

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

Alessandra Ribeiro de Souza

**A contrarreforma do setor saúde:
uma análise da UPA São Pedro em Juiz de Fora**

**JUIZ DE FORA/MG
OUTUBRO DE 2012**

ALESSANDRA RIBEIRO DE SOUZA

**A contrarreforma do setor saúde: uma análise da UPA São Pedro em Juiz de
Fora**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social sob orientação Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Tardin Cassab.

JUIZ DE FORA/MG

2012

Souza, Alessandra Ribeiro.

A contrarreforma do setor saúde: uma análise da UPA São Pedro em Juiz de Fora / *Alessandra Ribeiro de Souza*.

- **2012.**

164 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Contrarreforma da saúde. 2. Fundo Público. 3. Controle social.
I. Título

Privatizado

Privatizaram sua vida, seu trabalho, sua hora de amar e seu direito de pensar.

*É da empresa privada o seu passo em frente,
seu pão e seu salário.*

*E agora não contente querem privatizar o conhecimento, a sabedoria, o
pensamento, que só à humanidade pertence.*

Bertolt Brecht

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar a implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de São Pedro em Juiz de Fora MG considerada instrumento de utilização do fundo público para viabilização do projeto privatista de contrarreforma do Estado.

O Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora foi definido como cenário de nossa pesquisa por representar um espaço que ao congregar sujeitos com interesses diversos possibilita a disputa pela alocação do fundo público.

Nessa perspectiva problematiza-se a construção do sistema de Seguridade Social no Brasil, o fundo público, a contrarreforma do Estado e o papel dos conselhos de saúde considerado espaço de resistência.

Através da pesquisa das atas e resoluções produzidas pelo CMS foi possível identificar os argumentos utilizados em prol da implantação do projeto privatista e as estratégias de resistência desenvolvidas.

Essa dissertação pretende contribuir para reflexão crítica do processo de contrarreforma empreendido pelo capital adensando argumentos para sua desconstrução.

Palavras-chave: Fundo Público, Conselho Municipal de Saúde, Contrarreforma do Estado, Saúde, Privatização.

Abstract

This study aims to analyze the implementation of the Emergency Care Unit (PAU) of St. Peter in Juiz de Fora, MG considered tool use of public funds for the project feasibility of privatizing the state contrarreforma. The Municipal Health Council of Juiz de Fora was defined as the setting for our research because it represents a space to bring together individuals with diverse interests enables the dispute over the allocation of public funds. From this perspective problematizes the construction of the Social Security system in Brazil, the public fund, the Contrarreforma state and the role of health councils considered space of resistance. Through research of the minutes and resolutions produced by the CMS was possible to identify the arguments used in favor of privatizing and project implementation strategies of resistance developed. This thesis aims to contribute to the critical reflection process against reform by capital undertaken densifying arguments for its deconstruction.

Keywords: Public Fund, the Municipal Health Council, Contrarreforma State, Health, Privatization.

Agradecimentos

Aos meus pais, Antônio e Luzia, fonte de inspiração, força e amor essenciais em minha vida!

Aos meus irmãos Evandréa e André.

À minha querida orientadora Cida Cassab, pela disponibilidade, incentivo e aprendizado.

Á todos os professores da graduação e do mestrado em especial Leda Leal, Rosangela Batistoni, Malu Duriguetto e Claudia Mônica fundamentais em meu processo de formação.

Aos queridos professores Rodrigo Souza Filho e Maurilio Castro, pelas contribuições na banca de qualificação e pelo apoio constante.

Ás amigas da graduação, Patrícia Groppo, Camila Gama e Raquel Mota com que sigo compartilhando a vida e a profissão.

A todos os companheiros de mestrado em especial Lydimara Lamarca e Helyene Rose que tornaram as aulas momentos de construção de conhecimento.

A todos os companheiros de gestão do CFESS, Samya Rodrigues Ramos, Marinete Cordeiro Moreira, Raimunda Nonata Carlos Ferreira, Esther Luíza de Souza Lemos, Juliana Iglesias Melim, Maria Elisa Dos Santos Braga, Kátia Regina Madeira, Marylucia Mesquita, Rosa Lúcia Prêdes Trindade, Heleni Duarte Dantas de Ávila, Maurílio Castro de Matos, Marlene Merisse, Alcinélia Moreira de Sousa, Erivã Garcia Velasco, Marcelo Sitcovsky Santos Pereira, Maria Lucia Lopes e Janaine Voltoline com quem compartilho a militância e aprendo infinitamente. Todos vocês me fazem acreditar que que é Tempo de Lutar e Resistir.

Á Laura e Janaine companheiras de casa e de trabalho em Leopoldina.

A todos os trabalhadores das equipes de Saúde da Família e da Secretaria Municipal de Saúde de Leopoldina.

As minhas amigas desde a infância Thais Oliveira e Samira Jacob.

Á todos aqueles que contribuíram de alguma forma com esse trabalho meus sinceros agradecimentos!

Lista de Siglas

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil
ARENA	Aliança Renovadora Nacional
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CAS	Centre de Atenção a Saúde
CCJ	Comissão de Constituição e Justiça
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo em Saúde
CF	Constituição Federal
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSS	Contribuição Social para a Saúde
DEM	Democratas
DRU	Desvinculação de Receitas da União
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBO	Fórum Brasil de Orçamento
FENTAS	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FHU	Fundação de Apoio ao Hospital Universitário
FMI	Fundo Monetário Internacional

IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPAS	Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde
HPS	Hospital de Pronto Socorro
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRS	Movimento de Reforma Sanitária.
NOB	Norma Operacional Básica
OGU	Orçamento Geral da União
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OS	Organização Social
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PDL	Plano de Desenvolvimento Local
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PHS	Partido Humanista da Solidariedade
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Partido Liberal
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PP	Partido Progressista
PPP	Parceria Público Privada
PR	Partido da Republica
PRP	Partido Republicano Progressista
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PSL	Partido Social Liberal
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PT	Partido dos Trabalhadores
PT do B	Partido Trabalhista Brasileiro
PTC	Partido Trabalhista Cristão

REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
TCM	Tribunal de Contas do Município
TCU	Tribunal de Contas da União
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Introdução.....	13
Capítulo I - A seguridade Social.....	16
1.1 A Seguridade Social no Brasil: sua origem e atualidade	18
1.2 - O Fundo Público: sua origem e sua utilidade ao capitalismo	24
1.3- Reforma do Estado: o projeto privatista e a conseqüente disseminação das Organizações Sociais.....	32
1.4 A inserção das OS no setor saúde: subsídios para o debate.....	50
Capítulo II - O Controle Social	62
2.1- A construção histórica do controle social no Brasil	63
2.2- O conselho Municipal de Juiz de Fora.....	78
Capítulo III - Unidades de Pronto atendimento: novo serviço ou velhos arranjos?	84
3.1- A origem das Unidades de Pronto Atendimento	85
3.2 - A contrarreforma no setor saúde: o caso de Juiz de Fora	89
3.3 - A Fundação de Apoio ao Hospital Universitário?.....	91
3.4- A implantação da UPA e a mediação do controle social.....	93
3.5- A definição do modelo de gestão	103
Considerações finais.....	154
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	158
Anexo	164

Introdução

A presente dissertação tem por objeto a análise dos impactos decorrentes da implementação da contrarreforma do Estado na destinação do fundo público.

Por reconhecermos a importância que o controle social tem representado para a alocação do fundo público e sua possibilidade de congregação de sujeitos com interesses diversos, elegemos como cenário de análise do nosso estudo, a UPA São Pedro, o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora.

As Unidades de Pronto Atendimento instituídas em 2003 se propõem a prestar atendimento intermediário entre as unidades básicas de Saúde e a rede hospitalar, porém, a realidade tem evidenciado que a implantação deste serviço tem constituído uma estratégia de materializar o projeto privatista.

O projeto privatista norteador da contrarreforma do Estado empreendido desde a década de 1990 no Brasil busca promover o enxugamento do Estado a partir da delegação da execução de serviços considerados não exclusivos a uma esfera pública não estatal composta pelas OS's, OSCP's e fundações. Os efeitos dessa contrarreforma têm sido devastadores, principalmente no que tange à utilização do fundo público para reprodução do capital.

Empreendemos nossas análises a partir do espaço do controle social, o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora, por reconhecermos a importância que este tem representado na disputa pela alocação do fundo público e sua resistência ao projeto privatista.

Para alcançar a materialidade de nossa proposta, o processo metodológico adotado buscou realizar a pesquisa bibliográfica e documental.

A pesquisa bibliográfica buscou um aprofundamento sobre os conceitos de Seguridade Social, Fundo Público, Contrarreforma e Controle Social, e não tem a pretensão de se esgotar neste estudo, mas sim construir uma reflexão teórica acerca de conceitos basilares desta dissertação.

Nossa análise acerca do processo de implantação da UPA São Pedro se desenvolveu a partir da pesquisa documental das atas, resoluções e demais documentos produzidos pelo Conselho Municipal de Saúde, obtidas através de seu sítio eletrônico.

O período definido para realização de nossa análise está compreendido entre janeiro de 2010 e junho de 2012. Este recorte temporal se justifica por abranger o

ano no qual a UPA São Pedro inicia suas atividades, 2010, e o período final de duração do programa de pós-graduação, junho de 2012. Neste período totalizou-se o levantamento de 46 atas, elaboradas pelo CMS, que foram analisadas a partir de nosso referencial teórico crítico e dos eixos de análise construídos.

Para viabilização deste estudo foram construídos dois eixos analíticos. No primeiro eixo, intitulado “A implantação da UPA e a mediação do controle social” buscamos elucidar a trajetória percorrida para a implementação deste serviço de saúde e os principais debates instituídos no âmbito do CMS. Em nosso segundo eixo analítico, denominado “definição do modelo de gestão”, analisamos como ocorre a definição do modelo de gestão da UPA e sua relação com o debate da privatização do setor saúde propagada pela contrarreforma do Estado.

Após estas colocações, cabe destacar que a dissertação foi organizada em três capítulos. O primeiro capítulo, intitulado “Seguridade Social e Fundo público: uma análise necessária”, tem por objetivo subsidiar nossas análises acerca da conformação do sistema de seguridade social brasileiro e do lugar estrutural que o fundo público ocupa. Neste capítulo nos dedicamos também a aprofundar estudos acerca da contrarreforma do Estado e seus efeitos para as políticas sociais; principalmente no que tange à política de saúde.

O segundo capítulo, intitulado “Controle Social”, tem como objetivo resgatar a construção histórica deste espaço institucional de participação popular, problematizar os impactos advindos da descentralização das políticas sociais e, por fim, apresentar o Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora, cenário de nossa pesquisa.

Em nosso último capítulo, intitulado “*Unidades de Pronto atendimento: novo serviço ou velhos arranjos?*”, apresentamos uma análise sobre nosso objeto de estudo, a UPA, identificando sua origem e sua funcionalidade. A UPA São Pedro é gerida pela Fundação de Apoio ao Hospital Universitário, assim, buscamos apresentar a fundação e adensar análises sobre ela. A análise das atas do CMS ocorreram a partir dos conceitos empíricos já referidas, a implantação da UPA e a mediação do controle social e, a definição do modelo de gestão. Através do estudo de caso, da implementação e da definição do modelo de gestão da UPA São Pedro, foi possível elucidar o lugar que este serviço ocupa no projeto de contrarreforma.

Por fim, nas considerações finais, resgatamos as questões problematizadas no decorrer da dissertação, apresentamos ponderações e indicações a partir das evidências de nossa pesquisa.

Capítulo I - A seguridade Social

A Seguridade Social surge no contexto mundial a partir da crise do capitalismo que, desde a quebra da bolsa em 1929, passa por uma longa onda recessiva traduzida em uma profunda crise.

De acordo com os estudos de Salvador (2010), a Seguridade Social vai se tornar popular e universal ainda durante a Segunda Guerra Mundial, a partir do relatório “Beveridge”, elaborado pelo lorde britânico William Beveridge. O objetivo do referido plano era elaborar a proposta do Welfare State na Inglaterra.

Sobre o plano Beveridge Salvador afirma:

Beveridge (1943: 15) defende a tese de que, para evitar a interrupção da capacidade produtiva ou a miséria decorrente de sua destruição, é necessário o aperfeiçoamento do seguro social em tres direções: estender o alcance, com objetivo de abranger as pessoas excluídas; ampliar os objetivos do seguro social para o maior número de riscos. E aumentar os valores dos benefícios. (Salvador 2010:75)

O Plano Beveridge, a partir de seu preceito universalista, padronizou benefícios e criou outros que seguiam a expressão “do nascimento até a morte”. Porém, o partido conservador se opôs ao plano por considerá-lo distante da realidade e destinado a uma sociedade mais igualitária (Salvador 2010).

No que tange ao financiamento da Seguridade Social, o Plano Beveridge afirma que este deveria ser feito de acordo com a capacidade contributiva dos cidadãos:

Com isso, a proposta de receita do orçamento da Seguridade Social apresentada por Beveridge era apoiada de forma considerável no financiamento dos impostos gerais pagos pela sociedade, que representariam, em 1965, cerca de 61% do orçamento proposto, enquanto a contribuição de segurados e empregadores seria responsável por 22% do orçamento. O montante de recursos advindos da contribuição dos empregadores, do imposto industrial sobre empregadores e dos impostos gerais (Tesouro Nacional) representaria 76% do orçamento da Seguridade Social contra 22% da contribuição direta dos segurados. Os 2% restantes viriam de juros dos fundos existentes. (Salvador 2010:77)

Os críticos ao plano de Beveridge censuraram principalmente sua proposta de financiamento, que aumentou a carga tributária das camadas mais ricas da população, porém, isso não impediu que ele se tornasse norteador das mudanças de proteção social estabelecidas em outros países da Europa.

A redefinição do papel do Estado a partir da década de 1930, decorrente das mudanças operadas no processo de acumulação, criou as bases econômicas,

políticas e ideológicas para o provimento do bem estar através do gasto público. De acordo com Vianna (2000), o fortalecimento dos partidos socialdemocratas, a difusão do fordismo como modelo de organização industrial e a imensa aceitação das propostas Keynesianas foram elementos essenciais para a construção do conceito de Seguridade Social. A autora ressalta que o termo Seguridade Social foi criado para demarcar a diferença entre uma nova concepção em relação aos restritos seguros sociais existentes até então.

Segundo Vianna (2000), o impacto real das ideias de Beveridge se concentra na capacidade de compatibilizar a democracia com a economia de mercado, demarcando um novo *ethos* para a política social que se propaga implementando reformas nas décadas de 40 e 50 em diversos países. No que se refere especificamente à Inglaterra, país de origem de Beveridge, as reformas implementadas nos anos 40 tiveram o caráter de ruptura com o liberalismo e sua “lei dos pobres”.

De acordo com Salvador (2010), as ideias conservadoras de caráter liberal ressurgem no governo da primeira ministra Margaret Thatcher, no período de 1979 a 1990, que realizou uma contrarreforma na Seguridade Social inglesa, desmantelando, em parte, a proteção social construída no segundo pós-guerra, baseada na reforma Beveridjana e disseminando em todo o globo a necessidade de limitar a intervenção do Estado em nome da crise fiscal.

No Brasil, o sistema de seguridade social será instituído tardiamente no final da década de 1980 e de forma restrita, pois incorporou apenas as políticas de saúde, assistência social e previdência.

No que tange ao financiamento da seguridade social, esse se efetiva através dos recursos recolhidos pelo Estado que conformam o fundo público. É fundamental analisar o lugar estrutural que assume o fundo público tanto para reprodução do capital quanto da força de trabalho.

Os recursos que compõem o fundo público são oriundos principalmente dos tributos pagos, direta ou indiretamente, pelos trabalhadores e sua destinação ao capital ou ao trabalho se efetiva a partir da disputa de classes.

A destinação de parte do fundo público para sustentação das políticas sociais foi uma importante conquista inscrita na Constituição de 1988, porém, será na década de 1990, sob a égide da contrarreforma do estado, que tais políticas se materializarão.

Os efeitos da contrarreforma do Estado serão devastadores para a disputa pelo fundo público, por parte da classe trabalhadora, e as medidas reformistas permitem que parte dos recursos que compõem o fundo público seja destinado sem passar pela análise dos espaços de controle social.

Por reconhecermos a conquista histórica que a instituição dos sistemas de seguridade social, e a conformação do fundo público, representam para a classe trabalhadora, nos dedicaremos, neste capítulo, à análise da construção histórica do sistema de seguridade social brasileiro. Posteriormente nos dedicaremos à análise acerca da conformação do fundo público e sua utilização pelo capital. Por compreendermos o impacto causado pela contrarreforma do Estado junto ao fundo público nos dedicaremos, no item 1.3, a uma análise mais profunda.

Entre as políticas sociais, a política de saúde de caráter universal e público instituída em 1988, fruto da luta popular, tem sido frontalmente atacada; o que tem resultado na desconstrução de um direito fundamental para os trabalhadores. Assim, vamos buscar aprofundar nossa compreensão sobre a construção desta política e os rebatimentos da reforma do estado no item 1.4. Por fim, compreendendo os efeitos desastrosos que as organizações sociais (OS's), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's) e fundações,- instrumento de viabilização da reforma do Estado -, têm gerado para o setor saúde, nos dedicaremos a problematização de tais consequências no item 1.5.

1.1 A Seguridade Social no Brasil: sua origem e atualidade

A Seguridade Social, ainda que tardiamente instituída no Brasil na década de 1980, representou algum avanço, sobretudo por ser antecedida por políticas marcadas pelo acesso restrito daqueles que possuíam vínculos formais de trabalho, com alto nível de privatização, centralização de recursos e poder decisório na esfera federal, além de ausência de controle social.

A década de 1980 no Brasil é marcada pela redemocratização da sociedade resultante de um processo de ampla mobilização popular. As reivindicações que marcaram aquele momento histórico se dirigiam principalmente à necessidade de garantia da participação, da democracia e da justiça social (SENNA & MONNERAT,

2008). Tais reivindicações são materializadas no texto constitucional de 1988, que institui o sistema de Seguridade Social brasileiro.

Apesar de, como afirmamos anteriormente, representar algum avanço, a Seguridade social brasileira prevista pela CF de 88 é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência, o que denuncia seu caráter restrito por incluir apenas algumas políticas e se distanciar de uma proposta mais avançada.

Sobre o sistema de seguridade social instituído pela CF de 88, Salvador (2010) afirma:

A seguridade social é uma das principais conquistas sociais da constituição Federal (CF) de 1988, designando um conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar os direitos relativos a saúde, à previdência e à assistência social. A concretização dessa conquista social passa pela efetivação do orçamento da seguridade social; para tanto, um dos princípios constitucionais estabelecidos é a diversidade das bases sociais exclusivas. Essas contribuições adicionadas às receitas arrecadadas sobre a folha de pagamentos mais impostos a serem transferidos pelo orçamento fiscal seriam conduzidos para um fundo público redistributivo da seguridade social. (SALVADOR. 2010, p. 27 e 28)

É importante contextualizar o momento histórico no qual o sistema de Seguridade Social brasileiro foi implementado: a década de 1990. Caracterizada pela contrarreforma dirigida principalmente ao desmonte das funções do Estado e justificada pelos neoliberais pela onda longa de estagnação do capital na década de 1990, foram instituídas diversas medidas que objetivavam efetivar a restrição dos direitos sociais adquiridos.

A resposta à estagnação foi pautada na flexibilização das relações de trabalho e dos direitos sociais conquistados, buscando a retomada das taxas de lucro. Sobre tais considerações Behring afirma:

Dentro disso, a política social real é a de redirecionar (atenção , não diminuir!) o fundo público como um pressuposto geral das condições de produção e reprodução do capital, diminuindo sua alocação e impacto junto às demandas do trabalho, ainda que isso implique em desproteção e barbarização da vida social, considerando que este é um mundo onde não há emprego para todos, donde decorre a perversa associação entre perda de direitos e criminalização da pobreza. (BEHRING, 2009, p.46)

A estratégia capitalista de recuperação da rentabilidade do capital, de acordo com Behring (2009), envolve e se combina com outras estratégias, como a diminuição dos custos do trabalho, a recomposição intensiva do exército industrial de reserva ou superpopulação relativa, que objetiva disseminar um ambiente de insegurança para os trabalhadores e forçar a diminuição de seus custos de

reprodução. De acordo com a autora, a busca por melhores condições de exploração é parte de um processo econômico, político cultural de legitimação do mercado como *lócus* da sociabilidade e da perda de direitos, como uma necessidade de governabilidade e governança nas contrarreformas do Estado. Behring evidencia, ainda, que a derrubada do projeto societário alternativo foi um elemento impulsionador para a alteração da correlação de forças em favor do capital devido ao desfecho doloroso da experiência real soviética.

A reação burguesa, desencadeada a partir das décadas de 1980 e 1990, impõe a lei do valor como organizadora das relações sociais e ataca as conquistas civilizatórias do pós-guerra, como a seguridade social pública. Porém, o desenvolvimento maduro do capital reconhece as contradições geradas por ele e o papel regulador que as políticas sociais possuem. Sobre tal afirmação, de acordo com Behring (2009).

Logo se percebeu o lugar estrutural e até de manutenção da segurança pública de políticas sociais no mundo complexo do capital na sua fase madura e destrutiva. Mas trata-se de uma política social para este mundo: longe do sentido de solidariedade, pacto social e reforma democrática e redistributiva, embutidos na ideia beveridgeana e social democrata de seguridade social. (BEHRING, 2009, p.47)

A política social, no contexto neoliberal, busca conjugar a seletividade ou a focalização com a transformação de serviços e políticas de caráter universal em mercadoria através da privatização ou da chamada terceirização. Nesse contexto o incentivo à disseminação de organizações não governamentais e a prática do voluntariado assumem um papel de destaque nas ações governamentais.

De acordo com Behring

Nessa nova situação, considerando os impactos sociais do capitalismo contemporâneo e a condição geral da luta de classes, ergue-se, ao lado das novas formas de gestão da questão social pela via da política social compensatória – a única compatível com a lógica do capitalismo contemporâneo – e da mobilização da sociedade civil, uma espécie de “Estado penal”.(Wacquant apud Behring 2009:48)

A tendência da política social delineada se expressa no direcionamento do fundo público brasileiro. Behring, ao analisar o período entre 1997 e 2004, evidencia uma estagnação da alocação de recursos para as políticas de seguridade social. Segundo a autora:

Em valores não deflacionados, acompanhando a execução orçamentária pelo Balanço Geral da União (BGU), vê-se uma evolução crescente dos

recursos alocados para a seguridade, em sete anos, de R\$ 103 bilhões para R\$ 227,1 bilhões em 2004. No entanto, aplicado o valor deflator, evidencia-se a queda dos valores, que não acompanharam o crescimento da carga tributária brasileira, da população e da demanda em tempos de neoliberalismo. (BEHRING, 2009, p.49)

Definida pelo artigo 194 da CF de 88, a Seguridade Social brasileira tem sua proposta de financiamento baseada nos princípios de Beveridge, ou seja, realizado por toda a sociedade a partir de recursos provenientes das três esferas de governo e através de contribuições sociais previstas em lei. Porém, o sistema tributário efetivado no país assume uma estrutura extremamente desigual, na qual recai sobre os trabalhadores a maior carga contributiva e concentra no nível federal a maior parte dos recursos arrecadados.

De acordo com Behring, em 2009 a carga tributária brasileira encontrava-se em torno de 34% do PIB, enquanto em 1994 representava 29%. No que se refere à distribuição da carga tributária, Behring evidencia que 68% está concentrada na União; 28% nos estados e apenas 4% nos municípios. Mesmo com a instituição de transferências de fundo a fundo pela Constituição, mais de 60% da carga tributária permanece concentrada no âmbito federal.

A concentração dos recursos tributários no nível federal contrasta com a diretriz da descentralização prevista pelas políticas sociais elaboradas na Constituição de 1988. Somada a essa concentração, as políticas em maioria permanecem sem previsão legal de repasses financeiros das esferas federal e estadual para os municípios, o que conforma um cenário no qual os municípios ficam “reféns” de repasses para criar e manter os serviços públicos. A concentração da elaboração dos programas no nível federal também impede que os municípios tenham autonomia para implementar serviços em consonância com as demandas da população.

Acerca do formato tributário no Brasil, Behring (2009) aponta que ele não promove a redistribuição de renda na medida em que este incide em maior parte, em 72%, sobre os trabalhadores. Em sua pesquisa, que abarca o referido período de 1997 e 2004, Behring evidencia que o peso do orçamento da Seguridade no conjunto do Orçamento Geral da União (OGU) diminuiu ao longo dos anos estudados e se manteve a partir de 1999 praticamente constante, o que mostra o desinvestimento na área social, apesar do discurso contrário. (BEHRING, 2009, p.50)

De acordo com Behring:

Um dos grandes vilões do Orçamento da Seguridade e das contas públicas em geral, no contexto do duro ajuste fiscal brasileiro, é o mecanismo do superávit primário – e não o gasto previdenciário, tão desqualificado na mídia falada e escrita -, instituído após o acordo com o FMI, em 1999. O volume de recursos retidos para a formação do superávit primário tem sido muito maior que os gastos nas políticas de seguridade social, exceto a previdência social. (BEHRING, 2009, p.50)

O superávit primário é resultante do cálculo de receitas menos despesas, desconsiderando entre as despesas os gastos com pagamento de juros da dívida. Porém, conforme informações do Fórum Brasil de Orçamento (FBO), como o Superávit Primário não inclui as despesas com a dívida, que são muito maiores que esse superávit, esses números não refletem a real situação das contas públicas.

