclusive ser contratada pelo Poder Público mediante licitação), com a própria gerência desse hospital;

i) a atividade de prestação de serviços públicos de saúde rege-se pelo regime de direito público, com as implicações decorrentes. Isso se aplica aos contratos ou convênios realizados com o Poder Público;

j) as leis estaduais e municipais, que pretendem transferir à iniciativa privada a capacidade instalada do Estado em saúde, são ilegais e inconstitucionais;

k) a Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998 (originária da MP n.º 1.591/97), no que refere à saúde, é inconstitucional e ilegal quando: dispensa licitação (§ 3º art. 11); autoriza a transferência para a iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) de hospitais e as unidades hospitalares públicas (ex.: art. 1º, quando fala em saúde; art. 18, quando fala em absorção e quando fala em transferência das obrigações, previstas no art. 198 da CF e art. 7º da Lei n.º 8080/90; e

art. 22, quando fala em extinção e absorção);

l) a Lei n.º 9.637/98 colide frontalmente com a Lei n.º 8080/90 e com a Lei n.º 8.152, de 28 de dezembro de 1990. Desconhece, por completo, o Conselho Nacional e os Conselhos Estaduais, que têm força deliberativa;

m) a Lei n.º 9.637/98 nega o Sistema Único de Saúde – SUS – como previsto na Constituição, já que introduz um vírus – organizações sociais –, que é a antítese do Sistema;

n) a terceirização da Saúde, seja na forma prevista na Lei n.º 9.637/98, como nas formas similares executadas pelos Estados – e antes mencionadas – dá oportunidade a direcionamento em favor de determinadas organizações privadas, fraudes e malversação de verbas do SUS;

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

E ainda, o Ministério Público Federal, pelos “Procuradores da Cidadania”, decidiu no V Encontro Nacional dos Procuradores dos Direitos do Cidadão⁶, que deve atuar em defesa do Sistema Único de Saúde – SUS – tal como concebido na Constituição de 1988 e na Lei n.º 8.080/90, adotando as providências necessárias, a nível administrativo e judicial, para:

a) “coibir a terceirização ou transferência dos hospitais e unidades hospitalares públicos para a iniciativa privada, com ou sem fins lucrativos;

b) argüir a ilegalidade e inconstitucionalidade de tais transferências, tanto no seu aspecto macro (ação civil pública contra a lei estadual, por exemplo), como nas questões pontuais (falta de licita-

Todos exercem serviços de relevância pública, mas aqueles prestados pelo Estado são de natureza essencialmente pública, integral e universal, caracterizando-se como direito fundamental e dever do Estado.

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

ção e outros aspectos do contrato ou convênio).”

O Ministério da Saúde solicitou, também, à Consultoria Jurídica⁷ esclarecimentos “sobre o repasse de verbas da União para Estados e municípios que financiam projetos de gestão baseados em legislação local, como no caso de Organizações Sociais, com destaque para Lei Baiana nº 8.647, de 29 de julho de 2003, que fomenta a absorção, pelas Organizações Sociais Baianas, de atividades e serviços de interesse público atinente à saúde,

entre outros”, que teve o seguinte entendimento:

“Leis que fomentam a absorção, pelas Organizações Sociais, de atividades e serviços de interesse público atinentes à saúde, como a do Estado da Bahia, Lei nº. 8.647, de 29 de julho de 2003, são **inconstitucionais.**” (...) “as Organizações Sociais, de regra, não podem exercer serviço público delegado pelo Estado, mas, sim, atividade de natureza privada, com incentivo do Poder Público”.

Fundação Estatal de Direito Privado: novidade ou neoliberalismo requentado?

O Projeto de Lei Complementar 92/2007, apresentado ao Congresso Nacional, pelo Poder Executivo, em 13/07/2007, propõe regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Propõe que, mediante lei específica, poderá ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado e, somente direito privado, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva do Estado, nas seguintes áreas: saúde, incluindo os hospitais universitários – neste caso, precedido de manifestação do conselho universitário - assistência social, cultura, esporte, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público (art. 40, §§ 14 e 15, da CF), comunicação social, e promoção do turismo nacional.