Ao subsidiar a análise da utilização dos recursos retidos para formação do superávit primário, Behring explicita as informações do Fórum Brasil de Orçamento, que indica: no ano de 2004, uma meta de 4,25% do PIB (que equivalem a aproximadamente 70 bilhões de reais) seria suficiente para construir 14 milhões de casas populares; ou assentar 2 milhões de famílias sem terra; ou gerar 3,5 milhões de empregos na agricultura.

De acordo com Behring, o superávit primário é alimentado pela DRU (Desvinculação de Receitas da União), um mecanismo criado no âmbito do Plano Real que desvincula 20% das receitas de impostos e contribuições sociais. Para a Seguridade Social, a incidência da DRU tem sido nefasta devido à crescente arrecadação que as contribuições sociais vêm representando e que tem sido apropriada para a formação do superávit primário; além de ser, conseqüentemente, utilizada para o pagamento da dívida pública em detrimento dos investimentos sociais.

A DRU faz parte do pacote de instrumentos de desvinculação de recursos tributários brasileiros e representa o direcionamento dos organismos internacionais, como o FMI, que caminham na direção contrária das conquistas da CF de 1988. Convergindo com as análises de Behring, Salvador afirma:

Os recursos desvinculados da Seguridade Social pela DRU têm participação relevante na composição do superávit primário. Em 2000, o desvio realizado pela DRU foi equivalente a 73% do superávit primário do governo federal. No período de 2002 a 2004, a participação da DRU vinha sendo reduzida ao montante do superávit primário. Contudo, após esse ano, voltou a subir e, em 2007, 65% do superávit primário advem de recursos que pertenciam à seguridade social. Portanto, de cada R\$ 100,00 de

superávit primário, pelo menos R\$ 65,00 foram retirados por meio da DRU do orçamento da seguridade social.(SALVADOR, 2010, p.379)

A Previdência Social, que frequentemente é apontada como a responsável pelo déficit público, em 2004 foi a responsável por 85% do total do superávit primário.

As afirmações de Behring (2009) e de Salvador (2010) são corroboradas pelas análises de Fattorelli (2011), que afirma:

Durante 2009, o total do orçamento executado foi de R\$ 1,068 trilhão, dos quais nada menos que 35,57% (correspondentes a R\$ 380 bilhões) foram destinados aos juros e à amortizações da dívida. Enquanto isso, a saúde foi contemplada com somente 4,64 %, a Educação com 2,88%, a Assistência Social com 3,09%, a Reforma Agrária com apenas 0,23% e o Saneamento básico com 0,08% (FATTORELLI, 2011, p.11).

Os dados apresentados por Fattorelli evidenciam um direcionamento dos gastos públicos em dissonância com as necessidades sociais apresentadas:

O resultado desse modelo é uma gigantesca dívida social, que se expressa em números contundentes: são 14,2 milhões de analfabetos ou 10% da população brasileira com mais de 15 anos, 14,2 milhões de desempregados; um déficit habitacional de 8 milhões de moradias, além de 11,2 milhões de famintos. Recentemente, foi divulgada outra pesquisa que denuncia que mais da metade dos brasileiros sequer tem acesso a saneamento básico. (FATTORELLI, 2011, p.10)

No final de 2007, a continuidade da DRU foi aprovada pelo Senado Federal até 2011 e esse mesmo Senado aprovou, em 2008, a extinção da CPMF. Atualmente a DRU está tramitando no Senado Federal, sendo que em nove de dezembro de 2011, com 59 votos a favor e 12 contra, o governo garantiu a aprovação, em primeiro turno, da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 114/2011, que prorroga a Desvinculação de Receitas da União (DRU) até 31 de dezembro de 2015. Cabe ressaltar que a votação da matéria ocorreu no apagar das luzes de 2011, ano marcado pela 14ª Conferência Nacional de Saúde, que rejeitou a permanência da DRU.

Apesar do discurso reducionista propagado pelos neoliberais, é instigante pensar o “lugar” que o fundo público assume no interior desta orientação política. Assim nos deteremos a seguir ao debate sobre o fundo público

1.2 - O Fundo Público: sua origem e sua utilidade ao capitalismo

Segundo Salvador (2010), entre a segunda metade do século XIX e o início dos primeiros anos do século XX, as ideias liberais foram enfraquecidas, principalmente pelas mudanças no mundo do trabalho decorrentes da introdução do Fordismo. O Fordismo possibilitou maior pressão da classe trabalhadora sobre o capital, viabilizando o repasse dos ganhos da produtividade. Aliada a esse modelo, a Revolução Russa, em 1917, fortaleceu a luta dos trabalhadores no âmbito internacional.

As mudanças introduzidas, no processo de acumulação do capitalismo, viabilizaram os grandes monopólios e, ainda, propiciaram a fundição do capital bancário e do industrial, criando o capital financeiro.

A partir de 1929, a crise instaurada pela quebra da Bolsa de Nova Iorque e pela Grande depressão, que compreende o período de 1929 a 1932, foi propulsora do desemprego em massa, da queda da renda e da taxa de lucro, tendo como consequência a perda da credibilidade do liberalismo econômico e o questionamento da legitimidade do capitalismo. Os questionamentos, ao sistema capitalista, possibilitaram o desenvolvimento do chamado WelfareState ou “Estado de Bem Estar Social.

Segundo Oliveira (1998), o Estado de Bem Estar Social, também chamado de Estado Providência, é consequência da implementação de políticas anticíclicas de orientação Keynesiana:

Este pode ser sintetizado na sistematização de uma esfera pública onde, a partir de regras universais e pactuadas, o fundo público, em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da acumulação de capital, de um lado, e de outro, do financiamento da reprodução da força de trabalho atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais. (OLIVEIRA, 1998, p. 20)

A origem do Estado capitalista está intrinsecamente ligada à utilização de recursos públicos desde a chamada “acumulação primitiva“, na qual bens e propriedades foram privatizados e terras foram expropriadas. Porém, a mudança instaurada pelo Keynesianismo se situa na relação instituída entre o fundo público, os capitais particulares e a reprodução da força de trabalho na qual, segundo a tese explicitada por Oliveira (1998), o fundo público se torna a condição principal para

reprodução de cada capital particular e das condições de vida. De acordo com o autor:

(...) o fundo público é agora um ex-ante das condições de reprodução de cada capital particular e das condições de vida, em lugar de seu caráter expost, típico do capitalismo concorrencial. Ele é referencia pressuposta principal, que no jargão de hoje sinaliza as possibilidades de reprodução. (OLIVEIRA, 1998, p. 21)

De acordo com as análises de Oliveira (1998), o fundo público se insere na equação da formação da taxa de lucro, o que o torna um componente estrutural insubstituível. No que se refere à reprodução da força de trabalho, o autor destaca que o crescimento das despesas públicas, desde a década de 1960, nos setores de educação, saúde, pensões entre outros programas, significa a transferência para o financiamento público de parte dos gastos com a reprodução, uma tendência do sistema capitalista. Os gastos sociais com a reprodução da força de trabalho ou o “salário indireto” foram fatores que, aliados ao modo de produção fordista e aos enormes ganhos de produtividade, ascendeu o consumo de massas. Segundo o referido autor:

Alias a transferência para o financiamento público de parcelas da reprodução da força de trabalho é uma tendência histórica de longo prazo no sistema capitalista; a expulsão desses custos do “custo interno de produção” e sua transformação em socialização dos custos foi mesmo em algumas sociedades nacionais, uma parte do percurso necessário para a constituição do trabalho abstrato; nas grandes economias e sociedades capitalistas contemporâneas. (OLIVEIRA, 1998, p.22)

Oliveira (1998) problematiza que do crescimento do salário indireto (que se materializa no financiamento da reprodução da força de trabalho através do gasto público com a medicina socializada, educação pública, pensões e outros programas de garantia de recursos) decorre a liberação do salário direto para alimentar o consumo de massa. Segundo o autor, para que a ascensão do consumo de massa ocorresse, desde os fins da II Guerra Mundial, se combinaram de forma extraordinária o progresso técnico, a organização fordista da produção, os enormes ganhos de produtividade e o salário indireto. Desta forma, o fundo público se mostra estrutural ao capitalismo por se tornar o financiador da reprodução da força de trabalho.

O padrão de financiamento público fez emergir uma nova forma de competição que ocorre dentro de regras pré-estabelecidas e consensuais que, segundo Oliveira (1998), se materializam em pelo menos dois níveis: o dos

oligopólios e o dos capitais competitivos. Assim, o fundo público assume o papel da ponte invisível entre quem poupa e quem investe, relação descrita por Oliveira (1998):

A rigor, trata-se de uma relação ad hoc entre o fundo público e cada capital em particular. Essa relação ad hoc leva o fundo público a comportar-se como um anticapital num sentido muito importante: essa contradição entre um fundo público que não é valor e sua função de sustentação do capital destrói o caráter auto reflexivo do valor, central na constituição do sistema de valorização do valor. (OLIVEIRA, 1998, p.29)

De acordo com autor referenciado anteriormente, o valor passa a ter que necessariamente se reportar ao fundo público sem o que ele perde a capacidade de proceder à sua própria valorização. O autor analisa ainda que, a partir do fim da II Guerra Mundial, foi crescente a participação do salário indireto no salário total. Segundo Oliveira, esses bens e serviços seriam “antimercedorias sociais”, pois sua finalidade não é gerar lucros.

O fundo público, em resumo, é o antivalor, menos no sentido de que o sistema não mais produz valor, e mais no sentido de que os pressupostos da reprodução do valor contem em si mesmos, os elementos mais fundamentais de sua negação. Afinal, o que se vislumbra a emergência do antivalor é a capacidade de passar se a outra fase, em que a produção do valor, ou de seu substituto, a produção de excedente social, toma novas formas. E essas novas formas, para relembrar a asserção clássica, aparecem não como desvios do sistema capitalista, mas como necessidade de sua lógica interna de expansão. (OLIVEIRA, 1988, p.35)

Desta forma, o fundo público se torna estrutural ao capitalismo. Segundo Oliveira (1998):

O conceito de fundo público tenta trabalhar essa nova relação na sua contraditoriedade. Ele não é, portanto, a expressão apenas de recursos estatais destinados a sustentar ou financiar a acumulação de capital; ele é um mix que se forma dialeticamente e representa na mesma unidade, contem na mesma unidade, no mesmo movimento, a razão do Estado que é sociopolítica, ou pública se quisermos, e a razão dos capitais, que é privada. O fundo público, portanto, busca explicar a constituição, a formação de uma nova sustentação da produção do valor, introduzindo, mixando, na mesma unidade, a forma valor e o antivalor, isto é, um valor que busca a mais valia e o lucro, e uma outra fração, que chamo antivalor, que por não buscar per se, pois não é capital, ao juntar-se ao capital, sustenta o processo de valorização do valor. Mas só pode fazer isso com a condição de que ele mesmo não seja capital, para escapar, por sua vez, às determinações da forma mercadoria e às insuficiências do lucro enquanto sustentação da reprodução ampliada. (OLIVEIRA, 1998, p.53)

De acordo com Behring e Boschetti (2007), a tese apresentada por Oliveira (1998) é polêmica ao afirmar o fundo público como “antivalor”. De acordo com as autoras:

Essa tese é bastante polemica, ate mesmo em relação ao próprio raciocínio que vinha sendo construído pelo autor. Se seguirmos seu pensamento, segundo o qual o fundo público é estrutural para a geração de valor e o capital não prescinde dele para sua reprodução, parece contraditório não considerar o fundo público na reprodução geral do capital, através de subsídios, negociação de títulos públicos, de garantias de condições de financiamento, e até de reprodução da força de trabalho como fonte de criação de valor, o que não é infirmado pela tendência contemporânea de expulsão da força de trabalho pela introdução de tecnologias poupadoras de mão de obra, considerando também o lugar estrutural do exercito industrial de reserva.(BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p. 175-176)

As autoras em tela afirmam que o fundo público não pode ser considerado um antivalor por participar de forma direta e indireta na produção e reprodução do valor e, portanto:

O fundo público não gera diretamente mais valia, porem, tensionado pela contradição entre a socialização da produção e apropriação privada do produto, atua apropriando-se de parcela da mais valia, sustentando num processo dialético a reprodução da força de trabalho e do capital, socializando custos da produção e agilizando os processos de realização da mais valia, base da taxa de lucros que se concretiza com a conclusão do ciclo de rotação do capital.(BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p.176)

Em consonância com as ideias apresentadas por Behring e Boschetti (2006), Salvador (2010), em seus estudos, reafirma que o fundo público não pode ser considerado antivalor porque está presente indiretamente na reprodução do capital como fonte importante para realização do investimento capitalista; como fonte que financia a reprodução da força de trabalho através do salário indireto; pelas funções indiretas do Estado que se efetivam em investimentos na infraestrutura, nas renúncias fiscais para empresas e, ainda, pela transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública¹. (Salvador, 2010)

Assim, utilizamos as análises de Behring para expressar também nossa compreensão acerca da polemica promovida pelas ideias de Oliveira:

Talvez aqui tenhamos a necessidade, não da revisão da lei do valor em Marx conforme sugere Oliveira, mas de analisar mais detidamente os mecanismos de transformação da mais valia em salários, juros, lucros e renda da terra, e o lugar do fundo público no capitalismo contemporâneo que opera transferências de valor transmutando as nessas formas e favorecendo forças hegemônicas quanto a apropriação privada da mais valia socialmente produzida, ou participando diretamente da reprodução do capital e do trabalho por meio das variadas configurações da intervenção

¹ Aqui é importante explicitar, com todo o reconhecimento a importância das ideias apresentadas por Oliveira, que tendemos a concordar com as ideias apresentadas por Behring e Boschetti reconhecendo o lugar estrutural que o fundo público ocupa de forma direta e indireta no processo de reprodução ampliada do valor o que, portanto, não permite que este seja compreendido como um *antivalor*.

estatal, ainda que em suposta retomada do liberalismo (BEHRING, 2009,p.55)

Segundo Oliveira (1998), a crise do Estado Providência é frequentemente associada à produção de bens sociais públicos e menos à utilização dos fundos públicos na estruturação do capital, evidenciando o tom ideológico na crítica a crise. Assim, a chamada crise fiscal, de acordo com Oliveira (1998), está relacionada à disputa entre fundos públicos destinados à reprodução do capital e fundos de financiamento da produção de bens e serviços sociais públicos.

Segundo Salvador (2010), durante os anos do Keynesianismo/Fordismo, os recursos do fundo público foram canalizados para cumprir dois objetivos: a garantia da aposentadoria dos trabalhadores e a acumulação de reservas para investimento, sobretudo no setor de infraestrutura. De acordo com essa análise, a sustentação do sistema capitalista se revela impossível sem a existência do fundo público, pois foi a partir dos investimentos públicos nos setores de transporte e equipamentos sociais que foi viabilizado o consumo em massa e o acordo de pleno emprego.

Um aspecto importante do fundo público destacado por Oliveira (1998), reside nas mudanças no processo da luta de classes introduzidas por ele:

O processo de produção desse movimento, que busco conceituar no fundo público, é o processo da luta de classes. Mas é também o de seu deslocamento da esfera das relações privadas para uma esfera pública ou, dizendo de outra forma, o da transformação das classes sociais, públicas. O que sequer dizer com isso? Seria mais fácil dizer que há um deslocamento da luta de classes da esfera da produção, do chão da fábrica ou das oficinas ou ainda dos escritórios, para o orçamento do Estado. Mas, não apenas de fato, mas teoricamente, não é isso que se passa, pois tanto para que exista o fundo público quanto para que o processo de publicização das classes sociais se de, é absolutamente necessário que também continue a luta de classe na esfera da produção ou, se quisermos dizer, no confronto imediato e direto entre empregados e patrão. (OLIVEIRA 1998:53)

Oliveira (1998) analisa que a mudança operada pela atuação do fundo público como financiador e articulador do capital em geral mudou as condições da circulação de capitais e tornou a esfera pública e a democracia, conforme imagem usada pelo autor, “irmãs siamesas”. A expansão democrática não significou que o Estado de bem-estar deixasse de ser um estado classista, porém, ele também se distanciou, na concepção de Oliveira, da visão de Marx, que o reduzia ao “comitê executivo da burguesia”. Assim, a estruturação da esfera pública no interior desse Estado classista nega à burguesia a propriedade do Estado e sua dominação exclusiva,

tornando-o permeável a interesses diferentes da pura lógica do mercado e do capital. De acordo com Oliveira:

O ponto essencial é que as relações entre as classes sociais não são mais relações que buscam a anulação da alteridade, mas somente se perfazem numa perequação – mediada pelo fundo público -, em que a possibilidade da defesa de interesses privados requer desde o início o reconhecimento de que os outros interesses não apenas são legítimos, mas necessários para a reprodução social em escala ampla. (Oliveira 1998:41)

As mudanças operadas nas relações entre as classes, segundo Oliveira (1998), elevam a capacidade de representação e em sequência o papel e a função dos partidos políticos. Os partidos deixam de se identificar necessariamente por suas origens sociais com as classes e, nas palavras de Oliveira, “o que se torna absolutamente necessário é sua identificação com tais ou quais modos de processar essa relação social de preservação da alteridade” (1998)

Nesse contexto o autor destaca o papel da classe média que se especifica no decorrer do processo histórico do WelfareState como classe cuja propriedade reside na gestão da articulação entre público e privado e que possui interesses diferentes das outras classes. Acerca da classe média Oliveira destaca:

O processo de constituição da esfera pública especificou essas funções de forma ainda mais radical: para operar a articulação entre o público e o privado, foi necessária a constituição de um grupo social especial, que se converte em classe exatamente sem interesses dos tipos que caracterizam as classes sociais clássicas, o proletariado e a burguesia. (OLIVEIRA, 1988, p.42)

A partir da década de 1960, assistiu-se a disseminação do discurso do esgotamento do padrão de financiamento público do Estado Providência, responsabilizando-o, nos países industrializados, pelo déficit público. Sobre esse discurso Oliveira (1998) argumenta:

É este padrão que está em crise, e o termo “padrão de financiamento público” é preferível aos termos usualmente utilizados no debate, tais como “estatização” e “intervenção estatal”. O primeiro destes últimos leva a supor que a propriedade é crescentemente estatal, o que está muito longe do real, e o segundo induz a pensar se numa intervenção de fora para dentro, escamoteando o lugar estrutural e insubstituível dos fundos públicos na articulação dos vetores da expansão econômica. (OLIVEIRA, 1998, p.23)

A partir das décadas de 1960 e 1970 o capitalismo entra em uma nova fase de acumulação capitaneada pela financeirização e o desenvolvimento fordista e o Keynesianismo são colocados em xeque. Nessa nova fase o capitalismo revisita as inspirações liberais e lhe confere uma nova roupagem: o neoliberalismo.

Em consonância com as ideias de Oliveira (1998), Salvador (2010) afirma que o Welfare State passa a ser compreendido como o responsável pelo déficit orçamentário devido aos altos gastos do Estado com as políticas sociais.

Esse déficit orçamentário seria nefasto para a economia, porque enfraqueceria a poupança interna, levando ao aumento das taxas de juros e à diminuição do investimento privado. Por conseguinte, o déficit gera a emissão de moeda ou a concessão de crédito pelo sistema financeiro, ampliando a “criação de moeda”, portanto a oferta monetária e a inflação. A receita para enfrentar o déficit é um brutal corte dos gastos públicos, liberando recursos para a inversão privada. (SALVADOR, 2010, p.113)

De acordo com o autor, os neoliberais apontam que a saída para a crise gerada pelo déficit público seria a desregulação por parte do Estado, pois tal regulação inibiria os investimentos do capitalista e conseqüentemente impediria o desenvolvimento econômico e a geração de empregos. Assim, a alternativa estaria na desregulamentação do trabalho, o que atingiria os trabalhadores, nos termos de Behring (2007), quebrando sua espinha dorsal.

No que tange ao discurso neoliberal Oliveira afirma.

É típico da reação thatcherista e a reaganiana o ataque aos gastos sociais públicos que intervêm na nova determinação das relações sociais de produção, enquanto o fundo público aprofunda seu lugar como pressuposto do capital; veja-se a irredutibilidade da dívida pública nos grandes países capitalistas, financiando as frentes de ponta da terceira revolução industrial. (OLIVEIRA, 1998, p. 44)

A ideologia deflagrada pelo capitalismo concebe a saúde, a previdência, as políticas da seguridade social como produtos que devem ser adquiridos no mercado.

De acordo com Oliveira:

O ataque da direita aos gastos sociais públicos propõe, outra vez, em lugar do WelfareState, o Estado caritativo ou assistencialista. Tentando destruir a relação do fundo público com a estrutura de salários, a correção das desigualdades e dos bolsões de pobreza – que nos EUA já são imensos- será deixada à caridade pública ou a uma ação estatal evasiva e eventual. Isto é o melhor dos panoramas, pois convém não deixar de pensar no pior que seria uma mescla altamente perigosa de assistencialismo e repressão. (OLIVEIRA, 1998, p.46)

Segundo Oliveira (1998), o pensamento reducionista da direita disseminado pelo mundo inteiro não propõe o desmantelamento total da função do fundo público por compreender sua importância para a reprodução ampliada do capital. O referido autor destaca, por exemplo, que não foi retirada a função do Estado como comprador da indústria armamentista e do fundo público como fundo geral para pesquisa e inovação tecnológica.

Diante desta conjuntura, o autor destaca que a tese neoliberal compreende que a ultrafiscalidade do estado, mantidos os controles institucionais do Welfare State, pode ter chegado a limites que ameacem a acumulação de capital. Contrariando a tese da direita, Oliveira analisa que o período pós WelfareState consiste na demarcação dos lugares da utilização e distribuição da riqueza pública tornada possível pelo próprio desenvolvimento do capitalismo sob condições de uma forma transformada de luta de classe. De acordo com o autor:

Quando todas as formas de utilização do fundo público estiverem demarcadas e submetidas a controles institucionais, que não é o equivalente ao superior-Estado ou ao Estado máximo, então o Estado realmente se transformara no Estado mínimo. Trata-se da estrutura de um novo modo de produção em sentido amplo, de uma forma de produção do excedente que não tem mais o valor como estruturante. Mas os valores de cada grupo social, dialogando soberanamente. Na tradição Clássica, é a porta para o socialismo. (OLIVEIRA, 1988, p.48)

De acordo com Behring (2010), o processo de desregulamentação deflagrado nos últimos anos permitiu a presença de investidores gananciosos, que concederam de forma irresponsável créditos (em maioria na forma de hipoteca) para casa própria de trabalhadores assalariados de baixa renda, gerando um novo período de crise entre 2008 e 2009.

Então, nessa perspectiva, a crise seria de excesso de crédito sem escopo por parte dos devedores, gerando inadimplência e incapacidade dos bancos e instituições financeiras de sustentar essa grande oferta em condições de inadimplência. (BEHRING, 2010, p. 27)

Os impactos da crise do capital para o fundo público, de acordo com Berhing, ocorrem em duas dimensões: a primeira reside na sua formação, que implica reformas tributárias regressivas à medida que o fundo público se torna vital na contenção anticíclica da crise (o que implica também em renúncia fiscal para o empresariado sob o argumento de “proteger o emprego”); e, em segundo, na sua destinação, a qual, a partir do argumento de proteção do emprego, propicia, através das parcerias publico-privado, os processos de rotação do capital. Conforme destaca Berhing:

Esses são os movimentos que mostram que o fundo público tem um papel estrutural no circuito do valor, criando contra tendências à queda das taxas de lucro, atuando permanentemente e visceralmente na reprodução ampliada do capital. Os números da mais recente crise são contundentes, tanto quanto os indicadores do empobrecimento generalizado das maiorias, especialmente na periferia do mundo do capital, além do desemprego em expansão em todas as quadras do mundo, inclusive na China que vinha mantendo sua economia “aquecida”.(BEHRING, 2010, p.32)

O novo cenário capitalista impõe também mudanças na relação capital-trabalho, as quais incidem no financiamento de fundos públicos da seguridade social, uma vez que as poupanças financeiras, ou melhor dizendo, as contribuições de empresas e empregados, passam a ser canalizados para a compra de serviços como saúde e pensão fora da órbita estatal (SALVADOR, 2010). Aliado ao direcionamento de recursos públicos ao setor privado, o discurso reformista cria uma nova forma de propriedade, que se diz pública e não estatal. Acerca desta “nova forma de propriedade” que nos dedicaremos a refletir em nosso próximo item.

1.3- Reforma do Estado: o projeto privatista e a consequente disseminação das Organizações Sociais

A década de 1980 é marcada pela disseminação da tese neoliberal da crise fiscal do Estado e pela globalização da economia. De acordo com Bresser Pereira (1995):

A crise brasileira da última década foi também uma crise do Estado. Em razão do modelo de desenvolvimento que Governos anteriores adotaram, o Estado desviou-se de suas funções básicas para ampliar sua presença no setor produtivo, o que acarretou, além da gradual deterioração dos serviços públicos, a que recorre, em particular, a parcela menos favorecida da população, o agravamento da crise fiscal e, por consequência, da inflação. Nesse sentido, a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia. Somente assim será possível promover a correção das desigualdades sociais e regionais. (BRESSER PEREIRA, 1995, p.6)

Em nome dessa crise fiscal os idealizadores da reforma do Estado brasileiro identificam a necessidade de redefinição das funções do Estado.

A crise do Estado implicou na necessidade de reformá-lo e reconstruí-lo; a globalização tornou imperativa a tarefa de redefinir suas funções. Antes da integração mundial dos mercados e dos sistemas produtivos, os Estados podiam ter como um de seus objetivos fundamentais proteger as respectivas economias da competição internacional. Depois da globalização, as possibilidades do Estado de continuar a exercer esse papel diminuiriam muito. Seu novo papel é o de facilitar para que a economia nacional se torne internacionalmente competitiva. (BRESSER PEREIRA, 1996, p.1)

De acordo com Bresser, na medida em que o Estado via sua poupança pública tornar-se negativa, perdia autonomia financeira e se imobilizava. A crise de

governança, que no limite se expressava em episódios hiperinflacionários, tornava-se total e o Estado, de agente do desenvolvimento, se transformava em seu obstáculo. (Bresser Pereira, 1996)

A proposta de contrarreforma do Estado ganha impulso no cenário brasileiro na década de 1990, principalmente a partir dos governos de Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso (FHC).

O pleito eleitoral de 1989, que significava o tão aguardado desfecho do processo de democratização brasileiro, foi marcado pela disputa de dois projetos societários antagônicos dos quais o projeto reformador representado por Fernando Collor de Melo sai vitorioso. Collor defendia explicitamente a realização de reformas e o enxugamento do Estado e, segundo Behring (2008), apesar de eleito com expressiva votação Collor não detinha uma forte base de legitimidade que acaba por se espriar a partir da política instituída pelo presidente.

No governo FHC será criado o MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado – que terá como dirigente o economista Luís Carlos Bresser Pereira. Com o objetivo de empreender a reforma do Estado, o governo brasileiro, em 1995, encaminha ao Congresso o Plano Diretor da Reforma do aparelho do Estado. O referido plano objetivava criar as bases para implementação de uma administração gerencial que segundo seus formuladores, poderia reestruturar a administração pública em bases modernas e racionais.

A principal crítica feita pelos reformadores, a fim de justificar a necessidade de uma administração gerencial se assentava na ideia de que a Constituição de 1988 ao implementar uma forma de gestão burocrática considerada extremamente rígida criou amarras ao Estado. A gestão burocrática é caracterizada pelos reformadores da seguinte forma:

Administração Pública Burocrática - Surge na segunda metade do século XIX, na época do Estado liberal, como forma de combater a corrupção e o nepotismo patrimonialista. Constituem princípios orientadores do seu desenvolvimento a profissionalização, a idéia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional-legal. Os controles administrativos visando evitar a corrupção e o nepotismo são sempre *a priori*. Parte-se de uma desconfiança prévia nos administradores públicos e nos cidadãos que a eles dirigem demandas. Por isso são sempre necessários controles rígidos dos processos, como por exemplo na admissão de pessoal, nas compras e no atendimento a demandas.(BRESSER PEREIRA, PDR, 1995, p.15)

Cabe destacar, conforme evidencia SOUZA FILHO (2011), que o que Bresser Pereira desconsidera é que o aprofundamento democrático e a formulação de direitos são pilares para a construção de uma outra sociabilidade.

De acordo com seus propositores, a reforma do Estado demandava quatro componentes ou processos básicos, necessários para sua efetivação, que seriam:

A delimitação das funções do Estado, reduzindo seu tamanho em termos principalmente de pessoal, através de programas de privatização, terceirização e publicização

A redução do grau de interferência do Estado ao efetivamente necessário. A redução ocorreria através de programas de desregulação que pudessem aumentar o recurso aos mecanismos de controle via mercado, transformando o Estado em um promotor da capacidade de competição do país em nível internacional ao invés de protetor da economia nacional contra a competição internacional.

O aumento da governança do Estado, ou seja, da sua capacidade de tornar efetivas as decisões do governo, através do ajuste fiscal que devolve autonomia financeira ao Estado, da reforma administrativa rumo a uma administração pública gerencial (ao invés da burocrática), e a separação, dentro do Estado, ao nível das atividades exclusivas de Estado, entre a formulação de políticas públicas e sua execução.

O aumento da governabilidade, ou seja, do poder do governo, graças a existência de instituições políticas que garantam uma intermediação de interesses e tornem mais legítimos e democráticos os governos, aperfeiçoando a democracia representativa e abrindo espaço para o controle social ou democracia direta.

A partir destes componentes, o Plano diretor de reforma do aparelho do Estado concebeu o Estado em quatro setores importantes, cujas características seriam:

- 1- O núcleo Estratégico. Esse setor deveria ser exclusivo do Estado e se dedicaria à defesa do território, às relações diplomáticas e a preparar, definir e fazer cumprir leis. Seus formuladores acreditavam que ao Estado caberia o

controle absoluto sobre estas atividades, que deveriam ter administração centralizada e verticalizada e de propriedade estatal. É, portanto, o setor onde as decisões estratégicas são tomadas e corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, no poder executivo, ao Presidente da República, aos ministros e aos seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas.

2- Atividades Exclusivas. É o setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São serviços em que se exerce o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Essas seriam atividades não lucrativas e, portanto, deveriam permanecer como propriedade do Estado, embora defendesse sua execução a partir de agências autônomas, assegurando a flexibilização das relações de trabalho e dos controles da sociedade sobre as políticas públicas. Como exemplos de serviços que compõem esse setor podemos citar: a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, etc.

3- Serviços não exclusivos ou serviços sociais competitivos. Corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas. As referidas organizações seriam as OS's (organizações sociais), que constituem entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que deveriam celebrar contratos de gestão com o Governo sendo que o Estado disponibilizaria pessoal, recursos orçamentários e patrimônio e, em contrapartida, as organizações se responsabilizariam por um nível de atendimento. As instituições desse setor não deveriam possuir o poder de Estado e ficariam à disposição da livre disputa de mercado, que, na concepção de seus formuladores, promoveria a eficiência e o menor custo dos serviços sociais oferecidos. Essa proposta se assentava na ideia do desperdício da administração pública e dava a essas entidades o caráter público não estatal. São exemplos deste setor: as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus.

4- Produção de Bens e Serviços para o Mercado. Esse setor corresponde ao de serviços que na época eram constituídos por empresas públicas que garantiam o acesso da população a bens e serviços. Os propositores da reforma acreditavam que esse setor deveria ser transferido para o mercado e regulado por meio de agências. São exemplos desse setor os serviços de Água, Luz, Correios, Bancos, Pesquisas, etc.

De acordo com essa divisão foram propostas três formas de propriedade que seriam mais adequadas a cada setor: Estatal, privada e pública não estatal. Essas formas de propriedade foram caracterizadas por Resende (2008) da seguinte forma:

- 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. (RESENDE, 2008, p. 27)

De acordo com tais propostas, a delimitação das funções do Estado se efetivaria através da privatização, da terceirização e da publicização. A publicização está relacionada à propriedade pública não estatal e, de acordo com Bresser Pereira:

O processo de publicização deverá assegurar o caráter público, mas de direito privado da nova entidade, assegurando-lhes, assim, uma autonomia administrativa e financeira maior. Para isto será necessário extinguir as atuais entidades e substituí-las por fundações públicas de direito privado, criadas por pessoas físicas. Desta forma se evitará que as organizações sociais sejam consideradas entidades estatais, como aconteceu com as fundações de direito privado instituídas pelo Estado, e assim submetidas a todas as restrições da administração estatal. (Bresser Pereira 1996:23)

O objetivo da criação desta nova forma de propriedade residia na possibilidade de retirar do Estado a função de execução dos serviços considerados não “exclusivos do Estado” e destiná-los a organizações que não se submetem aos processos burocráticos considerados excessivamente rígidos. A proposta da instituição das organizações sociais no Brasil, feita pelo então dirigente do MARE, acreditava que o Estado deveria deixar de ser produtor de serviços, objetivando a recuperação da poupança pública, porém, suas propostas também deixam clara sua concepção de financiamento a partir do fundo público para essas organizações.

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. No plano econômico o Estado é essencialmente um instrumento de transferências de renda, que se torna necessário dada a existência de bens públicos e de economias externas, que limitam a capacidade de alocação de recursos do mercado. Para realizar essa função redistribuidora ou realocadora o Estado coleta impostos e os destina aos objetivos clássicos de garantia da ordem interna e da segurança externa, aos objetivos sociais de maior justiça ou igualdade, e aos objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento. (BRESSER PEREIRA, 1995, p.12)

Visando implantar a reforma do Estado, o governo Fernando Henrique Cardoso propõe emendas constitucionais consolidadas no documento chamado de Proposta de Emenda Constitucional e, segundo a análise de Rezende:

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. (Rezende 2008:26)

Entre as ações de reforma do Estado, Resende destaca que as medidas mais importantes daquele período foram:

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

As organizações sociais instituídas pela Lei 9637, de 15 de maio de 1998, segundo Simões (2007), passam a exercer serviços públicos até então atribuídos à administração direta estatal, que assume o papel de apenas supervisioná-las por meio de um contrato de gestão no qual são descritas as respectivas atribuições, responsabilidades e obrigações. O financiamento destas organizações é público,

podendo ter permissão para o uso de bens públicos e até mesmo a cessão de servidores públicos. De acordo com Simões:

Desde a Lei n.9637/98, algumas OS's vem sendo criadas, no entanto, segundo oportunidades de ultima hora. A inexigência de licitação pública, embora a organização receba verbas públicas, propicia o conluio de interesses, mitigando o papel do Estado e estimulando a minimização ou mesmo extinção do órgão público antecessor, que prestava o respectivo serviço público. Nos meios jurídicos, por isso, passaram a denominar-se de entidades fantasmas, constituídas ad hoc, algumas com sede e patrimônio próprio fictícios, vivendo exclusivamente por conta do contrato de gestão. (SIMÕES, 2007, p.390)

De acordo com a Lei n.9637/98, em seu art. 2^o são requisitos específicos, dentre outros, para que as entidades privadas habilitem-se à qualificação como organização social:

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

- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
- b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
- c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;
- d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
- e) composição e atribuições da diretoria;
- f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;

É importante destacar que a referida lei institui um conselho de administração deliberativo ao qual caberia as seguintes atribuições privativas:

- I - fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objeto;
- II - aprovar a proposta de contrato de gestão da entidade;
- III - aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;
- IV - designar e dispensar os membros da diretoria;
- V - fixar a remuneração dos membros da diretoria;
- VI - aprovar e dispor sobre a alteração dos estatutos e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros;
- VII - aprovar o regimento interno da entidade, que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e respectivas competências;
- VIII - 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;
- IX - aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela diretoria;

X - fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

Entre as atribuições privativas apresentadas, se destaca a possibilidade deste conselho administrativo dispor de autonomia para decidir sobre contratações, plano de cargos e salários, compras e alienações e, ainda, aprovar as contas anuais dessas organizações desconsiderando o controle social instituído pela Lei 8142 e evidenciando a intenção do Estado de se retirar da execução direta e garantir a transferência do fundo público ao setor privado.

Em 1999, visando fortalecer o direcionamento neoliberal, foi instituída a chamada Lei do Terceiro Setor, a Lei n. 9790/99 que criou as OSCIP's. A referida Lei *dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.*

De acordo com Simões:

Esta nova qualificação propicia um meio diferenciado de acesso a recursos públicos federais, estaduais e municipais, que é o termo de parceria. Até a sua instituição, a principal forma de transferência de recursos públicos, para o setor privado, no campo social, eram e continuam sendo os convênios, para os quais é exigido o registro no CNAS; e os contratos, cujos termos obedecem à lei de licitações (Lei n 8666 de 21/06/1993). O termo de parceria constitui-se, assim, em uma terceira alternativa.(SIMÕES, 2007, p. 382)

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's) caracterizam-se como organizações privadas que realizam atividades de interesse público cujo pedido de qualificação é dirigido ao Ministério da Justiça e cujos estatutos devem prever regras específicas de publicidade de sua prestação de contas. As OSCIP's cumprem o papel de efetivar, por parte do Estado, a entrega e execução das políticas sociais que ocorreram através da parceria estabelecida entre a organização e o poder executivo.

É importante ressaltar que a Lei do terceiro setor prevê o processo de qualificação das OS's em OSCIP's, mantendo as duas qualificações por um prazo de dois anos (prazo alterado em 2001 para cinco anos). O objetivo deste mecanismo é de fato possibilitar que essas entidades possam se tornar OSCIP's que ampliam a abrangência do projeto de privatização do Plano Diretor de Reforma do Estado.

Em consonância com as nossas ideias, Santos *apud* Resende (2008) afirma:

No caso das OSCIP, a prestação de serviços públicos, é transferida para as Organizações Não-Governamentais (ONGs), cooperativas, associações da

sociedade civil de modo geral, por meio de “parcerias” diferentemente do Programa de Publicização, que promove a extinção de órgãos ou entidades administrativas já existentes. Mas é caminho certo para que, em curto prazo, não sejam mais criadas ou mantidas entidades, na esfera pública, destinadas a prestação de serviços ou execução de atividades em diversas áreas. O Estado, enquanto tal, deixaria de estruturar-se, utilizando-se de uma forma contratual para atribuir, a entidades do setor privado, pré-existentes e que satisfaça os requisitos firmados nessa norma legal, a prestação de serviços à sociedade. (SANTOS apud RESENDE 2008:28)

A partir das reações contrárias à instituição das OS’ e Oscip’s, o governo assume uma nova estratégia, criando as fundações estatais e ,de acordo com Granermann:

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 atualizadas 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. (GRANEMANN, 2008, p.37)

A análise da autora evidencia a necessidade de compreendermos que as OS’s, Oscip’s e Fundações compõem o pacote reformador do Estado e constituem uma estratégia de realizar uma contrarreforma que no setor saúde, ataca seus princípios fundamentais inscritos pela CF de 88, principalmente no que se refere à universalidade e descentralização.

1.4- Caminhos e (des) caminhos da política de saúde no Brasil

O início do século XX no Brasil é marcado pelo processo de industrialização, que atraiu a população para as grandes cidades. Naquele momento histórico, o crescimento populacional das cidades, aliado à ausência de uma política pública de saúde, conformava um cenário de disseminação de doenças. A resposta dada às condições de saúde da população era restrita a campanhas de caráter higienista e policialesco. A organização dos trabalhadores aliada à cobrança, por parte dos empregadores, de condições para a reprodução da força de trabalho, eram dirigidas

ao Estado e mesmo a necessidade deste de se legitimar, provocam sua intervenção para garantir a saúde da população.

Em 1923, a partir da proposta da Lei Eloy Chaves, que institui a obrigatoriedade das Caixas de Aposentadoria e Pensão para algumas categorias, tem-se o primeiro esboço, que norteará a política pública a ser instituída por Vargas posteriormente.

De acordo com Behring (2007), as categorias profissionais² que tiveram as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) implementadas possuíam um lugar estratégico na economia brasileira, fundada na monocultura cafeeira e voltada para a exportação, responsável por 70% do PIB. Foi a partir da compreensão da importância da reprodução da força de trabalho, para atuar na produção e na exportação desse produto, que os direitos trabalhistas e previdenciários foram reconhecidos.

No período de 1929 a 1932, o cenário mundial vivenciou a crise internacional resultante da quebra da bolsa, cuja repercussão principal no Brasil, segundo Behring (2007), foi a mudança da correlação de forças no interior das classes dominantes até então lideradas pelas oligarquias cafeeiras. As oligarquias cafeeiras ficaram vulneráveis em face da paralisação mundial do mercado, o que permitiu que as oligarquias do gado e do açúcar alterassem a correlação de forças, diversificando a economia brasileira.

Sob a direção política de Getúlio Vargas, além do impulso às novas oligarquias, teve início um esforço regulatório do trabalho e do enfrentamento à questão social. Vargas buscou estabelecer o pacto de colaboração de classes, caracterizando o período compreendido entre 1930 e 1943 como os anos de introdução da política social no país. Acerca das medidas que visavam regular o trabalho no Brasil, Behring afirma:

Em relação ao trabalho, o Brasil seguiu a referência de cobertura de riscos ocorrida nos países desenvolvidos, numa sequência que parte da regulação dos acidentes de trabalho, passa pelas aposentadorias e pensões e segue com auxílios doença, maternidade, família e seguro desemprego. Em 1930, foi criado o Ministério do Trabalho, e em 1932, a carteira de Trabalho, a qual passa a ser o documento de cidadania no Brasil: eram portadores de alguns direitos aqueles que dispunham de emprego registrado em carteira. (BEHRING, 2007, p. 106)

² De acordo com Matos (2009) a primeira CAP criada foi a dos Ferroviários e, posteriormente dos marítimos e dos ferroviários. Essas CAP's prestavam assistência médica e benefícios previdenciários, mantidas por contribuições financeiras do empresariado e dos trabalhadores.

A restrição dos direitos à existência do vínculo formal de trabalho, o corporativismo e a fragmentação tornam-se as características basilares da política social brasileira, distante dos preceitos Beveridgianos.

Na década de 1930, as CAP's começaram a ser agrupadas nos chamados IAP's, os Institutos de Aposentadoria e Pensão, criados por Getúlio Vargas. Cabe ressaltar que as CAP's só foram totalmente extintas na década de 1950, sendo que, em 1954, foi promulgado o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (MATOS, 2009).

Os IAP's eram orientados pela lógica do seguro social, no qual, mediante contribuição, os trabalhadores tinham acesso a determinados benefícios ligados ao risco da perda da capacidade para o trabalho como, por exemplo, velhice, doença e morte.

Diferente das CAP's, os IAP's são inseridos na esfera estatal com custeio por parte do Estado e sua direção contava com a participação dos trabalhadores, o que se tornou um eficaz mecanismo de cooptação dos dirigentes sindicais. Os benefícios prestados pelos IAP's não possuíam uma uniformidade, variando de acordo com o grau de organização de cada corporação profissional e da sua capacidade de arrecadação.

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, sendo que até então não existia uma política de saúde pública nacional com intervenção estatal. No primeiro formato que a política de saúde assume, a intervenção do Estado se dá a partir de dois eixos: a saúde pública, que conduzia as campanhas sanitárias, e a medicina previdenciária, ligada aos IAP's.

A unificação e a uniformização dos IAP's tornaram-se uma pauta constante desde o final do governo Vargas, que culminou na Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960. A LOPS uniformizou os IAP's, garantiu a assistência médica e a realização da III Conferência Nacional de Saúde em 1963, cuja deliberação mais significativa foi a sua municipalização.

Em 1964 o Brasil vivencia o golpe militar, que é resultante de uma estratégia de raízes internacionais, as quais tinham por finalidade internacionalizar o capital e imobilizar as forças que se dirigiam para a implementação do socialismo. De acordo com Bravo (2010):

A ditadura desenvolveu e modernizou o aparelho estatal, de modo a garantir a estabilidade social e política conveniente ao capital financeiro nacional e estrangeiro. A violência estatal se transformou em poderosa força produtiva

ao controlar a classe operaria, favorecendo a produção de uma taxa extraordinária de mais valia. O capital financeiro, sob condições monopolísticas, passou a determinar a fisionomia e o movimento do Estado. (BRAVO, 2010, p.39)

Bravo afirma que a ditadura formou um Estado estranho, estrangeiro e inimigo, que anulou o cidadão, desenvolvendo o controle sobre todas as esferas de sua vida. O estado ditador, segundo a autora, buscou, no período de 1964 a 1974, conjugar o binômio assistência-repressão, implementando uma política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal. A finalidade desse formato da política assistencial era suavizar as tensões, conseguir legitimidade para o regime e, também, servir de mecanismo de acumulação do capital.

Em 1966 os IAP's são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que modernizou a máquina estatal, aumentando seu poder regulatório. Os programas de saúde e educação desenvolvidos pelo regime militar reproduziram, na política social, a orientação da política econômica e privilegiaram o setor privado. Segundo Bravo:

Na perspectiva da elite dirigente tecnoburocrata, as deficiências na saúde pública se caracterizavam ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada; os problemas de saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços. As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob a responsabilidade do setor previdenciário. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, como a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve, no período, um declínio maior que aquele ocorrido no início dos anos 60, e a medicina previdenciária cresceu principalmente, após a reestruturação do setor em 1966. (BRAVO, 2010, p.42)

No período compreendido entre 1968 a 1974, sob a égide da previdência social, os programas setoriais de atenção médica se integraram e organizaram o funcionamento e o financiamento desses programas. Os departamentos de medicina social, apesar de crescentes em número e importância, tiveram que se subordinar às determinações assistencialistas na atenção médica.

Acerca desse período, Teixeira (2006) afirma que algumas tendências se acentuaram na organização do sistema de saúde, quais sejam:

- Extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural.
- Reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo.
- Desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica, orientado em termos da lucratividade, propiciando a mercantilização e o empresariamento da medicina através da alocação preferencial dos recursos previdenciários para compra de serviços aos prestadores privados.
- Viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e de consumo de medicamentos.

O período compreendido entre 1974 e 1979 foi marcado pela distensão política, no qual o Estado ditador passou por crises e reformas. A crise do milagre econômico acarretou a elevação do desemprego e consequente pauperização das classes trabalhadoras; a disseminação de doenças infecciosas e o aumento da mortalidade infantil, que geraram tensões sociais e violência urbana difíceis de serem controladas pelo Estado, uma vez que enfrentava também déficits no orçamento público. As insatisfações geradas na população foram refletidas nas eleições de 1974 para o poder Legislativo, com votação maciça contra o sistema, elegendo mais deputados do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) que a Aliança Renovadora Nacional (ARENA).

O governo cria, nesse período, o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que conforma transformações organizacionais e institucionais para o setor saúde através da criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que se tornou responsável pela assistência médica governamental; e a Lei do Sistema Nacional de Saúde, que sacraliza a dicotomia do sistema. Ao MPAS coube as ações assistenciais e ao Ministério da Saúde o caráter normativo e ações de interesse coletivo.

A insatisfação com a política de saúde vigente fez emergir um movimento contestatório denominado Movimento de Reforma Sanitária. O referido movimento, articulado pelo Centro de Estudos Brasileiros em Saúde, reunia importantes

sujeitos coletivos como a ABRASCO, movimentos dos trabalhadores, como o sindicato dos médicos, e movimentos populares, que passam a participar de encontros populares pela saúde (TEIXEIRA, 2006).

No final de 1981 o governo criou o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que propunha oficialmente mudanças no modelo privatizante, como a descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos nas esferas municipal, estadual e federal. Dentro do plano, a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS) avançou na adoção dos princípios da universalidade, equidade e de integração dos serviços de saúde.

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que representa um marco histórico na política de saúde brasileira. A Conferência reuniu mais de 4500 pessoas, sendo 1000 delegados e seu produto final subsidiou o texto Constitucional de 1988.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde foi aprovada a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde, o SUDS, que representou o passo decisivo para o processo de descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal.

Em 1988 ocorre a promulgação da Constituição Federal, na qual, após um embate de interesses na arena da Assembleia Constituinte, polarizada por aqueles que representavam os grupos empresariais e pelas forças do Movimento de Reforma Sanitária, foi conformada, a partir de uma série de acordos coletivos, a política de saúde brasileira. (Bravo 2010).

De acordo com Teixeira, apud Bravo (2010), os principais pontos aprovados na nova Constituição, referentes à política de saúde, foram:

- o direito universal à saúde é o dever do Estado, acabando a discriminação entre segurado/ não segurado, rural/urbano;
- as ações e serviços de saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- a constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com a participação da comunidade;

- a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para a subvenção a instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;

Apesar de alguns avanços, o texto constitucional abre espaço para a participação, de forma complementar, da iniciativa privada no sistema de saúde brasileiro, realizando ações em suas próprias instalações e com seus próprios recursos humanos e materiais mediante contratos ou convênios, conforme cita o artigo 199³.

Foi a partir da década de 1990, em pleno contexto de contrarreforma neoliberal, que o SUS foi implementado, o que irá incidir profundamente em sua materialização.

Conforme afirmamos anteriormente, em 1989 com a vitória de Fernando Collor de Melo institui-se um governo de orientação neoliberal que representará um claro ataque ao Estado, propondo seu enxugamento, sobretudo no que se refere aos direitos sociais adquiridos pela CF de 88. No campo da saúde, o então presidente

³ De acordo com Resende (2008)), a abertura à participação da iniciativa privada, aliada aos ideais neoliberais, decorrerá em problemas previsíveis, que, segundo a autora são:

- 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 OS's, continuarão vinculados aos seus órgãos de origem, integrando um “Quadro em Extinção”, desenvolvendo atividades para o setor privado;
- e) com as OS's e as OSCIP, vislumbram-se a implementação da terceirização de serviços públicos como regra e o fim do Concurso Público, forma democrática de acesso aos Cargos Públicos;
- f) desprofissionalização dos Serviços, dos Servidores Públicos e desorganização do processo de trabalho em saúde;
- g) flexibilização dos contratos de trabalho;
- h) desmonte da Gestão Única do SUS;
- i) recentralização da gestão de várias políticas públicas e da gestão do SUS nos Ministérios e nas Secretarias de Estado;
- j) a hierarquização dos serviços de saúde estará comprometida, na medida em que cada serviço terceirizado/privatizado tem em si a característica de autonomia em relação à Administração Pública e ao SUS. Fica comprometido o Sistema de Referência e Contra-Referência.