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

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

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

As diretrizes do Plano Diretor para o setor saúde eram:

- a) a contenção de gastos públicos e a flexibilização dos procedimentos de compras e contratações, especialmente da força de trabalho;
- b) a focalização em detrimento das políticas universais (custo-efetividade);
- c) a reorientação dos recursos públicos para o Setor Privado;

7) LEITE, Valdemar de Oliveira, PARECER CJ/GAB/VL nº. 2835/03.

d) o controle do “corporativismo” - combate à organização (social e sindical especialmente).

e) a “Descentralização”: Estado ‘! Terceirização ‘! Privatização e o incentivo a mecanismos de competição.

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

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

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

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

A unicidade do sistema nacional de saúde e a gestão única em cada esfera de governo constituíram-se em princípios do SUS tão importantes nos debates durante a Constituinte que a concepção/acordo foi de que, em todas as esferas de go-

verno, fossem extintos todos os órgãos e entidades da administração indireta existentes na época vinculados ao MS: INAN, INAMPS, LBA, FUNASA, etc. A previsão era de que o mesmo deveria ocorrer, em todas as esferas de governo, com as administrações indiretas vinculadas a estados e municípios. Inúmeros estados e municípios brasileiros haviam instituído fundações públicas de direito privado (especialmente na década de 70) para gerir ou serviços de saúde. Naquele momento, estavam caracterizados os equívocos do modelo de Organização/Gestão/Gerência do setor saúde, pulverizadas em órgãos do Estado nas formas de fundações, autarquias, institutos etc.

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

a) prestar serviços de saúde diretamente;

b) quando a capacidade instalada do Estado for insuficiente, tais serviços podem ser prestados por terceiros, ou seja, pela capacidade instalada de entes privados, tendo preferência entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (§ 1º, art. 199 CF), mas, jamais a entrega de capacidade já instalada pelo Estado, a terceiros;

c) pode prestar serviços de saúde por meio de entidades privadas, desde que estas se submetam às regras do SUS, de forma complementar e para que o Estado possa, no atendimento da Saúde pública, utilizar-se também da capacidade instalada destes entes privados.

d) O art. 199, § 1º, estabelece que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”

e) O art. 24, da Lei nº 8080/90, estabelece que “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.”

O Ministério do Planejamento afirma defender um “Estado forte para se defender do controle privado”. Como? Se a proposta é a criação de Entidade de Direito contrária aos princípios do SUS e desvios conhecidos na Saúde.

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

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

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

No processo constituinte (1988), já se tinha a avaliação de que uma das principais mazelas da disfuncionalidade do sistema de saúde era a forma de gestão do trabalho vigente, um dos principais fatores que inviabilizava o funcionamento

adequado do sistema. Nos dezenove anos de implementação do SUS, vários problemas identificados no setor saúde estão sendo enfrentados, tais como a descentralização, que está a caminho, embora a regionalização e a hierarquização do sistema sigam a passos lentos. O controle social do SUS e a participação popular que, embora com baixo grau de autonomia, vêm se implementando país a fora. O processo de negociação intergestores bi e tripartite, freqüentemente tem procedido independente do controle social. O financiamento do SUS que, apesar de insuficiente, já se ampliou nos últimos anos, após a aprovação da Emenda Constitucional 29/2000.

No entanto, a forma de gestão da força de trabalho do setor (quase escravagista), não só, não foi alterada, como foi amplamente precarizada e submetida a novos modos de degradação: a ausência de concurso público, vínculos múltiplos e ilegais, ambientes de trabalho insalubres, construção de uma visão desqualificadora do trabalho no setor público, adoção de mecanismos nefastos de competitividade e valorização desigual dos trabalhadores em condições de trabalho idênticas, dentre outras.

Considerações finais

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

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

b) É importante refletir sobre as chamadas “áreas

não exclusivas do Estado” e a Saúde: a Constituição Federal admitiu a prestação de serviços privados de saúde de forma complementar ao SUS e não substitutiva a serviços ou órgãos do SUS, principalmente, onde os serviços já são públicos, como são os Hospitais Universitários, os Hospitais Federais Estaduais, Municipais, do Distrito Federal e quaisquer serviços existentes ou a serem instituídos com recursos públicos.

c) O documento Modelos de Gestão – Formas jurídico-institucionais da Administração Pública – Conceitos e Características principais – do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – não considerou o Modelo de Gestão do SUS, das Políticas de Assistência Social (SUAS) e de Segurança Pública (SUSP) vigentes no País. Não analisou seus modelos de gestão e seus processos de implementação, para concluir que o modelo de gestão de órgãos do SUS necessita ser alterado para se assegurar eficiência à sua gestão. Também não apresentou quaisquer análises da experiência/aventura administrativa que foi a adoção das OSs e as OSCIPs.

d) O Sistema Único de Saúde realiza ações e

serviços públicos de relevância pública, inclusive aqueles prestados pela iniciativa privada fora do SUS, a chamada Saúde Suplementar. As ações de saúde não são exclusivas do Estado, mas exige, permanentemente, o exercício do poder e da autoridade estatal para serem executadas conforme a necessidade da população, e não, de acordo com os interesses privados e econômicos, como prevê texto da Mensagem que encaminhou o PLP 92/2007 ao Congresso Nacional.

e) O modelo de gestão no SUS está inscrito na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

f) As instâncias de Controle Social do SUS já deliberaram sobre propostas para gestão de SUS, a saber:

- as Diretrizes das Conferências Nacionais de Saú-

de, em especial a 8ª, 10ª, 11ª e 12ª sobre o modelo de gestão do SUS;

- a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 223/1997, sobre as Organizações Sociais;

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

- O Conselho Nacional de Saúde recusou a proposta de Fundação Estatal para o Sistema Único de Saúde, na 174ª Reunião, de 13 de junho de 2007.

Fonte

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: POLÍTICA DE SAÚDE NA ATUAL CONJUNTURA: MODELOS DE GESTÃO E AGENDA PARA A SAÚDE, 1ª Edição. BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Débora de Sales; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; OLIVEIRA, Mariana Maciel do Nascimento (Orgs.), p. 26 a 42. Rio de Janeiro: UERJ/Faculdade de Serviço Social Projeto Políticas Públicas de Saúde. Editora: Rede Sirius, 2007.

Referências Bibliográficas:

BANDEIRA DE MELLO, C. A. Curso de Direito Administrativo, 14ª Edição, São Paulo: Malheiros Editores, 2002. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 05/out/1988. . Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde: Lei 8080 de 19/set/1990. . Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde: Lei 8142 de 28/dez/1990.

BRESSER PEREIRA, L. C. A reforma do aparelho de Estado e a Constituição brasileira. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

GONÇALVES, W. Parecer sobre Terceirização e Parcerias na Saúde Pública, 27 de maio de 1998. PIETRO, M. S. Z. di. Parcerias na Administração Pública. 2ª ed., São Paulo: Atlas, 2002.

SALGADO, V. A. B., Secretaria de Gestão, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Modelos de Gestão de Gestão - Formas jurídico-institucionais da Administração Pública - Conceitos e características principais, www.planejamento.gov.br, 10 de junho 2007.

SANTOS, L. A. dos. Agencificação, Publicização, Contratualização e Controle Social - Possibilidade no Âmbito da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília/DF: Editora: Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar – DIAP, 2000.