Collor realizou vetos ao texto constitucional, principalmente naquilo que se referia à participação social e ao financiamento da política de saúde. A participação popular é regulamentada posteriormente pela Lei 8142/90.

Após as denúncias de corrupção, que culminaram no movimento pelo impeachment de Collor, o presidente deixa o governo e assume Itamar Franco. Apesar de não ter realizado reformas significativas direcionadas ao desmonte das políticas públicas, no governo Franco o plano Real será criado.

O plano real contribui para a eleição posterior do então Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso e cria as bases para a implementação do ajuste econômico proposto pelo FMI. Durante o governo FHC, que tem início em 1995, as políticas públicas, e entre elas a política de saúde, foram frontalmente atacadas e o processo de contrarreforma ganhou força.

Objetivando implementar as mudanças de caráter neoliberal, FHC institui o Ministério da Reforma e Administração do Estado (MARE), que será comandado pelo economista Bresser Pereira. Ao analisar a política do Estado, proposta por FHC, Souza Filho afirma:

A política implementada pelo Governo Fernando Henrique para viabilizar o desenvolvimento do país é marcada por forte orientação neoliberal: privatizações indiscriminadas e com possibilidade de utilização de “moeda podre” para compra de estatais; reforma da previdência baseada em ônus para os trabalhadores; diminuição da máquina administrativa e enfraquecimento da intervenção social do Estado; inserção subordinada do país ao mercado internacional, dentre outras. Assim reafirma-se um projeto de internacionalização subordinada ao capital internacional, agora hegemônico pela sua fração financeira, através de um processo facilitado de transferência patrimonial do Estado para empresas privadas e de redução da intervenção distributiva do Estado na sociedade. (SOUZA FILHO, 2010, p.169)

Será assim, a partir de um discurso que prega a burocracia estatal como prática arcaica, que cria amarras à gerência do Estado por submetê-lo aos processos licitatórios e de contratação de recursos humanos, o “inchaço” da máquina estatal, que teria assumido funções para além do que deveria ser competência do Estado e em nome da “governabilidade” que Bresser Pereira dissemina sua proposta de contrarreforma.

A proposta feita por Bresser Pereira, pautada na ineficiência do Estado, busca negar a essência da crise, que se assenta no próprio sistema capitalista. De acordo com Bravo e Matos

A aparente polemica sobre a reforma do Estado se pauta na ineficiência deste -como se fosse inexorável - travestindo a de um tecnicismo, já que a

crise nunca é entendida como uma crise orgânica do capitalismo. Como lembra Guerra (1998), é como se não houvesse uma crise econômico política. A crise passa a ser centrada como se fosse apenas um modelo de Estado, que, caso mude – e conseqüentemente a sua forma de administração - , ira resolver a situação da crise instalada. Fica claro que a solução para o encaminhamento seria o Estado abrir mão de sua responsabilidade para com as políticas sociais. (BRAVO e MATOS, 2008, p.206)

A proposta de Bresser concebe a divisão do Estado em quatro setores: o núcleo estratégico, composto pelo judiciário, legislativo, presidência e cúpula ministerial, que deveria se dedicar à formulação de leis e políticas públicas; o núcleo de atividades exclusivas do Estado, composto pelas ações que regulamentam, policiam, regulam e, como sua própria denominação define, somente devem ser desempenhados pelo Estado; o setor de produção de bens e serviços, composto por empresas e que, por seu papel, deveriam ser privatizadas; e os serviços sociais e científicos, que não deveriam ser privatizados pela importância que detêm. Ocorre, porém, que estes não deveriam ser executados pelo Estado, sendo os serviços que materializam as políticas sociais e, na concepção de Bresser, deveriam ser delegados ao setor público não estatal.

Posteriormente nos dedicaremos à apresentação dos efeitos nefastos da disseminação da chamada esfera pública não estatal, especialmente no que concerne ao setor saúde.

Em 2002 chega ao governo Federal o Partido dos Trabalhadores através da presidência de Luiz Inácio Lula da Silva. O governo Lula é emblemático considerando pelo menos dois aspectos: o significado que esse governo tinha para as esquerdas, que esperavam por esse momento desde o fim do regime militar e o fato de sua proposta de governo em 2002 se distanciar de um projeto realmente de esquerda. De acordo com Bravo e Menezes:

Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, acreditava se que, no Brasil, estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentaria as políticas de ajuste. Não se esperava transformações profundas, diante dos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social. (BRAVO e MENEZES, 2011, p. 15)

Conforme evidencia Matos (2009), a estratégia utilizada pelo governo Lula manteve a política macroeconômica do governo anterior e em algumas áreas a aprofundou. Prova material dessa condução pode ser evidenciada na continuidade da DRU, na manutenção do superávit primário, na continuidade do pagamento da

divida, na reforma da previdência e na proposição, já em seu segundo mandato, da Emenda Constitucional - PEC 233/08, que segundo Bravo e Menezes

(...) propõe profundas alterações no sistema tributário nacional, com vistas à sua simplificação e desburocratização, eliminação da guerra fiscal, desoneração parcial da tributação sobre a folha de salários, eliminação de distorções e cumulatividade e aumento da competitividade econômica. Tal proposta traz graves consequências ao financiamento das políticas sociais no Brasil, ameaçando de forma substancial as fontes exclusivas que dão suporte às políticas de Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social), Educação e Trabalho. (BRAVO e MENEZES, 2011, p.18)

A grande questão não é o debate da necessidade de uma reforma tributária, que representa um anseio de toda a sociedade, e sim o projeto societário que orienta essa reforma e que propõe retirar o financiamento da seguridade Social brasileira e aprofundar a oneração sobre a classe trabalhadora.

Em seus estudos, Bravo e Menezes evidenciam algumas estratégias do governo Lula, como fortalecer o Programa de Saúde da Família, enfatizando a necessidade de fornecer atenção básica para todos, e que se inserem entre as ações do Estado e, ao mesmo que tempo, identifica um problema de gestão dos hospitais universitários e propõe a criação das fundações públicas de direito privado.

As fundações fazem parte do “pacote” de propostas elaboradas por Bresser Pereira e têm a intenção de ocupar todas as políticas sociais, sendo que seu avanço no campo da saúde tem se desenvolvido com notória rapidez.

O apoio do governo às fundações ficou evidente na 13ª Conferência Nacional de Saúde, sobre a qual Bravo e Menezes afirmam:

A questão preocupante após a 13ª CNS é o fato do ministro da Saúde não aceitar a decisão da mesma com relação ao projeto de Fundação Estatal de Direito Privado, continuando a defendê-lo e a mantê-lo no Programa Mais Saúde, conhecido como PAC Saúde, apresentado à nação e ao Conselho Nacional de Saúde no dia 5 de dezembro de 2007. (BRAVO e MENEZES, 2011, p.21)

A relação entre o controle social e o governo tem se tornado cada vez mais tensa, principalmente no que se refere à proposta privatizante do setor saúde. O governo, utilizando claramente os preceitos neoliberais de Bresser Pereira, tem avançado na proposição das OS's, OCIPS e Fundações, negando que elas constituam uma estratégia de fortalecimento do setor privado enquanto o controle social questiona sua constitucionalidade.

Em 2011 assume a presidência da república Dilma Roussef, cujas ações caminham no mesmo sentido do governo antecessor, negando suas estratégias privatizantes e acirrando a tensão com o controle social. Prova dessa tensão foi o

desfecho da 14ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 2011, quando o produto aprovado em plenária final rejeitou todas as propostas privatizantes e o governo, através do Ministro da Saúde Alexandre Padilha, apresentou uma “carta” a ser divulgada como documento final da Conferência. A referida carta, diferentemente do relatório final aprovado, se diz contra a privatização, sem explicitar seu conceito, evidenciando principalmente a nova estratégia do governo, que busca convencer a sociedade que as fundações possuem um caráter diferente das organizações sociais e OCIPS rejeitadas pela sociedade.

Neste momento acreditamos ser necessário apresentar como tem ocorrido a disseminação da proposta privatizante em âmbito nacional e suas consequências. Assim, no próximo item nos dedicaremos a esse debate.

1.4 A inserção das OS no setor saúde: subsídios para o debate

Conforme evidenciamos anteriormente, as OS's, OSCIP's e fundações fazem parte da estratégia reformista do Estado que visa o seu enxugamento. Tal proposta ganha impulso no cenário brasileiro na década de 1990, quando sob direção do então presidente Fernando Henrique Cardoso grande parte do arcabouço de sustentação jurídico legal do projeto reformista é formulado.

Apesar de ter seu início de desenvolvimento em um governo de claro direcionamento neoliberal, o projeto privatista continua se desenvolvendo no âmbito das gestões do Partido dos Trabalhadores. Neste item, nos dedicaremos a apresentar as principais consequências da disseminação desse projeto reformador no âmbito do setor saúde.

Granemann (2008) elenca os principais malefícios que as organizações sociais produzem para os trabalhadores, evidenciando a precarização da forma de contratação dos trabalhadores; a inexistência de um regime jurídico único de contratação, permitindo formas diversas de organizar a força de trabalho, diminuindo sua capacidade de mobilização e, por fim, a inexistência de contribuição por parte das Os's para a constituição do fundo público, apesar de ter seu financiamento viabilizado por este. Segundo a autora, essa não contribuição só é

possível pelo caráter jurídico destas organizações, as quais, ao prestarem serviços de cunho social, gozam de imunidade tributária.

É importante ressaltar que a disseminação das organizações sociais na saúde não têm ocorrido sem tensionamento, pelo contrário, o campo da saúde tem resistido a partir de movimentos organizados. Exemplo desta afirmação é a existência do movimento denominado Frente Nacional contra a Privatização da Saúde⁴, formado por Fóruns de Saúde de diversos estados, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, projetos universitários e várias entidades de âmbito nacional.

A Frente Contra a Privatização tem denunciado as diversas estratégias por parte dos governos que visam implementar leis que regulamentam a disseminação das organizações sociais e, para tanto, construiu o documento *“Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”*.

O referido documento apresenta os fatos ocorridos, nos estados e municípios brasileiros que já implantaram as Organizações Sociais (OS's), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's) e fundações como modelo de gestão dos serviços públicos na área da saúde e seus consequentes prejuízos à sociedade.

Conforme explicitado anteriormente, a Lei 6.937/98 dispensa as organizações sociais de realizar processo de licitação para aquisição de bens e serviços, além de destinar a prestação de contas de seus recursos ao Conselho Administrativo, o que tem aberto precedentes para o desvio do erário, conforme já apontado por Simões (2007), e visa deslegitimar o espaço institucional de controle social.

Acerca de tal afirmação é possível citar o exemplo da cidade de São Paulo, na qual uma operação contra o desvio de receitas envolvendo a Polícia Federal, a Controladoria Geral da União, a Receita Federal e o Ministério Público obteve como resultado, de acordo com o documento Contra Fatos, a explicitação de que uma das organizações investigada faturou mais de R\$ 1 bilhão nos últimos cinco anos e que, desse montante, R\$ 300 milhões teriam sido desviados em favor de pessoas e empresas que participavam do projeto envolvendo a entidade e o poder público. De acordo com o documento Contra Fatos:

Essas fraudes ocorrem também camufladas nas compras de equipamentos, como é o caso da Organização Social Amplus que deixou de operar serviços de raios-X e ultrassonografia em 58 unidades do estado de São Paulo sem ao menos ter instalado os equipamentos exigidos no contrato de

⁴ Colocar as entidades q compõe a frente

R\$ 108 milhões feito com a prefeitura. Essa OS é acusada de “fraudes trabalhistas e sonegação de ao menos R\$ 1,2 milhões, na qual a Secretaria Municipal de Saúde é considerada corresponsável.” Frisando o fato de que há “dois anos o Tribunal de Contas do Município (TCM) apontou as irregularidades, mas o contrato vigorou até o fim”. (BRAVO e MENEZES, 2011, p.66)

Ainda no rol de denúncias do documento Contra Fatos, é apresentada a matéria do Jornal Folha de São Paulo de 10/08/2010, que, segundo relato de um grupo de vereadores visitantes no Hospital Municipal São Luiz Gonzaga, foi constatado que a OS Irmandade da Santa Casa de São Paulo não vinha realizando ultrassons e raios X apesar de ter uma verba de R\$1 milhão por ano para realizá-los, porém, segundo a referida OS, os exames não estavam sendo realizados devido à falta de demanda.

Outro fato ocorrido também em São Paulo evidencia que uma OS criada por empresários da construção civil ganhou a autorização da prefeitura para gerenciar unidades de saúde e que contratou a empresa do filho do dono da OS para realizar atendimentos, caracterizando uma “quarteirização”. Tais denúncias corroboram a afirmativa de que o poder público não possui meios de fiscalizar as ações das OS’s e que elas representam a estratégia de privatização camuflada de terceirização.

A constitucionalidade das organizações sociais tem sido questionada pela sociedade brasileira partindo da compreensão de que representa um ataque frontal ao sistema de saúde e às garantias constitucionais. A partir desta compreensão, foi apresentada pelos requerentes Partido dos Trabalhadores e Partido Democrático Trabalhista ao Supremo Tribunal Federal a Ação Direta de Inconstitucionalidade, a ADIN 1923/DF. A referida ADIN tem como interessados a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Academia Brasileira de Ciências e Sindicato dos Trabalhadores e Servidores em Serviços de Saúde públicos, conveniados, contratados e/ou consorciados ao SUS e previdência do Estado do Paraná – SINDSAÚDE/PR.

No STJ, a relatoria da ADIN 1923 foi atribuída ao Ministro Ayres Britto, que expediu sua compreensão sobre a matéria. Após analisar os pontos apontados na ADIN, que expressam a inconstitucionalidade das Organizações Sociais reguladas pelas Leis Nº 9.637/98 e Lei Nº 9.648/98, o Ministro afirma julgar procedente a ação “em partes”. Segundo Britto:

25. Têm razão os autores quando impugnam o que se convencionou chamar de “*Programa Nacional de Publicização*”. Programa que, nos termos

da Lei 9.637/98, consiste na “*absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas no art. 1º, por organizações sociais, qualificadas na forma desta Lei*” (art. 20). Em outras palavras, órgãos e entidades públicos são extintos ou desativados e repassados todos os seus bens à gestão das organizações sociais, assim como servidores e recursos orçamentários são igualmente repassados a tais aparelhos ou instituições do setor privado. Fácil notar, então, que se trata mesmo é de um programa de **privatização**. Privatização, cuja inconstitucionalidade, para mim, é manifesta. (BRITTO,2010)

De acordo com a compreensão do Ministro, a Constituição determina quanto aos serviços estritamente públicos, que o Estado os preste diretamente ou sob concessão, permissão ou autorização e que, porém, o que faz a Lei 9.637/98, em seus artigos 18, 19, 20, 21 e 22, ao estabelecer a “publicização”, é certificar que o Estado pode transferir para a iniciativa privada toda a prestação de serviços públicos de saúde, educação, meio ambiente, cultura, ciência e tecnologia. De acordo com a interpretação de Ayres de Britto essa lei parece juridicamente aberrante, pois não se pode forçar o Estado a deixar de prestar serviços públicos por essa ser sua própria postura operacional.

No que tange ao repasse de verbas, o Ministro afirma:

26. Realmente, o problema não está no repasse de verbas públicas a particulares, nem na utilização, por parte do Estado, do regime privado de gestão de pessoas, de compras e contratações. A verdadeira questão é que ele, Estado, pelos arts. 18, 19, 20, 21 e 22 da Lei 9.637/98 (dispositivos que falam em “*absorção*”, por organizações sociais, das atividades desempenhadas por entidades públicas a ser extintas) ficou autorizado a abdicar da prestação de serviços de que, constitucionalmente, não pode se demitir.(BRITO, 2010)

A compreensão do Ministro ratifica a concepção de que as organizações sociais representam uma abdicação do Estado em prestar serviços a que está obrigado constitucionalmente, porém, o mesmo não compreende como inconstitucional a adoção de gestão de pessoas, de compras e contratações. Conforme citado anteriormente, a experiência da prestação de serviços, realizada pelas Organizações Sociais, tem evidenciado o mal uso de recursos, a precarização de vínculos de trabalho e a compra de insumos com dispensa de licitação, que pode ter como consequência o estabelecimento de relações clientelistas, ferindo o princípio da moralidade da administração pública. Tal afirmação é explicitada pelos dados contidos no documento Contra Fatos.

No estado do Rio Grande do Norte foi movida uma ação Direta de Inconstitucionalidade, na qual o Tribunal de Justiça Estadual se posiciona favorável à inconstitucionalidade da Lei das OS's. Segundo o documento Contra Fatos:

Os desembargadores do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, em sessão plenária, em unanimidade de votos, julgaram procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade, movida pelo Ministério Público, contra a prefeita de Natal e o presidente da Câmara Municipal, para declarar a inconstitucionalidade do inteiro teor da Lei Municipal nº 6.108/2010, por violar à Constituição Estadual. (...)A Ação Direta de Inconstitucionalidade (nº ressaltou que cabe ao Estado e aos Municípios as atividades elencadas no artigo 1º da Lei nº 6.108/2010, não podendo a iniciativa privada vir a substituir o Poder Público no cumprimento de seus deveres constitucionais, mas apenas auxiliá-lo de forma subsidiária e com recursos próprios. Afirmou ainda que o diploma legal afronta os preceitos dos artigos 19, incisos II e VII, 125, 128, incisos II e III, 129 134, 135, 138, 143 144, 147 e 150, todos da Constituição Estadual, já que autoriza a transferência de atribuições próprias do Poder Público para instituições regidas pelo direito privado, bem como de recursos públicos para financiamento das atividades a serem desenvolvidas por estas instituições.(Bravo e Menezes 2011: 68)

A decisão do TJRN corrobora a decisão do Ministro Ayres de Britto no que tange ao repasse de atribuições do Estado para a iniciativa privada, caracterizando uma desresponsabilização por parte do mesmo.

Em todo o país, o governo tem apresentado propostas de leis estaduais e municipais que objetivam qualificar a adoção do modelo de gestão de serviços públicos por organizações sociais. No estado da Paraíba, no dia 27 de setembro de 2011, após um processo de mobilização social feito pelo Fórum Paraibano em Defesa do SUS, a Comissão de Constituição e Justiça da Assembléia de Deputados votou pela inconstitucionalidade da lei que seguiu para o plenário da Assembleia.

É importante destacar que, conforme matéria⁵, divulgada no dia 20 de agosto, a OS Cruz Vermelha, que administra o Hospital de Trauma e Emergência Paraibano, é acusada de manter um número de CNPJ que não condiz com aquele escrito no contra cheque dos trabalhadores desta organização. Apesar da luta do Fórum no dia 8 de outubro a lei estadual das OS's foi promulgada e divulgada no diário oficial.

No estado do Mato Grosso, a gestão do hospital público Metropolitano de Várzea Grande por uma OS o "IPAS" (Instituto Pernambucano de Assistência à

⁵<http://paraibahoje.wordpress.com/2011/08/20/ministerio-público-investiga-possibilidade-de-uso-de-cnpj-falso-pela-cruz-vermelha/>

Saúde) também foi considerada inconstitucional pela juíza federal Célia Regina Ody Bernardes por representar a retirada de uma responsabilidade do Estado.

No que tange ao volume dos recursos públicos destinados às organizações sociais o documento *Contra Fatos* ressalta que:

Segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), é de R\$ 120 milhões o total de verba federal que não teve prestações de contas apresentadas ou ainda não analisadas de termos de parceria, instrumento de uso exclusivo das OSCIPs. Segundo análise do Sistema de Gerenciamento do Orçamento Paulista (Sisgeo), de 2006 a 2009, o Estado de São Paulo repassou para as instituições terceirizadas o equivalente à 40% de seus recursos públicos. São Paulo gasta 25% de seus recursos com essas instituições, valor que representa o que todos os estados brasileiros investem no setor privado. (BRAVO e MENEZES, 2011, p.66-67).

Os dados apresentados corroboram a concepção de que as organizações sociais representam a destinação do fundo público ao setor privado e desrespeitam a previsão constitucional de controle social das verbas públicas.

No âmbito das experiências de parceria com as organizações sociais, o estado de São Paulo, conforme as experiências apresentadas anteriormente, tem se destacado no “quesito” entrega da gestão de serviços públicos a OS’s e, a partir da avaliação das contas destas organizações, o Tribunal de Contas Estadual emitiu, em 2010, o documento *“Comparação de Hospitais Estaduais Paulistas: Estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde”* de autoria do Conselheiro Relator Renato Martins Costa. De acordo com Costa:

De cunho eminentemente descritivo, o presente trabalho comparou seis estabelecimentos hospitalares estaduais com modelo de gerência diferentes (Administração direta e Organização Social da Saúde) procurando evidenciar as diferenças e semelhanças existentes na oferta de serviços públicos aos cidadãos (contribuinte, usuário ou cliente) do SUS-SP. (COSTA, 2010, p.91)

Durante o governo do estado de São Paulo de Alberto Goldman, em 2010 foi sancionada a Lei Complementar nº 1.131, que prevê a destinação de 25% dos leitos de hospitais geridos por OS’s a usuários que possuam convênios e planos de saúde. Tal proposta é justificada por seus defensores que acreditam que essa seria uma forma de arrecadar mais recursos, pois cerca de 20% dos pacientes atendidos possuem convênios e são tratados “gratuitamente”. Tal afirmação, demonstra o completo dissenso da Lei em relação à política de saúde brasileira que se propõe universal e gratuita. Por compreender que tal lei criaria a “dupla porta” em hospitais

que foram inclusive construídos com recursos públicos, o Ministério Público entrou com uma Ação Civil Pública requerendo a suspensão do decreto que regulamentou a Lei 1.131 e teve Liminar concedida.

Acerca da proposta do governo de São Paulo, o CNS, evidenciando mais uma vez sua posição, contraria a medidas privatizantes resolveu

Posicionar-se contrariamente à Lei Complementar nº 1.131/2010, ao Decreto nº 57.108/2011 e à Resolução nº 81/2011, do governo do Estado de São Paulo, que permitem direcionar até 25% dos leitos e outros serviços hospitalares do SUS que têm contrato de gestão com Organizações Sociais, para atendimento a “pacientes particulares ou usuários de planos de saúde privados”. (RESOLUÇÃO, CNS nº 445, de 11 de agosto de 2011)

O governo do Estado de São Paulo recorreu para derrubar a liminar, porém, o desembargador José Luiz Germano do Tribunal de Justiça de São Paulo a manteve.

No Estado da Bahia, segundo dados do documento Contra Fatos:

(...) os Ministérios Públicos Estadual (MP-BA) e Federal (MPF-BA), representados pela promotora de Justiça Rita Tourinho e pela procuradora da República Juliana Moraes, ajuizaram três ações civis públicas que denunciaram atos de improbidade administrativa cometidos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, entre 2001 e 2004, durante a gestão da ex-secretária de Saúde Aldely Rocha, que resultaram aos cofres públicos em um prejuízo de cerca de R\$ 11 milhões. Resultado de mais de dois anos de investigações as três ações têm, dentre outros réus, a ex-secretária Aldely Rocha, a Real Sociedade Espanhola de Beneficência (RSEB), o Hospital Evangélico da Bahia (HEB) e a Gestmed Gestão e Serviços de Saúde Ltda. (BRAVO e MENEZES, 2011, p.66)

Apesar das denúncias apresentadas, em entrevista⁶ realizada no dia 3 de outubro, o governador do Estado da Bahia Jacques Wagner afirmou a estratégia de destinação da gestão de serviços públicos às Organizações Sociais como uma experiência exitosa que ele tem incentivado durante seu governo no estado da Bahia citando inclusive conhecer os diretores destas OS's.

No estado do Rio de Janeiro também é possível identificar diversas denúncias acerca da atuação das OS's, como noticiou recentemente o RJTV⁷. A Controladoria Geral da União fez uma série de vistorias nos seis hospitais federais do Rio de Janeiro: Andaraí, Bonsucesso, Ipanema, Lagoa, Servidores e Cardoso Fontes. Segundo o relatório preliminar, foram encontrados indícios de superfaturamento,

⁶Disponível em <http://videos.band.com.br/Exibir/Joao-Doria-Jr-entrevista-Jacques-Wagner-e-Carla-Pernambuco-/2c9f94b432c617270132ca490068035d?channel=643>

⁷Disponível em: <http://g1.globo.com/videos/rio-de-janeiro/v/relatorio-traz-indicios-de-desvio-de-dinheiro-em-contratos-em-hospitaisfederais/1637773/#/Todos%20os%20v%C3%ADdeos/page/1>

licitações dirigidas e pagamentos sem contratos nos serviços de Lavanderia, Alimentação, Limpeza e Vigilância. Os prejuízos aos cofres públicos podem chegar a mais de R\$ 17 milhões.