Artigo extraído do caderno de textos Sind-Saúde/MG

**Conceição A. P. Rezende é psicóloga, especialista em Saúde Pública e em Direito Sanitário. Assessora Técnica da bancada do PT na Câmara dos Deputados.*

DA DÉCADA DE 90 AOS ANOS 2000

A estrutura da saúde pública no Paraná até 1991

Regionais	Década de 90	Atualmente
1ª. RS Paranaguá	<p>Paranaguá - Hospital Infantil Antonio Fontes, Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue, Unidade de Saúde, Núcleo Integrado de Saúde – NIS – em diversos municípios do Litoral.</p> <p>Matinhos - Hospital Nossa Senhora dos Navegantes.</p> <p>Antonina - Hospital Silvio Bittencourt de Linhares.</p>	<p>Paranaguá - O Hospital Infantil foi fechado em agosto de 2008. Menos 39 leitos pediátricos.</p> <p>Hospital Regional do Litoral – funciona de forma parcial e precária.</p> <p>Matinhos - O Hospital Nossa Senhora dos Navegantes está sob gestão municipal.</p> <p>Antonina - O Hospital Silvio Bittencourt de Linhares está sob gestão municipal. Todas as unidades de Saúde e NIS do Litoral estão sob gestão municipal.</p>
2ª. RS Curitiba	<p>Curitiba - Sede central da Sesa , Hospital Osvaldo Cruz, Hospital do Trabalhador, Hospital Vitor Ferreira do Amaral, Centro Regional de Especialidades - CRE Kennedy; CRE Marechal, CRE Bacacheri e CRE Barão. Caif, Craid, Departamento de Material, Central de Medicamentos do Paraná, Centro Formador de Recursos Humanos, Cemepar, Hemepar, Lacen e CPM.</p> <p>Pinhais - Hospital Adauto Botelho</p> <p>Piraquara - Hospital Dermatologia Sanitária, Centro de Pesquisa e Produção de Imunobiológicos e CPPI.</p> <p>Lapa - Hospital Regional da Lapa São Sebastião e Hospital Hypólito Amélia Alves de Araújo.</p>	<p>Curitiba - O Hospital de Reabilitação Ana Carolina Xavier está pronto há dois anos sem funcionar. O Hospital do Trabalhador e o Vitor Ferreira do Amaral foram terceirizados. CRE Marechal e CRE Bacacheri extintos. O Caif foi terceirizado. O Cemepar está sob gestão do Consórcio Paraná Mais Saúde.</p> <p>Araucária - O Hospital Municipal de Araucária está em fase final de construção e será transferido à administração municipal.</p> <p>Campo Largo - O Hospital Infantil de Campo Largo está em fase final de construção.</p> <p>Lapa - O Hospital Hypólito Amélia Alves de Araújo foi transformado em unidade 24 horas e está sob gestão municipal.</p>
3ª. RS Ponta Grossa	<p>Ponta Grossa - Hospital Infantil Getúlio Vargas, Hemocentro e NIS em diversos municípios.</p> <p>Castro - Hospital Anna Fiorillo Menarin.</p> <p>Jaguariaíva - Hospital Carolina Lupion.</p>	<p>Ponta Grossa – O Hospital Regional de Ponta Grossa tem com previsão de conclusão para 2010. O Hospital Infantil Getúlio Vargas está sob gestão municipal.</p> <p>Castro - O Hospital Anna Fiorillo Menarin foi transferido ao município, que terceirizou para a Fundação São Camilo.</p> <p>Jaguariaíva - O Hospital Carolina Lupion foi transferido ao município que terceirizou para o Conselho Comunitário Dr. Santos.</p>