Em consonância com as lutas empreendidas no país, o fórum em Pernambucano realizou no dia 29 de setembro o Seminário *“PE EM DEFESA DO SUS E CONTRA A PRIVATIZAÇÃO”* que foi inscrito como conferência livre no CONSOCIAL da Controladoria Geral da União, órgão responsável pelas ações de controle e transparência do Governo Federal. Entre as conclusões aprovadas por unanimidade pelo evento insere-se *“4- **Contra todas as formas de privatização da rede pública de serviços: OS’s, OSCIPS, Fundações estatais, empresas de serviços hospitalares, PPP’s, e outras maquiagens”***

Um ponto importante a ser destacado no âmbito da gestão das OS’s é a ausência do controle social. O controle social instituído pela lei 8142, que se materializa nos conselhos e Conferências de saúde instituídos nos três níveis de governo, tem realizado o enfrentamento a esse movimento privatizante, o que se evidencia através do posicionamento do Conselho Nacional de Saúde que afirma:

A criação das fundações estatais de direito privado é apresentada como a única solução possível para garantir a viabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, uma leitura mais atenta da legislação vigente deixa claro que o caminho da superação dos gargalos à implementação do SUS já está apontado. O que se faz urgente é um novo direcionamento das políticas de saúde em busca do cumprimento do arcabouço legal já existente. É nessa linha que se fundamenta o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde. (CNS, 2011)

Outra estratégia de contrarreforma no setor saúde é a criação do REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. Segundo Cislighi (2011), a partir do REUNI é introduzida nas universidades a estratégia de realização de contratos de gestão e conseqüentemente:

Desse debate se origina a proposta de repassar a gestão tanto de universidades como de hospitais para organizações sociais, fundações públicas de direito privado e, mais recentemente, para empresa pública. O documento que orienta a contrarreforma do Estado de Bresser Pereira chama esse processo de “publicização”. Essas organizações público/privadas passariam a ter sua dotação orçamentária atrelada à celebração de contratos de gestão com o Estado. O objetivo seria o aumento da eficiência e da qualidade dos serviços a um custo menor. (CISLAGHI, 2011, p. 59)

A proposta de contrarreforma dos Hospitais universitários já havia sido apresentada no governo FHC através do documento “Etapas para a viabilização da

aplicação da Lei de Organizações Sociais na recriação da Universidade Pública a ser administrada por Contrato de Gestão”, porém, tal proposta foi rejeitada naquele momento histórico apesar de seu debate ter continuado. (CISLAGHI, 2011)

No final do Governo Lula, a partir do argumento da necessidade de regularizar a situação dos trabalhadores terceirizados⁸ dos hospitais universitários, considerada ilegal pelo TCU, é instituída a Medida Provisória nº520 segundo a qual:

Art. 1o Fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública unipessoal, na forma definida no inciso II do art. 5o do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, e no art. 5o do Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969 , denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado.

A MP 520 foi apreciada pelo Congresso, que propôs mudanças, porém, seu prazo de aprovação no Senado expirou em 5 de junho de 2011. A partir da perda do prazo, o governo, através de iniciativa do MEC e do MPOG, propôs um projeto de lei, o PL 1749. Em 20 de setembro de 2011. Na sessão extraordinária nº 252 da Assembleia Legislativa foi realizada a votação do PL 1749, na qual a orientação dos partidos foi estabelecida da seguinte forma: PT, PDT, PP, PMDB e PR/PT do B /PRP/PHS/PTC/PSL deveriam votar favoráveis ao PL, enquanto o PSDB e o DEM definiram voto contrário. Ao final da votação o PL foi aprovado com 240 votos favoráveis e 112 votos contrários.

No que se refere aos recursos da EBSEH, o PL 1749, em seu artigo 8º, define, entre outras fontes recursos, os provenientes “dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais”, evidenciando a possibilidade de organismos internacionais incidirem nos hospitais universitários inclusive através do financiamento de pesquisas, o que pode comprometer a autonomia das pesquisas desenvolvidas.

É importante ressaltar, também, que a EBSEH prevê a possibilidade de adoção do sistema de previdência privada:

Art. 15. A EBSEH fica autorizada a patrocinar entidade fechada de previdência privada, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. O patrocínio de que trata o *caput* poderá ser feito mediante adesão a entidade fechada de previdência privada já existente (Lei nº 12.550/2011)

⁸Segundo dados apontados por Cislighi (2011) a força de trabalho dos hospitais universitários possuía a seguinte composição em 2006: 8, 90% CLT (universidade), 51,27% RJU, 17,82% CLT (Fundação), 16,09% terceirizados, 2,51% SSPE e 3,40% RPA. De acordo com tal composição em 2010 haviam 26 mil trabalhadores terceirizados.

A criação da EBSEH para administrar os hospitais universitários foi aprovada pelo Plenário do Senado em 23 de novembro de 2011 com 42 votos a favor e 18 contrários. Os senadores dos partidos DEM, PSOL e PSDB votaram contra a criação da nova estatal. Também o senador Cristovam Buarque (DF), do PDT, um dos partidos da base, anunciou voto contrário.

A proposta de implantação da EBSEH foi sancionada pela presidente Dilma Rousseff através da Lei Nº 12550 em 15 de dezembro de 2011.

Objetivando explicitar seu posicionamento acerca da EBSEH, a Frente contra a Privatização elaborou o Manifesto em “Defesa dos Hospitais Universitários como Instituições de Ensino Pública Estatal, vinculas às Universidades, sob a administração direta do Estado: Contra a Implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos Hospitais Universitários (HUs) do Brasil”, que afirma:

Impedir a implantação da EBSEH (Lei nº 12.550/2011) nos hospitais-escola federais significa evitar a privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro, composto por 45 unidades hospitalares. A implantação desta Empresa representa uma séria ameaça para o Sistema Único de Saúde, consolidando o projeto privatista em curso. (Frente Nacional Contra a Privatização 2012)

É importante destacar que, no dia 9 de outubro de 2012, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) também aprovou Moção contra a adesão dos HU à EBSEH devido ao alto risco para a formação dos médicos e demais profissionais de saúde, demarcando mais uma vez seu posicionamento em prol da saúde pública e universal.

As lutas empreendidas em todo o país contra as formas privatizantes e mercantilizantes da saúde têm obtido importantes resultados, como o decreto de nulidade de todos os contratos entre a Secretaria de Estado da Saúde e as OS's em São Paulo. A decisão, que exige a troca imediata de funcionários terceirizados por servidores concursados (nos 37 hospitais e em outras 44 unidades de saúde administradas por essas entidades em todo o Estado de São Paulo), é resultado de ação impetrada em 2010 pelo Ministério Público do Trabalho.

No dia 22 de setembro de 2012 o jornal o Globo noticiou que a segunda turma do Supremo Tribunal Federal negou recurso pedido pela prefeitura do Rio de Janeiro contra a ação movida pelo sindicato dos médicos, que exige o fim da terceirização

da saúde. A decisão compreende que “os cargos inerentes aos serviços de saúde, prestados dentro de órgãos públicos, por ter a característica de permanência e de caráter previsível, devem ser atribuídos a servidores admitidos por concurso público”. De acordo com a referida reportagem, a decisão do STF não impede que as Organizações Sociais continuem gerindo os serviços, mas garante que terão que contar com profissionais efetivos.

A destinação de recursos públicos que deveriam compor o fundo público e financiar as políticas sociais representa um claro ataque à Seguridade Social conquistada na CF de 1988 e, conforme afirmado anteriormente, a DRU materializa o investimento de 20% dos tributos arrecadados para os mercados financeiros.

Conforme indicamos anteriormente, a Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) da Câmara dos Deputados aprovou a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 61/2011, que prorrogou a DRU de 2011 até 2015. Segundo matéria⁹ divulgada, a CPI da Dívida Pública desenvolvida pela ANFIP (Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil) nos anos de 2005 a 2008 a DRU retirou nada menos que R\$ 145 bilhões da Seguridade Social.

A saúde, inscrita na CF de 88, teve os artigos que definiam o seu financiamento vetados no momento de sua promulgação, tendo a Emenda Constitucional nº29, apresentada posteriormente, permanecido por vários anos à espera de sua aprovação. A EC 29 voltou a pauta no ano de 2011, porém, seu debate ocorre sob forte tensionamento entre aqueles que defendem a necessidade de destinar o equivalente a 10% dos recursos públicos para a saúde e o governo, que alegava ser impossível destinar tal montante, principalmente sobre a alegação da necessidade da criação de um novo imposto¹⁰ já que a CPMF foi derrubada em 2007.

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde, entre as propostas foi aprovado o repasse de 10% pelo nível federal para a saúde, entretanto, três dias após a Conferência, o Senado aprovou regulamentação da Emenda 29 e, partir da ação do

⁹ Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/ADMINISTRACAO-PUBLICA/202839-CCJ-APROVA-ADMISSIBILIDADE-DE-EMENDA-QUE-PRORROGA-DRU-ATE-2015.html>

¹⁰ Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/nacional,para-evitar-riscos-senado-poe-na-gaveta-emenda-29,776220,0.htm?p=1>

Executivo, conseguiu evitar que o texto final obrigasse a União a investir 10% de sua receita na área. O texto do líder do PT, Humberto Costa, foi aprovado com a determinação de que a União deve investir em saúde o mesmo montante do ano anterior, acrescido da variação do produto interno bruto (PIB) dos últimos dois anos.

Os líderes do PP, Francisco Dornelles (RJ), do PMDB, Renan Calheiros (AL), e do PSB, Antonio Carlos Valadares (SE), todos da base do governo, deram apoio a requerimento do líder do DEM, Demóstenes Torres (GO), para votar separadamente o dispositivo que criava a Contribuição Social para a Saúde (CSS). O objetivo do requerimento de Demóstenes era impedir a aprovação da CSS, entendida como a recriação da CPMF. O requerimento de Demóstenes foi aprovado por 62 votos a nove, e a criação da CSS foi excluída do texto. O texto agora segue para sanção presidencial.

O projeto aprovado no Senado prevê que os estados apliquem pelo menos 12% de suas receitas com saúde, e os municípios, ao menos 15%. A regulamentação descreve, ainda, que tipos de gastos podem ser considerados para os percentuais previstos na lei, evitando, por exemplo, que investimentos em saneamento básico sejam computados como gastos de saúde.

Apesar do posicionamento da sociedade, evidenciado principalmente nos espaços institucionais de participação popular, o governo continua desenvolvendo uma série de ações que visam efetivar a contrarreforma do Estado, em especial no setor saúde.

Em nosso próximo capítulo nos dedicaremos a discutir os conselhos de saúde por compreendê-los como espaços institucionais de participação popular que têm se posicionado contrariamente ao projeto privatizante.

Capítulo II - O Controle Social

A Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi marcada pelo pioneirismo da participação popular que constituía uma das pautas reivindicativas do movimento de Reforma Sanitária. Uma das importantes conquistas da Constituição Federal de 1988 se refere à inscrição da participação popular, exercendo o controle social da política de saúde.

Naquele momento histórico, foi instituído um novo conceito de controle social, regulamentado apenas em 1990, a partir da Lei Nº 8142, sob a égide do avanço do projeto de contrarreforma do Estado.

O projeto de contrarreforma privatista desde a década de 1990 tem compreendido uma série de medidas que visam o enxugamento do Estado através da delegação da execução das políticas sociais ao terceiro setor, do desmantelamento dos direitos dos trabalhadores e do incentivo a destinação do fundo público ao setor privado. Neste contexto, os conselhos de saúde têm se revelado espaço que, ao congrega a disputa de interesses diversos, oportuniza a disputa do direcionamento do fundo público, se colocando conseqüentemente como espaço de resistência ao desmantelamento do Sistema Único de Saúde.

Por compreendermos sua importância, nos dedicaremos neste capítulo, primeiramente, à análise da construção histórica dos conselhos de saúde como espaços institucionais de participação popular; em seguida apresentamos os impactos que a descentralização proposta no âmbito das políticas sociais causou ao controle social e, por fim, apresentamos o conselho municipal¹¹ de saúde de Juiz de Fora, cenário de nossa pesquisa.

¹¹ Neste item vamos buscar reconstruir a trajetória histórica percorrida pelo Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Para tanto utilizaremos como fontes bibliográficas o histórico e as documentações disponíveis no endereço eletrônico deste conselho.

2.1- A construção histórica do controle social no Brasil

A Constituição Federal de 1988 instituiu uma nova estrutura organizadora do Estado Brasileiro em um cenário de necessária reconstrução da democracia. Segundo Raichelis (CFESS 2011), embora naquele contexto o objetivo principal se dirigisse ao retorno do funcionamento dos institutos clássicos da democracia representativa – parlamento, eleições, partidos políticos, etc - uma perspectiva mais ampla sobre o controle público da sociedade sobre o Estado foi inscrita na Constituição. Segundo a referida autora, a Constituição e as posteriores normatizações legais das políticas sociais vão propor novas relações entre o movimento social e a esfera política institucional na perspectiva da democracia participativa, complementando e aperfeiçoando a democracia representativa.

Essa nova relação construída em um contexto de oposição ao Estado ditatorial será caracterizada como “controle social”, que adquire o sentido de controle do Estado pela sociedade, visando que os setores organizados na sociedade participem das políticas desde sua formulação — planos, programas e projetos —, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade.

Para este estudo nos interessa particularmente a análise da participação popular e dos espaços institucionais criados no âmbito da política de saúde.

A participação popular é instituída pela Constituição de 1988 como um princípio do sistema de saúde proposto: o SUS, e os espaços institucionais de participação na política de saúde são regulamentados somente após dois anos, em 1990, através da Lei 8142, que institui os conselhos e as conferências de saúde nas três esferas de governo.

É importante destacar que apesar do marco legal se situar nas décadas de 1980 e 1990, a participação popular foi idealizada, nos anos setenta e oitenta, numa conjuntura de resistência à ditadura militar, de mobilização da sociedade civil, de redemocratização da sociedade brasileira e de transformações no setor impulsionadas principalmente pelo Movimento de Reforma Sanitária. De acordo com Machado apud Bravo e Correia (2012)

A necessidade da participação social foi apresentada pelo Movimento da Reforma Sanitária, no conjunto das lutas contra a privatização da medicina previdenciária e à regulação da saúde pelo mercado, pondo em discussão a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de

lucro. As lutas da saúde articuladas à redemocratização do país foi o tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde que teve como marca *Democracia é Saúde* e foi aberta à participação de trabalhadores e da população pela primeira vez na história das conferências de saúde. A participação em saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde. (BRAVO E CORREIA, 2012, p.3)

Cabe ainda destacar que anteriormente ao modelo instituído, conforme indica Carvalho (1995) *apud* Menezes (2010), houve outras experiências de espaços gestores que contavam com a participação de segmentos da sociedade (apesar de seu caráter diferenciado do agora proposto), como os órgãos de gestão dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's) no âmbito do Estado Populista, no período anterior a 1964 e no período autoritário do pós 1964, com existência de conselhos intragovernamentais com o objetivo de mediar os interesses do grupo que tinha acesso à decisão.

A Conferencia de Saúde será criada em 1937, antes mesmo da criação do Ministério da Saúde, período do Estado Novo, caracterizado como autoritário e sob o comando de Getúlio Vargas. A Lei 378, de 13/01/1937, cria o Ministério da Educação e da Saúde, institui em seu artigo 67 a criação do Conselho Nacional de saúde como órgão de cooperação e, em seu Artigo 90, estabelece as Conferências Nacionais Saúde e de Educação. De acordo com a Lei:

Art. 90. Ficam instituidas a Conferencia Nacional de Educação e a Conferencia Nacional de Saude, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das actividades concernentes á educação e á saude, realizadas em todo o Paiz, e a oriental-o na execução dos serviços locais de educação e de saude, bem como na concessão do auxilio e da subvenção federaes.

Parapho unico. A Conferencia Nacional de Educação e a Conferencia Nacional de Saúde serão convocadas pelo Presidente da Republica, com intervallos maximos de dois annos, nellas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministerio da Educação e Saude e os governos dos Estados, do Districto Federal e do Territorio da Acre.¹² (LEI 378, de 13/01/1937)

É importante destacar que apesar da Conferencia Nacional de Saúde de 1963 ter previsto a participação popular, somente a partir da VIII Conferencia Nacional de Saúde ela se efetivará. A institucionalização da participação popular será efetivada à partir da Lei 8142 de 1990, segundo a qual:

¹² Ortografia vigente naquele momento histórico.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.(LEI 8142 DE 1990).

A organização e as atribuições do Conselho Nacional de Saúde foram regulamentadas pelo decreto Nº 99.438, de sete de agosto de 1990, que previa o ministro da saúde como presidente deste espaço. Essa definição, no mínimo contraditória em um espaço que se propõe a ser participativo e paritário, será alterada pela resolução CNS Nº 33 de 1992, a qual, ao tratar da composição dos conselhos, definirá que seu presidente deverá ser eleito entre os membros do Conselho em reunião plenária.

Em estudo sobre o Conselho Nacional de Saúde *intitulado Regras Institucionais e Processo Decisório de Políticas Públicas: Uma Análise do Conselho Nacional de Saúde (1990 – 2006)*, Shevisbisk (2007), utiliza a subdivisão em três períodos históricos proposta por Silva e Abreu (2002) e acrescenta um quarto período, no qual busca evidenciar alguns aspectos que indicam o avanço e os retrocessos da participação popular nesse espaço. Analisar a construção histórica deste espaço em nosso entendimento significa também evidenciar os avanços e retrocessos da política de saúde.

Das análises realizadas por Shevisbisk (2007) extraímos os pontos mais significativos dos quatro períodos históricos que passamos a apresentar:

1- Período 1954 a 1969

Durante os anos de 1937 a 1954, o Conselho Nacional de Saúde permaneceu inativo devido à ausência de regulamentação para seu funcionamento. Nesse período o setor saúde permanecia ligado institucionalmente à educação.

Em 1953, através do Decreto nº 34596, é criado o Ministério da Saúde, cujo primeiro regimento promulgado no governo Vargas estabeleceu uma composição de dezessete membros, contando com dois importantes departamentos: o da saúde e o da criança.

Naquele momento histórico o conselho era presidido pelo ministro, que também detinha o voto de qualidade e as deliberações eram tomadas por maioria dos membros presentes. Cabe destacar que os membros do conselho recebiam uma gratificação mensal.

Em 1959, no governo Kubitchek, a composição do CNS é modificada através de novo decreto, que aumenta de dezessete para vinte e quatro o número de membros do conselho.

Será apenas em 1962, com o decreto nº 847, de cinco de abril, que pela primeira vez serão instituídas as competências do CNS, que passam a ser compostos por vinte e seis membros, destacando-se a presença do Presidente do Conselho de Medicina Social da Previdência Social do Ministério do Trabalho.

Naquele contexto, a representação da sociedade no CNS era compreendida como a presença das associações técnico-científicas, Academia Nacional de Medicina, Associação Médica Brasileira, Sociedade Brasileira de Higiene e Associação interamericana de Engenharia Sanitária.

De acordo com a autora, o caráter consultivo do CNS passa a ser estabelecido mediante competências definidas, destacando-se a possibilidade de compor a proposta orçamentária anual do Ministério da Saúde e podendo oferecer sugestões, quando julgadas necessárias e oportunas.

Shevisbisk (2007) indica que, em 1964, no cenário de golpe militar e instauração da ditadura, é promulgado o decreto nº 55.242, de 18 de dezembro, que reestrutura o CNS, eliminando a participação da previdência e retirando a possibilidade de opinar sobre questões orçamentárias. As competências do conselho são definidas de forma mais genérica, passando este a opinar somente em matérias que lhe fossem submetidas por disposição legal ou sob solicitação do ministro de Estado.

2- Período de 1970 à 1986

Em 1970 é promulgado o Decreto nº 67300, que define escopo, funções e estrutura compatíveis com o processo de modernização conservadora em curso no país.

De acordo com Shevisbisk (2007), o CNS adquire estrutura técnica e administrativa necessárias ao seu funcionamento como órgão consultivo e com atribuições normativas. No interior do CNS são estabelecidas seis câmaras técnicas e se abre a possibilidade de estabelecer comissões permanentes

Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde oportuniza pela primeira vez a participação popular.

3- Período de 1987 a 1990

A Conferência de Saúde inaugura uma nova proposta de concepção sobre o CNS, reconhecido o como órgão de deliberação coletiva de segundo grau com a finalidade de assistir ao ministro. O Decreto 93.933 atribui ao conselho a função normativa em relação à promoção, proteção e recuperação da saúde.

A partir dessa nova concepção, caberia privativamente ao Conselho dispor sobre condições de interesse sanitário referentes ao uso humano de medicamentos, cosméticos, alimentos, hemoterapia ressalvada as competências da secretaria nacional de vigilância Sanitária.

Em 1988 é promulgada a Constituição Federal que estabelece a criação de um sistema único de saúde que tem como uma de suas diretrizes organizativas a participação popular. A CF de 88, entretanto, não estabelece os mecanismos que viabilizariam a participação popular, o que acontecerá apenas na década de 1990.

4- A partir de 1990

Apesar de o texto constitucional ter previsto a participação popular, é vetado e, apenas em 1990, foi promulgada a Lei nº 8142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS de forma paritária a ser materializada através dos conselhos e conferências.

Segundo Shevisbisk (2007), o texto constitucional que tratava da participação popular vetado foi cuidadosamente analisado pelo então presidente Collor, que somente assinou o decreto quando verificou que o ministro possuiria dois votos: o

de conselheiro e o de qualidade, podendo desempatar decisões e consequentemente exercer poder sobre este espaço.

O regimento interno formulado do CNS, além de reafirmar a dupla condição de voto do ministro, ainda instituiu a possibilidade de tomar decisões *ad referendum* do conselho em relação a alguns aspectos, principalmente no que se refere ao planejamento e orçamentação do SUS. A partir deste regimento será também extinta a remuneração para conselheiros.

Um mecanismo ainda restrito, mas importante, se refere ao poder de homologação e publicação no DOU das decisões do CNS pelo ministro que, se não ocorresse em 30 dias após aprovação em plenário, demandaria audiência especial com o ministro e, no caso de não concordância e aprovação por dois terços do conselho acerca do teor da matéria em discussão, caberia ao CNS apresentar a matéria ao Ministério Público Federal caso constitua desrespeito aos direitos constitucionais do cidadão.

Em relação à divisão em períodos desenvolvida por Shevisbisk (2007), com a qual temos concordância, acreditamos que a análise do período pós 1990, para efeitos deste estudo, se faz imprescindível para que seja possível tecermos análises acerca do controle social na atualidade.

Conforme indicado anteriormente, é necessário analisar a diferença da conjuntura na qual os espaços institucionais de participação foram formulados - década de 1980 marcada pela redemocratização - e o cenário no qual são materializados: a década de 1990 e o avanço do projeto de contrarreforma do capital. Este aspecto analítico, em conjunto com a concepção entre Estado e sociedade civil que embasa o debate, principalmente na década de 1990, são apontados por Bravo (2012) como essenciais para a compreensão dos espaços de participação instituídos.

A aprovação do decreto nº 99 438, de 1990, segundo Shevisbisk (2007), foi precedida de análises empreendidas pelo então presidente Collor, que realizou, a partir de orientações de sua assessoria jurídica, uma montagem hipotética das discussões do conselho e de como se dariam os possíveis embates. De acordo com Shevisbisk (2007):

Dando prosseguimento a essa estratégia montou-se um painel com os possíveis oponentes do Conselho, as possíveis pautas de votação, conforme o jogo de interesses dos diversos grupos: entidades privadas, hospitais

privados, portadores de patologia e deficiência, trabalhadores do setor e governo, procurando demonstrar como seriam conduzidas as discussões. O objetivo, segundo um dos entrevistados, era estabelecer uma composição procurando evidenciar que havia equilíbrio de forças no interior do CNS. Shevisbisk (2007: 54 e 55)

De acordo com a autora, o decreto só foi assinado após o presidente se convencer de que haveria uma centralidade do poder decisório nas mãos do ministro devido, conforme já explicitado, a sua dupla possibilidade de voto: como conselheiro, pelo poder do voto de qualidade e, ainda, pela instituição do *ad referendum*. No que tange à composição do conselho, que passa a ser paritária, e ao regimento interno, que previa a participação de trinta conselheiros (a serem nomeados), ambos permanecerão sem alterações até 2003, quando é instituído o decreto Nº 4.878, a partir da resolução 333/2003. O decreto altera o número de conselheiros para quarenta efetivos e oitenta suplentes e prevê sua definição de forma genérica em vez da nomeação pela gestão. Em 2006, através do decreto Nº 5.839, o processo de escolha dos conselheiros passa a ser definido por processo eleitoral.

É importante destacar que, apesar dos avanços inaugurados a partir da Lei 8142/90, a concentração de poder decisório na figura do ministro da saúde evidencia a relação do Estado com esse espaço, buscando mecanismos como o *ad referendum*, que tem por objetivo final deslegitimar o controle social e a correlação de forças proveniente da junção dos vários segmentos: usuários, trabalhadores, prestadores e gestores.

No que tange à concepção de sociedade civil inaugurada na década de 1990, segundo Coutinho (2006), *apud* Bravo e Correia (2012), este termo passa a ser utilizado para designar tudo que se contrapunha ao estado ditatorial, criando assim uma cisão no par conceitual sociedade civil e Estado, que em Gramsci formam uma unidade. De acordo com o autor, essa cisão decorreu em uma dicotomia maniqueísta que considera tudo que vem da sociedade civil como positivo e tudo que vem do Estado como negativo. Segundo Coutinho, *apud* Bravo e Correia (2012), essa dicotomia serviu para:

(...) demonizar de vez tudo que provém do estado (mesmo que se trate agora de um Estado de direito, permeado de resto às pressões das classes subalternas) e para fazer a apologia acrítica de uma “sociedade civil” despolitizada, ou seja, convertida naquele mítico “terceiro setor” homogêneo, falsamente situado para além do Estado e do mercado (COUTINHO *apud* BRAVO e CORREIA. 2012, p.5)

De acordo com Bravo e Correia (2012), na proposta de contrarreforma do Estado a sociedade civil é convocada a se tornar “parceira” contribuindo com as políticas sociais esvaziando assim o papel fundamental do Estado. De acordo com as autoras:

Dentro da linha de redefinição do papel do Estado, a contrarreforma, sob orientação do Banco Mundial, propõe a descentralização como deslocamento de responsabilidade para a sociedade e esta passa a ser corresponsável pelos serviços e pela gestão pública por meio da “participação da comunidade”. A estratégia é a busca de parcerias com a sociedade para que esta assuma os custos da crise, repassando-se assim a responsabilidade pela prestação de serviços sociais de competência do Estado para Organizações Não Governamentais (ONGs), instituições filantrópicas, comunitárias, entre outras. Desta forma, o Estado reduz o seu papel de prestador direto dos serviços, reorientando sua intervenção como regulador e provedor financeiro. (BRAVO e CORREIA,2012, p.6)

A descentralização proposta no âmbito da contrarreforma do Estado buscava implementar a chamada “ reforma gerencial”, cujo principal mentor brasileiro é o economista Bresser Pereira, que no governo Fernando Henrique Cardoso assume o Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE).

A contrarreforma defendida pelos neoliberais buscou implementar a descentralização tanto no que se refere à transferência de decisões para a esfera municipal quanto à transferência de execução de serviços considerados não exclusivos do Estado, que no caso seriam as políticas sociais, para organizações públicas não estatais consideradas uma nova esfera e por organizações privadas. As consequências dessa descentralização atingiram frontalmente os espaços de controle social, seja por confundir o sentido do termo sociedade civil, seja por ao transferir a execução de políticas para municípios e para o setor público não estatal criar uma configuração nefasta para as políticas sociais e em especial a política de saúde promovendo uma verdadeira desconstrução dos avanços alcançados em 1988. Corroborando com nossas análises acerca da descentralização das políticas sociais Duriguetto (2007) afirma

Dessa forma, os processos de descentralização administrativa e financeira e de privatização no campo das políticas sociais relaciona se com a desregulamentação do papel do Estado, uma vez que esta passa a concentrar a oferta de políticas sociais sob o critério da seletividade e do focalismo e a transferir a responsabilidade de sua oferta universalizante para o campo do terceiro setor (leia se sociedade civil). Comparece, aqui, com grande força o discurso da solidariedade da participação comunitária,

do estímulo a iniciativas privadas (mercantis e não mercantis) nas ações sociais, do voluntarismo e do apoliticismo. (DURIGUETTO, 2007, p. 180)

Em relação a concepção de sociedade civil disseminada pelo neoliberalismo Bravo e Correia (2012) afirmam:

Na concepção liberal, sociedade civil é considerada homogênea e portadora de interesses universais, implicando práticas sociais que visam superar os antagonismos de classes, estabelecendo-se negociações e parcerias entre Estado e sociedade para resolver problemas que se apresentam como universais, formando-se relações colaboracionistas baseadas em consensos interclasses (Correia, 2005b). Nesta perspectiva, os conselhos e conferências são espaços de pactuações em torno das dificuldades das gestões, tendem a formar consensos em torno das propostas para um suposto “bem comum” da sociedade. Os conselheiros tendem a ser responsabilizados pela gestão da saúde, como, por exemplo, em inúmeros casos se veem pressionados a aprovar prestações de contas pouco transparentes, sob o argumento dos prejuízos ao município ou estado com a não aprovação das mesmas (BRAVO e CORREIA, 2012,p135)

É necessário aqui afirmar o conceito de sociedade civil que embasa este estudo para que fique clara sua orientação teórica. Para tanto utilizaremos a definição de Duriguetto, com a qual compactuamos:

O espaço da sociedade civil não é um espaço sócio-organizativo de representação de interesses gerais, de orquestração de pactos sociais. Ele é um espaço de luta, de contradição, de relações desiguais de poder de acesso diferenciado a recursos econômico, políticos, culturais. Nesse marco conceitual, as lutas sociais são interpretadas como “guerra de posição” ao invés de serem consideradas “guerras de interpretação”.(DURIGUETTO, 2007,p211)

Conforme afirmado anteriormente, é na década de 1990 que o projeto reformista ganha impulso, tendo nos governos Collor e Fernando Henrique se explicitado claramente. Em 2002, a eleição de Lula, que significava para muitos a eleição de um projeto que não representava em sua origem os interesses da classe hegemônica, trazia aspirações de que mudanças poderiam ser empreendidas no trato com os movimentos sociais e os espaços de participação popular.

De acordo com Menezes (2010), as análises acerca do CNS no período do governo Lula evidenciam que as ações do conselho têm se dirigido ao fortalecimento do setor público e do SUS. Esse direcionamento pode ser evidenciado na agenda política definida pelo conselho em 2009 e apresentada por Menezes:

- uma campanha de mobilização nacional pela repolitização do Sistema Único de Saúde.
- implementação da Política de gestão do trabalho que elimine a precarização em todas as suas formas e que estabeleça a valorização do trabalho.
- inversão do modelo de atenção vigente, resgatando o sistema pautado na estruturação de uma rede pública de proteção e promoção da saúde, com equipes multiprofissionais, exercendo a atenção primária em sua plenitude.
- ampliação e democratização do financiamento do SUS através da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, vinculada à Contribuição Social da Saúde (CSS).
- Reversão da privatização do sistema, estruturando e aperfeiçoando a rede pública estatal.
- Qualificação e fortalecimento do controle social e dos Conselhos de Saúde em todo o país.
- Construção da intersetorialidade, nas três esferas de governo.
- Realização do debate a respeito do complexo produtivo da saúde como elemento indissociável do Sistema Único de Saúde.
- Implementação e fortalecimento da humanização como instrumento vital e fundamental para viabilizar o SUS, de acordo com seus princípios.

As pautas definidas pelo CNS expressam sua luta pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde e a resistência às medidas contrárias a ele como o projeto privatista.

De acordo com Menezes:

O Conselho Nacional de Saúde tem sido dentre os conselhos de política e de direitos o que mais tem apresentado proposições e lutas em defesa dos direitos sociais. Os limites identificados para a ampliação da participação democrática referem-se as estratégias de articulação com os conselhos estaduais e municipais – que não têm tido um potencial político significativo -, como também com relação ao debate das questões mais gerais da Reforma Sanitária e da Seguridade Social. (MENEZES, 2010,p. 152)

A análise dos impactos da descentralização para os conselhos de saúde, principalmente no que tange a sua disseminação, será objeto de análise a seguir.

2.2- A descentralização e os espaços de controle social

O processo de descentralização político-administrativo das políticas sociais, instituído pela Constituição de 1988, tinha como exigência legal para o repasse de recursos da união para estados e municípios a existência de conselhos de saúde.

Acerca dos conselhos de saúde, é importante elucidar a compreensão que detemos sobre eles. Para tanto utilizaremos as ideias expressas por Bravo e Correia (2012):

(...) os mecanismos de controle social — conferências e conselhos — foram institucionalizados no âmbito do Estado e estão situados no Poder Executivo. Não se tem neste espaço a pretensão do controle do capital, este é incontrolável. Trata-se de garantir o direito à saúde interferindo na elaboração da política do setor. Neste sentido, pode-se disputar o fundo público, denunciar sua alocação crescente para a reprodução do capital em detrimento da reprodução do trabalho, exigir a transparência do uso de recursos públicos e à efetivação dos direitos sociais. Estas pautas são importantes, mesmo que estejam circunscritas à emancipação política, no contexto de retrocessos no campo dos direitos sociais e incentivo à ampliação do setor privado nas áreas “não exclusivas do Estado”, como saúde e educação. (BRAVO e CORREIA, 2012, p.137)

Os Conselhos de saúde, considerados um avanço no que tange à participação popular, são disseminados por todo o território nacional a partir da descentralização prevista pela CF de 88 e alguns impactos dessa disseminação foram evidenciados por Escorel e Moreira (2009) no artigo intitulado *Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS*¹³.

De acordo com Escorel e Moreira (2009), no período compreendido entre 1991 e 1997, foram criados conselhos municipais de saúde (CMS) em 76,7% dos 5.463 municípios do país, alcançando em 2007 97% dos municípios. Segundo os autores, os 5.463 CMS da atualidade contam com 72.184 conselheiros titulares

¹³ De acordo com Escorel e Moreira (2009) os dados apresentados foram produzidos no âmbito da pesquisa “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS”. Os dados foram levantados por meio de um instrumento aplicado a todos os CMS do país (5.564) e respondido por 5.463 (98%), que constituem o universo de trabalho, cujo ano de referência é 2007. Para analisá-los, foram elaboradas três dimensões: (i) “autonomia”, a capacidade dos conselhos funcionarem independentemente das convicções políticas dos ocupantes do executivo municipal. Para retratar as condições deste funcionamento, foram trabalhados os aspectos mais estruturais da autonomia como parte física, equipamentos, recursos humanos e financeiros; (ii) “organização”, que se refere à existência de instâncias internas e à realização de capacitação e reuniões; e (iii) “acesso”, que retrata as possibilidades de todos os conselheiros concorrerem ao cargo de presidente do CMS e da população participar do cotidiano dos conselhos.

Essas dimensões são compostas por dezoito variáveis, apresentadas no Quadro 1. Como dezesseis são dicotômicas, optou-se por trabalhar com sua moda. Para fins de comparabilidade, as duas restantes foram transformadas em dicotômicas, a partir dos seguintes critérios: para “periodicidade das reuniões”, foram consideradas adequadas periodicidades igual ou inferiores a “mensal”, enquanto periodicidades superiores a “mensal” foram consideradas inadequadas; e para a variável “segmento do Presidente” foram consideradas adequados os segmentos “usuários”, “prestadores de serviço” e “trabalhadores”, enquanto o segmento “gestores” foi considerado inadequado.

(superando numericamente a existência de 51.000 vereadores), dos quais 36.638 representam os usuários do SUS.

No que se refere às entidades que representam os usuários (27.669 entidades), 25% são associações de moradores, 21% grupos religiosos, 20% entidades de trabalhadores, 7% entidades referentes a gênero, etnia e faixa etária, 5% pessoas com deficiência e patologias, 4% filantropia e 4% se referem à educação, esporte e cultura.

No que concerne às entidades que representam os trabalhadores da saúde, predominam sindicatos e associações de trabalhadores das diversas categorias do SUS, com destaque para a divisão entre trabalhadores de nível médio e de nível superior.

Para efeitos analíticos, os autores definiram três dimensões, sendo elas Autonomia, Organização e Acesso. No que pertence à “autonomia”, a qual se relaciona com a capacidade dos conselhos funcionarem independentemente das convicções políticas dos ocupantes do executivo municipal, os autores verificam um panorama de grandes limitações, sobretudo no que diz respeito à inexistência de sede, de equipe de apoio administrativo (apenas 940 CMS possuem equipes e se concentram em municípios com porte a partir de 500.001 habitantes) e de dotação orçamentária própria (somente 265 CMS estudados têm orçamento próprio, sendo que estes estão em municípios com mais de 2 milhões de habitantes).

A dimensão da “organização” que se relaciona à existência de instâncias internas e à realização de capacitação e reuniões apresenta, segundo os autores, os piores resultados de todos os indicadores no que se refere a não realização de capacitações (90% dos conselhos responderam negativamente sobre a realização de capacitações em 2004). Entretanto, essa dimensão apresenta resultado positivo ao evidenciar que em 82% dos CMS as reuniões são mensais.

Em relação à dimensão “acesso”, a que retrata as possibilidades de todos os conselheiros concorrerem ao cargo de presidente do CMS e da população participar do cotidiano dos conselhos, esta foi considerada pelos autores como aquela que apresentou os melhores resultados, sendo que em 70% dos conselhos o presidente é definido por eleição e as reuniões realizadas dão direito à voz para qualquer cidadão que delas queira participar. Apenas o segmento do presidente possui resultado considerado negativo, pois só em municípios cujo porte está entre 1.000.001 e 2.000.000 de habitantes os gestores não são os presidentes dos CMS.

Ao sistematizar o desempenho dos CMS a partir das dezoito variáveis selecionadas, os autores indicam que, à medida que aumenta o porte populacional, há uma tendência de melhoria dos resultados. De acordo com Escorel e Moreira (2009), somando-se o número de CMS cujos municípios enquadram-se nos quatro portes populacionais em que se concentram os melhores resultados, chega-se a apenas 82 (2% do total). No entanto, nestes locais, vivem 38% da população estudada. Por outro lado, nos quatro portes populacionais em que os CMS têm pior desempenho, concentram-se 4.943 cidades, 90% do universo estudado, onde vivem 37% da população. (IDEM ESCOREL e MOREIRA 2009, p.804).

De acordo com as conclusões dos autores, apesar dos avanços evidenciados:

Desta maneira os CMS tendem a se tornar dependentes dos interesses políticos que dirigem o poder Executivo, ficando impedidos de, por exemplo, contratarem auditorias, pesquisas e consultorias que lhes agreguem capacidade e saber técnico; de consolidarem agendas com outros conselhos e instituições; e de estabelecerem relação diária com a população. Este é o cerne dos problemas que inviabilizam uma efetiva democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde: as regras que regulam as relações institucionais no processo decisório da política municipal de saúde permitem que os CMS avancem no caminho da inclusividade, mas favorecem reações contrárias dos que consideram o incremento da participação social um problema, o que lhes tolhe o caminho da liberalização. Por isto, os CMS não são, *per se*, suficientes para construir um setor saúde de características poliárquicas. Não são porque o “sucesso” que se cobra dos CMS não depende exclusivamente deles, pois suas atribuições não podem ser exercidas isoladamente: a participação no processo decisório da saúde municipal só se concretiza por meio da interação de atores que têm interesses nos problemas públicos sobre os quais atuam aquelas políticas (SMS, Poder Legislativo municipal, Poder Judiciário, Ministério Público, agentes ligados aos interesses privados e de mercado). Se estes atores não legitimam os CMS, dificilmente haverá sucesso. (Escorel e Moreira 2009:804)

Outro aspecto conclusivo evidenciado pelos autores refere-se ao fato dos CMS, cujas condições de autonomia e organização são melhores, constituírem também os que se localizam em municípios que apresentam uma sociedade civil mais mobilizada e acostumada à negociação e à articulação política. Segundo os autores:

No setor saúde, por exemplo, são os que apresentam a maior quantidade de conselhos locais de saúde e de conselhos gestores de unidade de saúde. Isto confirma que a articulação entre os diferentes atores e instituições envolvidos no processo decisório é o elemento capaz de encaminhar a política municipal de saúde para a democratização. Embora não seja a única das articulações possíveis, o binômio prefeitura participativa/sociedade organizada negociadora, que representaria a articulação entre instâncias da democracia representativa e participativa, é o elemento político mais importante para o avanço do processo de democratização do processo decisório das políticas

municipais de saúde, pois é o que pode conferir legitimidade aos CMS, destravando-lhe o caminho da liberalização.(ESCOREL E MOREIRA, 2009p.804 e 805)

Antes de nos dedicarmos a refletir sobre as principais pautas que devem ser incorporadas pelos conselhos na atualidade, acreditamos ser necessário elucidar a análise acerca da participação popular empreendida por Monori (2009).

De acordo com o autor, a participação da sociedade civil nas instâncias de decisão é, na maioria das vezes, cercada de mitos criados pelos discursos governamentais e da sociedade civil. Assim, Monori (2009) cita quatro desses mitos, que dificultam a participação:

- a participação por si só muda a realidade: é um mito que despolitiza a participação, pois não percebe que há sujeitos políticos que não querem que as coisas mudem, não percebe a correlação de forças e, por consequência, não percebe que há outras formas e interesses, alguns legítimos, outros nem tanto, que definem também as políticas. É a despolitização da participação.
- A sociedade não está preparada para participar como protagonista das políticas públicas: este mito baseia-se no preconceito do saber, em que a burocracia ou o político detém o saber e a delegação para decidir. Tal mito justifica a tutela do Estado sobre a sociedade civil, o que leva, por exemplo, o Estado a não criar espaços institucionalizados de participação ou a indicar, escolher e determinar quem são os representantes da sociedade nos espaços criados, assim como não disponibilizar as informações (por que a “sociedade não vai entender”).
- A sociedade não pode compartilhar da governabilidade, isto é, da construção das condições políticas para tomar e implementar decisões, porque o momento de participação da sociedade e dos cidadãos e cidadãs é o momento do voto. Essa concepção torna o Estado privado por intermédio do partido que ganha a eleição. Durante o mandato, o partido decide o que fazer conforme os interesses partidários.
- A sociedade é vista como elemento que dificulta a tomada de decisões, seja pela questão do tempo (demora em decidir, obrigatoriedade de convocar

reuniões, etc.), seja pela questão de posicionamento crítico diante das propostas ou da ausência delas por parte do Estado.

De acordo com o autor, esses mitos, na verdade, são disfarces ideológicos forjados por aqueles que detêm o poder político no Brasil (seja tal poder oriundo do poder econômico, da ocupação de um cargo burocrático ou de um cargo eletivo). Por isso, tais mitos devem ser desconstruídos com base em uma concepção ampliada de democracia e da politização da participação.

As análises sobre os espaços conselhistas e acerca das problemáticas colocadas para o exercício da participação popular no Brasil suscitam que sejam adotadas estratégias capazes de prover esse espaço de maior potencial deliberativo. Tais estratégias são elencadas por CORREIA (2005), *apud* MENEZES (2010) a seguir:

- articular as lutas locais com as nacionais;
- articular as ações de saúde com as outras políticas sociais;
- defesa da política de saúde, pública, universal e de qualidade;
- articulação entre os conselhos de saúde municipais, com os estaduais e com o nacional;
- fortalecer a relação entre os conselhos e a sociedade na perspectiva de ampliar a participação e evitar a cooptação pela burocracia estatal;
- estabelecer parcerias com o Ministério Público, as Comissões de Saúde das Assembleias Legislativas e das Câmaras de Vereadores e com o Procon;
- definir a alocação dos recursos segundo as necessidades e os interesses coletivos;
- exigir a democratização das informações e a transparência na gestão;
- estabelecer mecanismos de capacitação permanente dos conselheiros com formação crítica sobre a realidade social, política e econômica na qual estão inseridos;
- incentivar a criação e/ou fortalecimentos dos conselhos locais em unidades de saúde para democratizar a gestão;
- limitar o poder das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite que não são instâncias deliberativas, mas de negociação e pactuação entre gestores, reafirmando o poder deliberativo dos Conselhos.

2.2- O conselho Municipal de Juiz de Fora

As primeiras tentativas de conformar espaços de controle social no município de Juiz de Fora datam de 1987, quando ocorreu a assinatura do convênio entre União e o Estado, que previa a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no Estado de Minas Gerais, criando assim a oportunidade para efetivação, no nível local, da perspectiva da descentralização político-administrativa do setor saúde, e em decorrência, a municipalização desta. Será no período compreendido entre 1983 e 1989 que a participação política ganhará espaço nos discursos oficiais, e que serão formados os primeiros conselhos comunitários de saúde, porém, estes logo em seguida desmobilizaram-se.

Em 1989, quando o Plano Municipal de Saúde foi elaborado, ele buscou incorporar as diretrizes discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, propondo assim a divisão da cidade em regiões sanitárias, com a perspectiva da distritalização. No que tange à participação da população inscrita no Plano, foi reconhecido que as ações a serem desenvolvidas deveriam sustentar-se a partir da realidade local e das reais necessidades da população. Além disso, enfatizava-se a necessidade de a população ter acesso à informação e também aos dados relativos ao funcionamento do sistema.

Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica Municipal de Saúde, a participação da população foi prevista no artigo 121, inciso III, nos seguintes termos: "participação, em nível de decisão, de entidades representativas de usuários e de profissionais de saúde, na formulação, gestão e controle da Política Municipal e das ações de saúde, através do Conselho Municipal de Saúde" (Lei Orgânica Municipal de Saúde, 1990: 23 IDEM CMS de Juiz de Fora.)

Em 1991, o processo de implantação da municipalização da saúde em Juiz de Fora é deflagrado a partir da assinatura do convênio de descentralização administrativa entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Município. A Secretaria Municipal de Saúde passou, a partir de então, a gerenciar uma rede de Serviços de Atenção secundária (PAM's – Postos de Atendimento Médicos e Policlínicas), além das Unidades Básicas de Saúde – UBS's. Nesse momento também é proposta a

formação dos Conselhos Locais de Saúde que deveriam ser definidos a partir das Unidades Básicas de Saúde e de sua área de abrangência.

Nesta conjuntura, teve início no município o movimento "SOS Juiz de Fora", de caráter suprapartidário, que objetivava elaborar propostas para as diversas áreas de atuação do setor público. Para dar forma às ações desse movimento, foi formada uma comissão de saúde, composta por técnicos e lideranças comunitárias, dando início a discussões relativas à saúde no Município. Tais discussões culminaram no I Encontro Popular de Saúde de Juiz de Fora, em sete de julho de 1991. Deste Encontro originou-se o "Fórum Popular de Saúde", que passou a elaborar documentos acerca da formação do Conselho Municipal de Saúde. Ocorreram, posteriormente, mais dois Encontros populares de Saúde e, no último, foi apresentada uma proposta de lei de formação do Conselho Municipal de Saúde.

A I Conferência Municipal de Saúde de Juiz de Fora foi realizada em setembro de 1991, demarcando o processo de participação da sociedade nos destinos do setor saúde e teve como tema central "Municipalização é o Caminho". De acordo com dados do histórico do CMS, a I Conferência contou com a presença de 122 delegados, representando 38 Conselhos Locais de Saúde e mais de 70 entidades.

O Relatório Final da I Conferência traduziu-se na proposta de criação do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora, contudo, este relatório não foi referendado pela Câmara, que apresentou um substitutivo, contrariando a proposta original. Este substitutivo foi aprovado, tornando-se a Lei 8076, de maio de 1992, responsável pela criação do Conselho Municipal de Saúde. É interessante evidenciar que já naquele momento a legislação de criação do CMS previa as suas competências e o instituíria como órgão deliberativo, normativo e fiscalizador do Sistema Único de Saúde, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. No que se refere à definição de seus membros, a Lei afirmava:

§ 1º - Os representantes a serem indicados pelas entidades serão escolhidos em Assembléia convocada para este fim, respeitados seus Regimentos Internos, salvo os representantes das instituições públicas e filantrópicas prestadoras de serviços, por suas especificidades, a indicação deverá ser comunicada ao Presidente do Conselho Municipal de Saúde, mediante correspondência específica acompanhada de Ata da Assembléia que os elegeu;(LEI 8076, 1992)

A referida lei previa, ainda, que no segmento dos usuários a indicação de parte dos conselheiros deveria ser feita a partir dos conselhos regionais de saúde ligados aos distritos sanitários definidos. Apesar dessas características, que podem

ser consideradas um avanço para o controle social que emergia (devido a sua capilaridade junto aos conselhos regionais e pelo modo de eleição dos representantes), a lei de criação do CMS previa o secretário municipal de saúde como seu presidente nato, o que infelizmente se assemelha a realidade nacional já evidenciada. Entretanto, esta Lei foi alterada com a publicação da Lei 8855, de 13 de maio de 1996, na qual o Secretário Municipal de Saúde passa a ser considerado apenas membro nato do CMS, sendo o Presidente, o Vice-Presidente e demais membros da Mesa Diretora, eleitos pela plenária do CMS para um mandato de dois anos.

É interessante notar como o CMS, mesmo que de forma incipiente, desde sua origem busca constituir uma estrutura organizativa, criando ainda, em 1992, a Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde com o objetivo de dar suporte organizacional.. Entretanto, somente em 1996 foi criado o cargo em comissão de Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde, através da Lei 8860, de 21 de maio de 1996. Nesta Lei é criado o cargo em comissão de Ouvidor Municipal de Saúde, vinculado ao Conselho Municipal de Saúde, a ser ocupado preferencialmente por um usuário, o qual foi inicialmente vetado pelo Poder Executivo Municipal e posteriormente promulgado pela Câmara Municipal em 24 de junho de 1996. Na ocasião ficou definido que o Ouvidor deveria ser eleito pelo Conselho Municipal de Saúde para um mandato de dois anos e nomeado pelo Executivo Municipal, não podendo ser exonerado durante o exercício do mandato, exceto por decisão da maioria dos membros do Conselho que o elegeu. As atribuições específicas do Ouvidor Municipal foram fixadas por Resolução do Conselho Municipal de Saúde e sua remuneração foi fixada em equivalência à de Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde.