4ª. RS Irati	Irati - Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue e NIS em diversos municípios Centro Regional de Especialidades e CRE.	Irati - O CRE é administrado pelo consórcio.
5ª. RS Guarapuava	Guarapuava - Hemonúcleo, NIS em diversos municípios e CRE.	Guarapuava - O CRE está sob a administração do consórcio.
6ª. RS União da Vitória	União da Vitória - Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue, NIS em diversos municípios e CRE.	União da Vitória - O CRE está sob a administração do consórcio.
7ª. RS Pato Branco	Pato Branco - Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue, NIS em diversos municípios e CRE. Palmas - Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue. Pato Branco - Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue.	Pato Branco - A Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue e o CRE estão sob a administração do consórcio.
8ª. RS Francisco Beltrão	Francisco Beltrão – Hemonúcleo, NIS em diversos municípios e CRE.	Francisco Beltrão – O Hemonúcleo e o CRE estão sob a administração do consórcio. O Hospital Regional de Francisco Beltrão já tem a obra concluída, mas sem equipamentos e sem realização de concurso público.
9ª. RS Foz do Iguaçu	Foz do Iguaçu - NIS em diversos municípios, CRE e Lacen.	Foz do Iguaçu - O Hospital Municipal de Foz está em construção. O CRE. está sob gestão municipal e o Hemonúcleo tem contrato de gestão com entidade privada.
10ª. RS Cascavel	Cascavel - Hemocentro, NIS em diversos municípios, CRE, Hospital Regional de Cascavel e Central de Transplantes.	Cascavel - O Hospital Regional de Cascavel, hoje Hospital Universitário do Oeste do Paraná, está sob a administração da Seti – Secretaria Estadual de Ciência, Ensino, Tecnologia e Ensino Superior e Central de Leitos.
11ª. RS Campo Mourão	Campo Mourão - Hemonúcleo, NIS em diversos municípios e CRE. Goioerê - Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue.	Campo Mourão - O CRE está sob a administração de consórcio. Serviço de Suporte Avançado de Vida.
12ª. RS Umuarama	Umuarama - Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue, NIS em diversos municípios e CRE.	Umuarama - O Centro Regional de Especialidades e o CRE estão sob a administração de consórcio. Serviço de Suporte Avançado de Vida.
13ª. RS Cianorte	Cianorte - Hemocentro, NIS em diversos municípios e CRE.	Cianorte - O Hemocentro e o CRE estão sob a administração de consórcio.
14ª. RS Paranavaí	Paranavaí - Hemonúcleo. NIS em diversos municípios e CRE.	Paranavaí - Hemonúcleo e CRE estão sob a administração de consórcio. O Estado construiu e equipou o Hospital Regional de Paranavaí e a administração é de responsabilidade da Santa Casa.
15ª. RS Maringá	Maringá - Hemocentro, NIS em diversos municípios, CRE e Central de Transplantes do Noroeste do PR.	Maringá - Hemocentro é administrado pela Universidade Estadual de Maringá – UEM - e o CRE está sob a administração de consórcio. Central de Leitos.

16ª. RS Apucarana	Apucarana - Hemonúcleo, NIS em diversos municípios e CRE.	Apucarana - O CRE está sob a administração de consórcio. Central de Leitos.
17ª RS Londrina	Londrina - Hospital Zona Norte, Hospital Zona Sul, NIS em diversos municípios, CRE e Hemocentro.	Londrina - O Hospital Zona Norte e o Zona Sul são administrados por consórcio. O Estado investe milhões em reforma e ampliação nesse hospitais, mas a obra está parada desde dezembro de 2007. O hemocentro e o CRE estão sob a administração de consórcio. Central de Leitos.
18ª. RS Cornélio Procópio	Cornélio Procópio - Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue, NIS em diversos municípios e CRE.	Cornélio Procópio - O CRE está sob a administração de consórcio.
19ª. RS Jacarezinho	Jacarezinho - Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue. NIS em diversos municípios e CRE.	Jacarezinho - O CRE está sob a administração de consórcio.
20ª. R Toledo	Toledo - CRE e Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue.	Toledo - O CRE está sob a administração de consórcio.
21ª. R Telêmaco Borba	Telêmaco Borba - Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue. NIS em diversos municípios. Tibagi - Hospital Luíza Borba Carneiro.	Telêmaco Borba - Um novo hospital está em construção. Tibagi - O Hospital Luíza Borba Carneiro mantém parceria Estado x município.
22ª. R Ivaiporã	Ivaiporã - CRE, Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue.	Ivaiporã - O CRE e a Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue estão sob a administração de consórcio.



Rua Marechal Deodoro, 314
8º andar, conjunto 801 - Edifício Tibagi, Curitiba, PR
CEP 80010-010
fone (41) 3322-0921
fax (41) 3324-7386
email contato@sindsaudepr.org.br
www.sindsaudepr.org.br