Em março de 1995, aconteceu a II Conferência Municipal de Saúde, considerada um grande salto no processo de Reforma Sanitária de Juiz de Fora, que teve como tema central "Os Desafios da Gestão Semi-Plena". A participação maciça da sociedade civil, governo, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e usuários durante o evento garantiu um elevado grau de coesão à ideia da necessidade de se aprofundar a municipalização da saúde através da solicitação à Comissão Bipartite do enquadramento do município à modalidade de Gestão Semi-Plena, assumindo as seguintes responsabilidades:

A Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços (planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares), exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual. Assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador do seu território". Nesta Conferência foi reafirmada a necessidade de mudança do Modelo Assistencial de Saúde, priorizando a prevenção, o fortalecimento da Atenção Básica, a utilização da Epidemiologia como instrumento de Planejamento e Programação em saúde. (CMS, 1995)

Conforme sinalizamos, ao analisar historicamente a criação do conselho nacional de saúde e conhecer alguns marcos desse espaço institucional, conhecemos também a evolução da política de saúde no município de Juiz de Fora. Assim, a seguir elencamos alguns marcos históricos importantes na construção histórica do CMS de Juiz de Fora.

Em 1997, foi elaborado o II Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora, que contou com a participação do CMS, espaço no qual teve sua aprovação final.

No ano de 1998, o município de Juiz de Fora assumiu a modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme descrito na Norma Operacional Básica 01 de 1996, sendo este um importante avanço para a efetivação da descentralização proposta pelo SUS.

Conforme ressaltamos, as Conferências de saúde constituem também um espaço institucional de participação popular prevista pela Lei 8142, assim, é importante destacar que em agosto de 1999 aconteceu a II Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora, com o tema central "Ética e cidadania na construção de uma Rede de Assistência em Saúde Mental". Em fevereiro de 2000, realizou-se a III Conferência Municipal de Saúde, com o tema "Efetivando o Controle Social", a qual fez parte de uma etapa preliminar para participação da IV Conferência Estadual de Saúde, ocorrida em novembro de 2000, com o tema "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social" e da 11ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 2000, com o mesmo tema.

Imediatamente após a III Conferência Municipal de Saúde de Juiz de Fora, foi realizada a I Conferência Regional de Saúde, dos municípios da Diretoria Regional de Saúde de Juiz de Fora, seguida da I Plenária de Conselhos de Saúde da Região Sudeste. Esses acontecimentos propiciaram grandes avanços e conquistas para o controle social no SUS e o CMS de Juiz de Fora teve uma participação decisiva

nesses encontros, garantindo a presença de 36 Delegados na IV Conferência Estadual de Saúde e oito Delegados na 11.ª Conferência Nacional de Saúde.

O ano de 2001 foi marcado pela intensa participação do CMS no cenário estadual e nacional em vários eventos, dentre eles a VI Plenária Estadual de Conselheiros (abril/2001), a VII Plenária Estadual de Conselheiros (novembro/2001), a II Plenária de Conselheiros da Região Sudeste (novembro/2001) e a II Plenária Regional de Conselheiros da Zona da Mata de MG (junho/2001) organizada pelo CMS/JF, SMS/JF e DRS/JF. Participou ainda da I Conferência Municipal de Assistência Social de Juiz de Fora e organizou a I Conferência Municipal de Vigilância Sanitária e a III Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora. Em consequência, o CMS participou da I Conferência Estadual de Vigilância Sanitária, da I Conferência Regional de Saúde Mental e da III Conferência Estadual de Saúde Mental, além de participar do I Fórum Social Mineiro.

A atuação do CMS/JF em 2001 incluiu ainda a participação em Audiências Públicas nos Legislativos Municipais e Estaduais, Câmaras Itinerantes Temáticas sobre saúde no Legislativo Municipal, reuniões sobre saúde com o Ministério Público, com o Legislativo Municipal e com o Executivo Municipal, além da participação em reuniões do Conselho Estadual de Saúde e uma reunião com o Ministério da Saúde para discutir a Urgência/Emergência e Atenção Hospitalar em Juiz de Fora.

O atual regimento interno do CMS, aprovado em janeiro de 2009, define as competências do conselho e sua organização interna, indicando que suas reuniões ordinárias devem ocorrer mensalmente, às quartas-feiras de cada mês e às quintas-feiras subsequentes. Além disso, as reuniões terão duração de até três horas.

No que concerne à estrutura do CMS, o regimento prevê, em seu Capítulo VIII, os órgãos integrantes, quais sejam:

Art. 34 - O Conselho Municipal de Saúde/JF será constituído por:

- a) Plenário
- b) Mesa Diretora
- c) Comissão de Recursos da Saúde
- d) Comissões Temáticas
- e) Secretaria Executiva
- f) Ouvidoria

Aqui interessa-nos particularmente aprofundar a compreensão acerca da Comissão de Recursos de Saúde, que segundo o regimento:

P) A Plenária constituirá uma Comissão de Recursos da Saúde com a finalidade de agilizar seus trabalhos, ao acompanhar e fiscalizar a movimentação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde de Juiz de Fora;(CMS,2009)

Acompanhar a destinação do fundo público é de extrema importância para que o controle social realmente exerça sua função, porém, diante da conhecida complexidade que o sistema de prestação de contas alcança no âmbito da gestão em saúde, esse acompanhamento, para que seja efetivo, demanda que sejam previstas assessorias. Ocorre, entretanto, que em comissão alguma é identificada tal possibilidade. E, conforme já evidenciado anteriormente, esta constitui uma questão problemática para que o pleno exercício do controle social se efetive.

Nesse momento não nos cabe realizar uma análise mais aprofundada acerca das problemáticas que envolvem o CMS de Juiz de Fora, pois tais questões serão abordadas em nosso próximo capítulo, pelo viés de todo o referencial teórico construído até o momento. Buscaremos reconstruir a trajetória de implementação da Unidade de Pronto Atendimento de São Pedro em Juiz de Fora a partir das atas do conselho de saúde, revelando conseqüentemente as problemáticas que envolvem os espaços conselhistas na atualidade.

Capítulo III - Unidades de Pronto atendimento: novo serviço ou velhos arranjos?

Neste capítulo nos dedicaremos a analisar o processo histórico de implantação da unidade de pronto atendimento “São Pedro” no município de Juiz de Fora. Para tanto, inicialmente apresentaremos nosso cenário: o município de Juiz de Fora e o território de implantação da UPA. Em seguida apresentaremos a FHU (Fundação de Apoio ao Hospital Universitário), Fundação que assume a gestão da UPA, para posteriormente nos dedicarmos à análise da implantação deste serviço e, em seguida, à definição do modelo de gestão.

Como procedimentos metodológicos para este estudo adotamos a análise de fontes bibliográficas primárias e secundárias, objetivando problematizar o processo histórico da constituição de um serviço de saúde que desde sua origem tem sua gestão terceirizada.

O conselho municipal de saúde foi definido como cenário da análise de nosso objeto por compactuarmos com as indicações de que ele congrega setores portadores de interesses contraditórios, o que possibilita a explicitação dos projetos em embate.

A contrarreforma do Estado, empreendida a partir de 1990, no Brasil, tem por discurso principal a necessidade de implementar uma “reforma gerencial” a partir da qual serviços considerados não exclusivos do Estado, que seriam as políticas sociais, podem ser delegados a uma esfera pública não estatal ou ao setor privado. Dessa estratégia, fortemente defendida pelos projetos políticos que governaram o país desde então, decorrem consequências nefastas, as quais podemos citar a desregulamentação e a precarização do trabalho, a utilização do fundo público em prol do capital e a conformação de políticas sociais precárias e focalizadas, em detrimento dos preceitos universalistas inscritos pela CF de 88.

Conforme evidenciado anteriormente, os conselhos de saúde, espaços institucionais de participação, foram concebidos nas décadas de 1970 e 1980 como uma das propostas democratizantes do movimento de reforma sanitária. Seu marco legal e sua implementação, entretanto, ocorrem na década de 1990. As análises acerca desses espaços têm evidenciado seu caráter de resistência às contrarreformas empreendidas pelo capital em defesa da saúde pública e universal

inscrita na CF de 88 e sua capilaridade oportunizada pela descentralização das políticas sociais.

O período histórico definido para início de nossa pesquisa junto às atas do Conselho Municipal de saúde foi o mês de janeiro de 2010. Tal escolha se dá por ser este o ano de início do funcionamento da UPA São Pedro. Buscaremos desenvolver nossas ações a partir de duas categorias empíricas: “a implantação da UPA e a mediação do controle social” e “definição do modelo de gestão”.

3.1- A origem das Unidades de Pronto Atendimento

Entre as propostas de governo para o setor saúde iniciadas por Lula (as quais Dilma tem dado continuidade) está a Política de Atenção às urgências e a consequente implantação das UPA's: as Unidades de Pronto Atendimento.

Em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Urgência e Emergência, objetivando estruturar e organizar a rede que materializa esse nível de atenção do SUS. A referida política prevê, entre os equipamentos de saúde que compõem o sistema de urgência e emergência, as Unidades de Pronto Atendimento, cujo objetivo, segundo Ministério da Saúde, é *“diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nas UPAS, ou unidades básicas de saúde, sejam encaminhados para as unidades. Hospitalares”*.

De acordo com o site do ministério da saúde,

Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas objetivam prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

(http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38016)

As UPA's são categorizadas em três modalidades, ou portes, definidos a partir do critério populacional de cobertura da UPA. Para a implantação e para o custeio de cada serviço, são repassados recursos definidos a partir do porte, definido conforme os valores indicados na tabela abaixo:

Tabela 1 - Definição de recursos destinados às UPA's

Porte	Número de habitantes cobertos pela UPA	Repasse para implantação da UPA (edificação/mobiliário, materiais e equipamentos)	Repasse para custeio das atividades de cada Upa
UPA Porte I	50.000 a 100.000 habitantes	R\$ 1.400.000,00	R\$ 100.000,00
UPA Porte II	100.001 a 200.000 Habitantes	R\$ 2.000.000,00	R\$ 175.000,00
UPA Porte III	200.001 a 300.000 Habitantes	R\$ 2.600.000,00	R\$ 250.000,00

Fonte – Portaria MS nº 1020

Segundo a portaria MS nº1020, a definição do local de implantação de cada UPA deve ocorrer a partir do levantamento das condições de saúde da população de uma determinada localidade, observando a existência da rede de atenção básica organizada através da cobertura da estratégia de saúde da família.

As UPA's possuem funcionamento de 24 horas por dia, sete dias por semana e, de acordo com previsão do Ministério da Saúde, devem resolver 97% da demanda recebida, contando para isso com uma estrutura simplificada de exames de baixa tecnologia como Raio X e eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação.

É importante observar que, de acordo com a descrição elaborada pelo Ministério da Saúde, as UPA's não se enquadram na hierarquização proposta pelo SUS, que concebe o setor primário através da atenção básica, o setor secundário através dos centros especializados e a atenção terciária composta pelos hospitais, que deveriam atender questões mais complexas de saúde.

O governo brasileiro tem evidenciado o incentivo à disseminação destes serviços de atendimento "intermediário" e, apesar de um discurso em prol da atenção básica, pouco se tem avançado no sentido de materializar uma política de saúde pautada pela prevenção a agravos e promoção da saúde. Tais afirmações podem ser evidenciadas nas notícias veiculadas pelo governo e na destinação do fundo público para construção destes serviços.

De acordo com a portaria nº 1020, as competências e responsabilidades que cabem as UPA's são:

- I - funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana;
- II - acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA;
- III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- IV - estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos;
- V - articular-se com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência e ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados;
- VI - possuir equipe interdisciplinar compatível com seu porte;
- VIII - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- IX - fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica;
- X - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- XI - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- XII - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;
- XIII - prestar apoio diagnóstico (realização de Raios-X, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico nas 24 horas do dia;
- XIV - manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- XV - encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação acima mencionada por meio do Complexo Regulador;
- XVI - prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede locoregional de Urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;
- XVII - contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- XVIII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade; e
- XIX - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade. (MS portaria nº1601/2011)

É interessante ressaltar que, apesar da portaria n 1020 definir até mesmo os equipamentos que devem constar em cada UPA, a normativa não se dedica a apresentar uma política de contratação de recursos humanos e também não apresenta uma proposta de gestão para esse serviço. Tais pontos têm aberto a possibilidade de entrega desses serviços à gestão terceirizada mesmo antes de

iniciarem seu funcionamento, como é o caso de Juiz de Fora, além de embates com as entidades representantes dos trabalhadores.

A portaria ministerial nº 1020 foi revogada pela publicação da portaria ministerial Nº 1601, de sete de julho de 2011. Além de alguns aperfeiçoamentos administrativos envolvendo a UPA, compreendemos que a principal inovação instituída por esta portaria refere-se à garantia de que serviços já existentes em municípios sejam adequados e habilitados como UPA's, conforme explícito em seu artigo 4º:

Art. 4º Fica instituído incentivo financeiro de investimento e custeio para as UPA 24 h, considerando-se:

I -UPA Nova: aquela unidade que receberá incentivo financeiro de investimento para nova construção, mobiliário, materiais e equipamentos;

II - UPA Ampliada: aquela unidade que receberá incentivo financeiro de investimento para acréscimo de área a uma edificação já existente, além de incentivo de mobiliário, materiais e equipamentos;

III -UPA Reformada: aquela unidade que receberá incentivo de custeio para alteração em ambiente já existente sem acréscimo de área, além de incentivo de mobiliário, materiais e equipamentos; referencia.

Posteriormente, nossas análises acerca da UPA São Pedro evidenciarão que esta foi a estratégia adotada pelo município antes da instituição desta portaria. Outro ponto a ser destacado refere-se à definição feita por esta portaria acerca do “lugar” que este serviço ocupa. De acordo com a portaria 1601:

1º A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências.(MS Portaria nº1601, 2011)

Acerca das UPA's, Bravo e Menezes (2011) afirmam:

Outra demanda é a implantação de UPAS (Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas) em todo o Brasil e a importância da formação e fixação de profissionais de saúde. Com relação a estas propostas cabem algumas reflexões. As UPAS fortalecem o modelo hospitalocêntrico. O importante seria pensar o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e sua articulação com o sistema. Outra questão a ser considerada é como fixar os profissionais e solidificar sua formação sem uma política de gestão do trabalho e educação, explicitando plano de cargos, carreiras e salários e a proposta de educação permanente para os trabalhadores da saúde. O que se tem verificado é a ampliação da terceirização e a precarização dos trabalhadores. (BRAVO e MENEZES, 2011, p.23)

As análises acerca da implantação das UPA's ainda são incipientes e instigam a necessidade de compreender qual sua funcionalidade ao governo, qual sua funcionalidade ao Sistema Único de Saúde e principalmente qual sua funcionalidade para a reprodução do capital.

3.2 - A contrarreforma no setor saúde: o caso de Juiz de Fora

O município de Juiz de Fora, localizado na Região Sudeste de Minas Gerais, mais precisamente na Zona da Mata mineira, possui, segundo dados do IBGE de 2010, 516.247 habitantes e constitui uma cidade de referência de acesso a serviços de saúde de maior complexidade para 93 municípios, de menor porte populacional, localizados em seu entorno.

De acordo com dados de atas do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora, em 2010 a cobertura da estratégia de saúde da família do município atingia apenas 52% da população. Se considerarmos que a atual política nacional de saúde concebe a estratégia de saúde da família como a “porta de entrada” preferencial para os serviços de saúde, podemos inferir que a sua baixa cobertura pode decorrer da desorganização do acesso aos serviços de saúde organizados em rede. Cabe ressaltar que além de serviço preferencial para o primeiro atendimento, a estratégia de saúde da família é concebida como prioritária por seu potencial para prevenir agravos e promover saúde.

Apesar da relevância da estratégia de saúde da família, sua baixa cobertura em diversos municípios do país, a exemplo de Juiz de Fora, tem elevado os agravos a saúde e levado a população a buscar, cada vez mais, serviços especializados, causando a superlotação dos hospitais.

Com o objetivo de resolver a questão da superlotação dos serviços de urgência, conforme citado anteriormente, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Urgência e Emergência, que prevê a implantação das UPA's, cujos reais objetivos e o modelo de gestão adotado em diversas experiências ainda carecem de mais análises.

Em janeiro de 2010, o município de Juiz de Fora implantou duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), localizadas nos bairros Santa Luzia e São Pedro (região oeste).

As UPA's, conforme afirmado anteriormente, têm uma natureza ainda não totalmente clara, pois conjugam ações de nível secundário com ações que deveriam ser executadas pelo nível terciário, pelos hospitais. Prova disso é a previsão de leitos de UTI nas UPA's, que não deveriam realizar internações de maior permanência. Cabe destacar o ponto sobre a estrutura física de implantação dessas duas UPA's, que foram construídas na gestão municipal anterior á analisada neste

estudo e se destinavam a instituir o serviço de policlínica municipal, a exemplo de outras já existentes em Juiz de Fora. Porém, sob a alegação de obtenção de recursos da esfera federal, buscou-se adequar esses serviços, que no caso do imóvel que seria destinado a UPA São Pedro, permaneceu por dois anos construído e sem funcionamento.

De acordo com a portaria ministerial nº 1020, que define as diretrizes de implantação da UPA, esse serviço deveria ser instalado em territórios cobertos pela estratégia de saúde da família devido à organização da demanda que este serviço pode proporcionar, porém, o que tem acontecido, em muitos casos, a exemplo de Juiz de Fora, é a instalação de unidades em territórios cuja cobertura de saúde da família ainda não atinge a totalidade da população, como é o caso da UPA São Pedro.

A UPA São Pedro está localizada na região administrativa oeste, a qual, segundo o plano de desenvolvimento local do município de Juiz de Fora, de 2004, é composta por cerca de trinta e sete bairros. O PDL (2004) apontou a rede de serviços de saúde da região como um ponto “fraco”, principalmente quando considera que o equipamento público ali instalado era composto apenas por três unidades básicas de saúde. O referido plano evidenciou que 48% da população buscava atendimento prioritariamente em outra região administrativa.

É importante destacar que mesmo antes da UPA São Pedro iniciar suas atividades, o debate instalado no interior do CMS se referia ao modelo de gestão a ser adotado, se público ou terceirizado, e sobre o qual seria a fundação que assumiria a gestão. O mesmo ocorreu em relação a UPA Santa Luzia.

Após debates no interior do Conselho Municipal de Saúde e da realização de processo licitatório, a proposta inicial feita pela gestão se materializa e a Fundação de Apoio ao Hospital Universitário (FHU) assume o gerenciamento da UPA do bairro São Pedro. A UPA do bairro Santa Luzia ficou sob a gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

Para que possamos qualificar nosso debate acerca da gestão da UPA São Pedro, objeto deste estudo, nos dedicaremos, no próximo item, a realizar uma aproximação sobre a Fundação Hospital Universitário.

3.3 - A Fundação de Apoio ao Hospital Universitário?

Em 1996, num cenário nacional de avanço do projeto privatista, a Fundação de Apoio ao Hospital Universitário da UFJF (FHU) é criada. De acordo com o estatuto da FHU:

Art. 1º A FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – FUNDAÇÃO do HU da UFJF (ou FHU), instituída nos termos da escritura pública lavrada no Cartório do 2º Ofício de Notas, da Comarca de Juiz de Fora, Livro nº 490, fl. 087, é pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia financeira e administrativa, regendo-se pelo presente Estatuto e pela legislação que lhe for aplicável.

De acordo com o sítio eletrônico da organização, a fundação objetiva captar recursos materiais, financeiros e humanos, por meio de parcerias e projetos para a sustentação do Hospital Universitário de Juiz de Fora. Sua atuação envolve o entrosamento com o setor público em nível federal, estadual e municipal, visando que os convênios e os contratos firmados contribuam para o desenvolvimento desse *“importante ambiente de aprendizagem acadêmica e de pesquisas em saúde da UFJF”*. Tais objetivos são descritos em seu estatuto da seguinte forma:

Art. 3º A FUNDAÇÃO do HU da UFJF tem por objetivos principais e permanentes:

- a) exercer a filantropia e a assistência social;
- b) exercer ou apoiar atividades técnicas, científicas e culturais;
- c) elaborar, executar ou apoiar projetos de pesquisa, ensino e extensão e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico;
- d) conceder bolsas para atividades de ensino, em nível de graduação e pós-graduação, *strictu lato sensu*, de pesquisa e de extensão.

Porém, é importante destacar que, em seu estatuto, a FHU prevê a possibilidade de exercer ações para além da instituição hospital universitário e em um território mais abrangente que o município no qual possui sede. Tais constatações ficam explícitas nos seguintes artigos de seu estatuto:

Art. 4º Para cumprir suas finalidades, a **FUNDAÇÃO do HU da UFJF** poderá organizar-se em tantas unidades de prestação de serviços (ou órgãos) quantas se fizerem necessárias, as quais se regerão por regimentos internos específicos.

Parágrafo Único – A Fundação do HU da UFJF poderá abrir filiais em qualquer região do país, nos termos do artigo 14, inciso XVII.

Art. 5º Na consecução de seus objetivos, a **FUNDAÇÃO do HU da UFJF** poderá firmar convênios ou contratos e articular-se, pela forma conveniente, com entidades e órgãos públicos ou privados.

Segundo a página eletrônica da FHU, *“a cada ano as atividades vêm se consolidando, com a ampliação das parcerias que alcançam também o terceiro*

setor, graças ao trabalho ativo da FHU em benefício da população e do Hospital Universitário da UFJF.”

É importante destacar que as ações realizadas pela referida fundação, conforme indicado em seu estatuto, têm expandido sua atuação para além do território de Juiz de Fora e para além do hospital universitário, atuando como gestora de instituições de saúde, como a UPA do bairro São Pedro em Juiz de Fora, a UPA de São João Del Rei e o hospital de misericórdia de Santos Dumont.

Outro ponto importante referente à FHU é a sua certificação como entidade de assistência social pelo Conselho Nacional de Assistência Social: a Fundação, apesar de existir desde 1996 e de realizar parcerias, inclusive com o poder público, não possui registro no CNAS, o que pôde ser verificado em consulta à lista disponível no sitio eletrônico do conselho. Aqui encontramos uma questão relevante para nossa análise na medida em que uma instituição que se diz sem fins lucrativos e executa ações para o governo e, portanto, recebe repasse de verbas públicas não está formalmente reconhecida como tal, ou melhor, não constitui realmente uma organização sem fins lucrativos.

Em consulta aos dados da UPA no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁴, a FHU é identificada no campo razão social, a gestão é municipal com esfera administrativa privada. Também no CNES, o campo CNPJ da UPA São Pedro está em branco. O número de registro de CNPJ poderia permitir a consulta da prestação de contas junto ao Ministério Público, porém, até o momento não foi possível identifica-lo.

No que se refere à prestação de contas o estatuto dispõe:

Art. 45 A prestação de contas da FUNDAÇÃO do HU da UFJF conterà, dentre outros, os seguintes elementos:

- a. balanço patrimonial;
- b. balanço orçamentário;
- c. balanço financeiro;
- d. relatório pormenorizado do Conselho Diretor, demonstrando as principais ocorrências do exercício.

O estatuto da FHU em momento algum, menciona onde será publicizada a prestação das contas da organização, o que colabora com a não publicização dessa importante fonte.

¹⁴ Site consultado em 13/10/2012

http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3136706571573

Com o intuito de analisar a história de criação da Unidade de Pronto Atendimento de São Pedro, como ocorreu o debate sobre seu funcionamento, bem como o que este serviço tem representado para o município de Juiz de Fora, buscamos extrair essas informações a partir do espaço de controle social municipal através das atas de suas reuniões e outros documentos, como resoluções, portarias etc.

3.4- A implantação da UPA e a mediação do controle social

A implantação da UPA São Pedro foi pautada no Conselho Municipal de Saúde, em reunião extraordinária, que ocorreu em 11 de janeiro de 2010. É interessante indicar que a reunião extraordinária ocorre apenas um mês após a última reunião ordinária do ano de 2009, na qual não se discutiu o modelo de gestão das UPA's, apesar deste aspecto constituir pauta.

A referida reunião extraordinária teve como expositora da proposta de gestão das UPA's Sul e Oeste a então secretária de saúde Dra. Maria Ruth dos Santos. Ruth inicia sua fala junto aos membros do CMS afirmando o compromisso com as lutas pelo SUS e justificando a necessidade de uma reunião extraordinária para discutir o modelo de gestão das UPA's:

Boa noite, antes de começar eu gostaria de desejar a todos um feliz 2010, que nós tenhamos um ótimo ano e que as nossas lutas em defesa do SUS, na construção do SUS e que nós somos parceiros nisso, que a gente consiga avançar esse ano, nós estamos com essa expectativa e esperamos que tenhamos um ano produtivo e profícuo em ações e que a gente consiga avançar em ações no SUS em Juiz de Fora. Eu também gostaria de começar com essa felicitação, também como um pedido de desculpas de ter tirado vocês do recesso para discutirmos o Modelo de Gestão das UPA's, na verdade esse Modelo de Gestão estava na pauta do dia 12/12 no sábado e vocês perguntaram e eu disse que ainda não sabia do Modelo de Gestão, então naquele momento nós optamos por apresentar o que era a UPA, avançar um pouco na discussão técnica do que são as UPA's, o que a gente pretende com esse projeto, agora que se aproxima a hora de colocarmos essas duas Unidades em funcionamento, depois do dia 12 e a partir de algumas consultas que foram feitas é que nós avançamos um pouco mais, então é por isso que nós chamamos vocês para essa reunião extraordinária (...)
(Ata da reun. ext. CMS - 11/01/2010 pag1)

É no mínimo intrigante que a gestora, apenas um mês após a reunião ordinária, na qual o modelo de gestão, apesar de constituir pauta, não foi discutido (mediante a alegação de falta de informações), tenha realizado "consultas" e, às vésperas da inauguração dos serviços tivesse condição de pautar esse modelo.

Em sua fala, Ruth enaltece os avanços do SUS, principalmente no que se refere à municipalização, ao avanço dos municípios na direção da gestão plena do sistema. Nas palavras da própria gestora:

Eu queria pontuar para vocês que isso que vocês sabem, mas é sempre bom que a gente lembre, isso é amplamente reconhecido na literatura e na experiência prática de implantação do Sistema Único de Saúde e de organização do Serviço de Saúde, que tanto a Constituição Federal de 1988, quanto a Lei Orgânica 8880/8142 trouxeram inúmeras novidades organizativas em termo de estrutura e funcionamento do Sistema Único de Saúde. O SUS avançou na Gestão Participativa; Avançou no Controle Social em 20 anos que temos de SUS; Avançou na Municipalização porque hoje nós somos Gestão Plena do Sistema e tem vários Municípios em Gestão Plena, então ações e serviços que antes eram de responsabilidade do Nível Estadual ou Federal hoje estão efetivamente de responsabilidade dos Municípios, então isso avançou muito e isso vem se ampliando cada vez mais; Avançou na criação dos Fundos de Saúde com suas várias contas, sua autonomia financeira, mas ainda falta a reforma...isso são itens que a gente ainda não conseguiu avançar tanto que é a Organização e Gestão do Sistema, ainda não avançou mas está se buscando forma de avançar. (*Ata da reun. ext. CMS - 11/01/2010 pag2*)

É importante ressaltar que a descentralização dos serviços de saúde constituiu uma pauta reivindicatória do Movimento de Reforma Sanitária que se materializou nas propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, norteadoras da formulação do Plano Municipal de Saúde de Juiz de Fora, elaborado em 1989.

Apesar de ressaltar o avanço da política de saúde na direção da municipalização, assumindo a execução dos serviços de saúde, a gestora em seguida faz uma proposta totalmente contrária a essa afirmativa. A proposta apresentada pela secretária seria de que duas policlínicas do município, que foram implantadas a partir do financiamento municipal, se “adequem” a um novo modelo proposto, que seria o das UPA's. De acordo com a gestora do município:

Em Juiz de Fora nós tínhamos um modelo anterior que eram duas Unidades de Saúde construídas para serem Policlínicas com recursos públicos, com equipamentos, etc., mas preparadas para serem Policlínicas, naquele momento em que isso aconteceu ninguém pensou como isso seria custeado, eu já ouvi até algumas críticas principalmente de movimento sindical dizendo que a Prefeitura está fazendo um cambalacho, fazendo aquilo, fazendo isso e transformando Policlínica em UPA, nós não estamos fazendo cambalacho nenhum, nós estamos tentando adequar as duas Policlínicas porque tem custeio garantido para a política hoje, hoje o modelo do Ministério da Saúde é Programa Federal, é organizar as Urgências / Emergências 24 horas, tanto a fixa quando a móvel, organizar o Sistema de Regulação. Então o modelo atual é UPA, mas vocês podem ficar tranquilos porque tudo está sendo feito de acordo com o regramento que as UPA's indicam, enfim, com todo regramento que as UPA's colocam nós estamos tentando fazer nas duas Unidades, então elas estão passando por ajustes, reformas e seguirão a Portaria 1020 para se adequarem à modalidade de custeio que está sendo proposta pelo Ministério da Saúde. (*Ata CMS reun. ext. - 11/01/2010 p.2*)

A fala da gestora exalta a necessidade de se enquadrar serviços executados diretamente pelo município a um modelo proposto pelo nível central sendo que anteriormente ela enaltece o fato dos municípios terem avançado no sentido de assumir a gestão dos serviços de saúde. Para além do custeio, a questão que está diretamente ligada à gestão das UPA's se refere à forma de contratação de profissionais (alvo de críticas por parte dos sindicatos) e à forma de compra e prestação de contas de unidades cuja gestão é delegada ao setor privado, ou terceirizada, mas cujo financiamento é público, o que em nossa concepção nada mais é que uma estratégia para privatizar os serviços de saúde.

Dando continuidade a discussão junto ao controle social, a gestora aborda a questão do modelo de gestão:

Então para nós o desafio é o Modelo de Gestão, nós estamos pensando em discutir com vocês o novo Modelo Assistencial que implique na descentralização do atendimento de urgências de baixa e média complexidade e o sucesso desse novo modelo para nós implica no Modelo de Gestão. O que nós estamos pensando, mas esse modelo ainda não está desenhado porque a gente precisa conversar mais aqui, com os profissionais, etc... O que buscamos com uma Gestão Eficiente? Facilitar o acesso aos serviços de saúde para responder ao princípio da equidade; Criar mecanismos para conhecer e equilibrar as despesas, nós estamos crescendo em serviços, ampliando, nós estamos implantando; Uma instituição ser eficiente e resolutive; Dotar o sistema de agilidade principalmente se tratando de urgência e emergência; Buscar e garantir a melhoria da qualidade dos serviços, então é isso que a gente pensa de uma gestão eficiente. (Ata da reunião. ext. CMS - 11/01/2010 Pág.:4)

A partir da fala da gestora é possível fazer algumas reflexões como qual a sua concepção acerca do espaço do controle social; uma vez que ela afirma que o modelo não está totalmente desenhado porque é *necessário “conversar mais aqui com os profissionais”*?

O conselho de saúde constitui um espaço institucional de participação popular que debate e delibera sobre a política de saúde conforme previsto pela Lei 8142/90. Portanto, não se trata de uma “conversa” e sim de um debate que não ocorre somente com os profissionais e sim com todos os segmentos envolvidos: usuários, gestores, trabalhadores e prestadores de serviço, precedendo a deliberação sobre os rumos da política de saúde.

Um segundo ponto que é citado na fala anterior e que será mais desenvolvido a seguir se refere à eficiência da gestão, discurso amplamente disseminado no âmbito da reforma do Estado. Aqui é necessário resgatarmos as análises

desenvolvidas no primeiro capítulo deste trabalho, acerca dos preceitos neoliberais que orientam a contrarreforma do Estado.

De acordo com o projeto de reforma gerencial (Besser Pereira 1995), o Estado deveria ser dividido em setores, sendo que, entre eles, há o setor não exclusivo do Estado, composto pelas OS's, OSCIP's e fundações. Segundo a proposta de contrarreforma do Estado, este setor se refere à execução das políticas públicas que devem ser delegados a uma esfera pública não estatal ou ao setor privado. Os argumentos utilizados pelos reformistas se referem ao esgotamento das possibilidades de intervenção do Estado, considerado "inchado", à necessidade de dar agilidade à gestão concebida como extremamente burocrática, e à necessidade de flexibilizar a estabilidade e a rigidez da seleção dos trabalhadores. Tais argumentos podem ser evidenciados na fala da gestora a seguir:

Vocês sabem, todos aqui tem alguma experiência, alguns são até Servidores, outros tem vivência suficiente e experiência de lidar com a administração pública, a administração pública tem alguns entraves que não nos permite aquele modelo que eu falei que nós queremos agilidade, às vezes a gente não consegue em função das amarras que a gente tem dos princípios que regem a administração pública, principalmente as leis, a Lei 8666 que é muito citada, a Lei de Responsabilidade Fiscal e tantos outros princípios constitucionais e legais de administração pública que a gente não pode deixar de cumprir para que a gente faça a gestão, então o que nós buscamos é o seguinte, mecanismos a gerenciar que responda as necessidades que a gente tem, por exemplo, nós temos um problema gravíssimo na urgência/emergência que é a substituição de Servidores quando o Servidor falta o plantão, a regime de plantão, isso nós temos vivenciado diuturnamente, quando um Servidor por um Atestado Médico, chegou no plantão não tem Servidor ou os Servidores que tem estão em números suficientes a gente não consegue fazer reposição de maneira ágil e que de resolutividade a necessidade daquele momento, nós vivenciamos isso recente no HPS na época de natal, foi até motivo de mídia, na verdade as vezes a gente até coloca o profissional lá, mas a gente é chamado a atenção o tempo todo por conta que você coloca e ele ainda não tem o contrato, enfim, a gente tem muito problema para gerenciar e responder as necessidades que a gente precisa, não é só dos Gestores, necessidades de assistência mesmo e de urgência e emergência. Nós precisamos administrar com eficiência e solucionar problemas na área de pessoal, finanças e administração de pessoal, então a alternativa que a administrativa está buscando no Brasil e etc, é criar Autarquias, fundação pública, fazer parcerias com ONG's e filantrópicas, OCS's, etc, isso para experimentar novos modelos e ter gestões com mais qualidade, eficiência, eficiência no sentido da agilidade porque ninguém está dizendo aqui que os gestores públicos não são bons gestores, não é nada disso, nós estamos dizendo que temos amarra nas Leis que regem a administração pública que não nos permitem agir no tempo e de acordo com a necessidade que a gente precisa. (*Ata da reunião ext. CMS - 11/01/2010 » Páginas: 4 e 5*)

Na fala da gestora, conforme indicado anteriormente, é possível evidenciar claramente as inspirações na tese defendida por Luiz Carlos Bresser Pereira em prol

da reforma gerencial como a “necessidade” de dar agilidade à administração pública, o que ocorreria a partir de modelos de gestão que não se submetam à Lei 8666 e à Lei de Responsabilidade Fiscal que, conforme explicitado anteriormente, têm constituído uma estratégia para conformar relações clientelistas e de favorecimento ao capital.

Outro ponto importante a ser destacado nesta fala refere-se à forma de contratação dos profissionais, pois a gestora deixa evidente a facilidade que a gerência terceirizada teria para realizá-la em relação à administração pública. O que a gestora não relata é a forma de contratação precarizada realizada por essas organizações e sobre a deficiência em relação à realização de concursos públicos no município para suprir a necessidade de recursos humanos.

Sobre os recursos humanos a gestora afirma:

Para essas duas situações que estou falando agora, as duas UPA's de São Pedro e Santa Luzia, nós temos uma situação emergencial de colocá-las em funcionamento para respeitar concursos públicos. Então vocês podem me dizer que nós temos lista de espera com reserva técnica de candidatos para todas as categorias, pediatria o concurso está embargado, para médicos clínicos emergencistas nós zeramos a lista, para ortopedista não tem mais quem chamar, temos para as outras categorias um cadastro de reserva enorme, mas eu vou adiantar lhes que esse cadastro de reserva vai ser usado porque nós estamos substituindo todos os nossos temporários paulatinamente de acordo com a data de contratação, até 28/02, temos concursados respeitando a lista. *(Ata da reun. ext. CMS - 11/01/2010 » Página 5)*

A inclinação da gestora em entregar a gestão das UPA's, que sequer tinham suas atividades iniciadas, para uma entidade terceirizada fica evidente quando ela apresenta sua busca por critérios de escolha da organização social que exercerá essa função, conforme a afirmação a seguir:

Então nós começamos a procurar parceiros que dentro daqueles princípios que a gente falou, que oferecessem serviço de qualidade, que nos oferecessem um custo compatível com as nossas possibilidades orçamentárias financeiras e com o custeio que nós vamos ter de repasse do Ministério da Saúde, que tivesse eficiência e principalmente experiência comprovada na Gerência de Serviços de Saúde. Em Juiz de Fora nós vamos respeitar a legislação do SUS no que tange...nós fizemos o seguinte desenho, entidades que já são parceiras do SUS há muito tempo, algumas da fase Pré -SUS outras da fase Pró - SUS, mas de imediato parceiros do SUS, então nós não estamos falando de entidades que ninguém conheça e que ninguém saiba avaliar a qualidade dos serviços que presta, entidades sem fins lucrativos, filantrópicas, então são essas as parceiras, Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, depois a gente até poderia abrir para vocês, porque nós temos um outro dado, nós fizemos um planilhamento de custos com base na experiência que a gente tem de funcionamento da Regional Norte e Leste, principalmente da Leste que tem 300 atendimentos/ dia, nós

fizemos um levantamento de custos com os nossos custos operacionais, com salários que nós pagamos, com os contratos que nós temos com manutenção de equipamentos e com base insumos e equipamentos de enfermagem, de medicamentos que a gente pratica, então é com base nesse custo que nós temos levantado que eu vou abrir para vocês, não vou abrir hoje porque tem ainda filantrópicas que estão planilhando os custos, mas nós estamos negociando com o Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, Santa Casa de Misericórdia, ASCOMCER e Fundação HU. (*Ata da reun. ext. CMS - 11/01/2010 » Página:5 e 6*)

A fala um tanto confusa da gestora relata que foram realizados levantamentos de custos, porém, não explicita resultados. Para exercer sua função de controle da política de saúde é imprescindível que os membros do conselho detenham informações acerca dos custos dos serviços de saúde e saibam qual é o significado de ser parceiro do SUS. A gestora apresenta um parco perfil definido para eleger a entidade capaz de gerir a UPA e sem maiores justificativas indica o Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus como tal.

É necessário aqui indicar a necessidade de aprofundamento do debate acerca do orçamento e do financiamento do setor saúde, que não possibilita o entendimento, por parte de todos os segmentos, sobre sua destinação, principalmente porque requer conhecimento técnico e um aprofundamento que não podem ser requisitados dos conselheiros. Uma possível alternativa a essa problemática seria o investimento em consultorias, mas há também que se salientar a necessidade de consultorias que não estejam alinhadas aos interesses de uma classe, perpetuando o processo de dominação. Anteriormente evidenciamos que o CMS de Juiz de Fora apresenta sua demanda por consultoria, porém, por ainda não possuir autonomia financeira, a sua viabilização fica a cargo da gestão, que não se dedicou, até o momento final de análises desse estudo, a efetiva-la.

Sobre o contrato de gestão que deve ser celebrado entre o poder público e a organização social/fundação, a gestora municipal afirma:

Nós estamos negociando em Contrato de Gestão para operacionalizar a gestão e executar ações e serviços de saúde nas UPA's, esse contrato de previsão de metas qualitativas e quantitativas, é um contrato emergencial e temporário com previsão, é um contrato que a gente vai fazer por 06 meses e prorrogável por um único 06 meses para avaliação, nós não vamos contratar por 05/10 ou 15 anos, nós vamos contratar por 06 meses prorrogável por 06 meses que é o tempo que a gente precisa para colocar em funcionamento e ver se funciona ou não, se não funcionar nós voltaremos atrás, voltaremos a discutir tudo novamente. Nós vamos contratar emergencialmente com dispensa de licitação e por um tempo definido sem possibilidade de prorrogação, essas entidades tem que prestar contas mensalmente e tem uma avaliação de desempenho trimestral com acompanhamento da Secretaria de Saúde, Secretaria de Política de Desenvolvimento Econômico e Controle Social, nós vamos fazer a cessão de uso da edificação, dos equipamentos e do mobiliário, mas tudo é patrimonializado da

Prefeitura, não tem nada que não seja da Prefeitura e até um equipamento que desgaste do ponto de vista útil e que precisa ser repostado, ele é comprado pela contratada e repostado e patrimoniado pela Prefeitura, tudo será absolutamente inventariado, todos os anexos prevêm essa forma de organização. (*Ata da reun. ext. CMS - 11/01/2010 p.6*)

O debate empreendido acerca da implantação da UPA São Pedro, que significou também o inerente debate acerca do modelo de gestão, se encerrou após uma votação favorável à terceirização, com apenas três abstenções, sendo deliberado:

Presidente do Conselho Municipal de Saúde - Sra. Eriane Sueley de Souza Pimenta: Então fica assim, para que se tenha o processo de licitação com relação às fundações aqui apresentadas, que elas apresentem as suas propostas tanto de projeto de trabalho, como de orçamento e que se implante o Grupo Gestor de forma paritária e que tenha além da paridade as representações das Regiões, após votação, aprovadas as duas propostas. (*Ata da reun. ext. CMS - 11/01/2010 » Página:17*)

A partir desta deliberação foi emitida a Resolução CMS nº 325/2010 que, conforme exposto no item 3.1, "*Dispõe sobre o modelo de Gestão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) SUL e OESTE e dá outras providências.*"

A Resolução 325 inscreve todas as propostas feitas em plenário do CMS:

Art. 1º - Aprovar que a Gestão das Unidades de Pronto Atendimento Sul e Oeste, poderá ser na modalidade de parceria entre a Prefeitura de Juiz de Fora - Secretaria de Saúde e Organizações Não Governamentais, Organizações Sociais, Instituições Filantrópicas sem fins lucrativos, Fundações Públicas de Direito Privado, Fundações Públicas de Direito Público e outras.

Art. 2º - O repasse mensal para custeio da Assistência e do Funcionamento em geral será da ordem de aproximadamente R\$650.000,00 (Seiscentos Cinquenta mil reais), para cada Unidade de Pronto Atendimento.

Art. 3º - Em conformidade com a legislação vigente, para o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento, será obrigatória a constituição de um Grupo Gestor, nomeado por Portaria PJF/SS com a participação de representantes do Conselho Municipal de Saúde, Secretaria de Saúde/PJF e Instituições, assim definidos:

- Representantes do Conselho Municipal de Saúde responsáveis pelo acompanhamento dos Contratos, Convênios e Serviços (Jorge Ramos e Samantha Maria Borcheir).

- Um Representante no Conselho Municipal de Saúde da Região Sanitária 09 e 11.

- Um Representante da Secretaria de Saúde/PJF.

- Representantes das Instituições Contratadas/Conveniadas.

Art. 4º - O Grupo Gestor inicia efetivamente em 11/01/2010, sua participação em todo processo de operacionalização e funcionamento das UPAS Sul e Oeste.

Art. 5º - O prazo contratual para estabelecimento da parceria será de seis meses, a contar da data de assinatura dos contratos, podendo ser prorrogado por mais seis meses.

Art. 6º - A Secretaria de Saúde, o Grupo Gestor, permanentemente acompanharão e avaliarão em todos os aspectos a execução do objeto contratual.

Art. 7º - Em Junho de 2010 o Conselho Municipal de Saúde pautará em reunião específica a rediscussão do modelo de Gestão das Unidades de Pronto Atendimento SUL e OESTE.

Art. 8º - Durante a vigência, e antes do término dos contratos a Secretaria de Saúde deverá ter concluído Processo de Chamada Pública, objetivando a participação de novos parceiros na Gestão das Unidades de Pronto Atendimento Sul e Oeste.

Art. 9º - Revogam -se as disposições em contrário.

Art. 10º- Esta Resolução entra em vigor em 11 de Janeiro de 2010.

É importante também analisarmos outro ponto referente a implantação da UPA : a definição de seu território. Conforme evidenciamos anteriormente, a portaria 1020 prevê que o território no qual a UPA deve ser implantada deve contar com a atenção básica organizada através da estratégia de saúde da família.

A organização da atenção primária no território da UPA é prevista principalmente para organizar a demanda e orientar os usuários em relação a qual serviço deve atendê-lo, assim cabe nos analisar a discussão feita pelo conselho acerca da conformação da estratégia de saúde da família no território de implantação da UPA São Pedro no momento em que se discutia a ampliação da ESF no âmbito municipal:

Sra. Edna Aparecida Rodrigues - RS 09 (Segmento dos Usuários):Essa discussão é recorrente e já foi feita exaustivamente no Conselho Regional da RS 09,esse trabalho de territorialização da nossa área está 02 anos parado, primeiro começou com a Universidade, houve problemas com o Kiko e a gente está esperando que ele seja apresentado agora nos dias 19 de 20 de março, porque essa Região hoje não tem mais limites, São Pedro hoje onde era um morro hoje é um condomínio, onde era uma divisa hoje vai passar uma BR no meio, então a gente não tem mais essa noção de território definido e o Usuário dessa Região é um Usuário circulante, ele vai a UBS de Borboleta não tem médico, ele passa para a UBS de São Pedro não tem médico, ele vai a UBS de Santos Dumont e vai cair lá na UPA, se não for organizada a Rede de Atenção Primária na nossa Região, então não adianta formar...está sendo falado que na nossa Região nós temos 02 médicos, nós temos problemas seriíssimos com esse médico que foi citado, ele tem 02 vínculos na UBS e tem semanas que ele não cumpre nenhum, nem aqui em Juiz de Fora ele mora, então é difícil essa relação, realmente tem Assistente Social, tem uma Enfermeira Chefe, tem o PACS que já funciona na nossa Região há quase 05 anos, mas eu acho que a primeira coisa para definir Saúde da Família naquela Região é organizar, é a gente conhecer primeiro o território, ninguém na Região hoje sabe disso, tanto é que os Usuários lá tem ficha nas 03 UBS's, é uma dificuldade e há muito tempo que a gente vem colocando isso para a Secretaria de Saúde. (*Ata Reunião Ordinária CMS, 24/02/2010, p.: 23*)

Apesar de ter sido proposto em 1994 como um programa que se consolidou e se transformou em estratégia de organização da assistência à saúde da população, a saúde da família, em diversos municípios deste país, não avançou suficientemente em termos de cobertura. Cabe ressaltar que, nesta mesma reunião, a gestora afirma que somente 49,95% do município possui cobertura deste serviço cuja qualidade

também tem sido imensamente questionada, como evidencia a fala da presidente do CMS:

Com a palavra a representante do segmento dos trabalhadores Sra. Eriane Sueley de Souza Pimenta: A minha opinião é a seguinte, a última reunião que nós tivemos aqui no dia 10/2 dos Presidentes de Conselhos Locais e Regionais foi assustadora porque não tem uma Unidade funcionando, não tem uma Unidade que os médicos estejam cumprindo os seus horários, por questões de férias, porque aposentou, porque não tem quem reponha, foi uma lamentação, mas eram coisas graves, importantes, por exemplo, a questão da UPA que foi inaugurada foi falado aqui que se não tiver organizada a Rede Básica, vai estrangular, então eu acho que nós temos que expandir sim, mas eu acho também que é um desafio que a Gestão da Ruth vai ter que assumir de colocar o PSF para funcionar, porque não adianta só cumprir a meta e não monitorar, não tomar conta, não avaliar o serviço que está sendo feito, eu sou profissional de saúde, o serviço que eu atuo eu acho que é importante as pessoas estarem lá o tempo todo, para que possa funcionar, então eu acho que é um desafio, acho que a Secretária junto com a sua Equipe tem competência para colocar esse PSF para funcionar e ser modelo. *(Ata Reunião Ordinária. CMS, 24/02/2010, p. 24)*

Cabe destacar que a expansão da estratégia de saúde da família entrou em pauta devido à necessidade do município cumprir a meta de expansão de cobertura para 55,67%, pactuada junto ao Estado devido ao Programa Saúde em Casa e que não foi cumprida. A concepção da gestora acerca deste serviço, que tem relação direta com a UPA, se revela em sua fala:

Maria Ruth dos Santos: Eu vou continuar defendendo porque eu tenho que defender os recursos para a Secretaria, vocês me desculpem mas o meu papel aqui é esse, eu tenho críticas ao PSF, todas que vocês puderem imaginar, se de todas essas dificuldades que você estão falando não é porque eu estou lá não, eu tenho capacidade operacional de ir a tudo quanto é UBS, aqui na Secretaria de Saúde a gente pegou uma coisa que é a seguinte, o Supervisor não é Supervisor, se dependesse de mim estaria tudo funcionando, mas não depende de mim, depende do médico que não cumpre, depende do enfermeiro não cumpre, aquela coisa e a gente não consegue sair disso e vocês vêm aqui e fazem reclamações com justa razão, não vou tirar a razão de vocês porque eu sei que muita coisa está funcionando mal, mas tem coisas que funcionam muito bem, tem equipes que cumprem metas, então a gente não pode generalizar, eu concordo que precisamos fazer uma avaliação séria do PSF, não é por causa de recurso, mas nós estamos nesse PSF desde 1995, Juiz de Fora foi pioneira na implantação e Juiz de Fora quando implantou funcionou muito bem o PSF, então nós vamos ver o que aconteceu e vamos ver o que pode ser feito, porque aqui vocês vêm e dizem o que não que não está funcionando, mas eu nunca vi aqui ninguém elogiar equipes que funcionam e que eu tenho certeza, Parque Guarani, Jardim da Lua, inclusive tem equipe nossa da Zona Rural que ganhou prêmio Dr. Dario Tavares, então tem coisas que funcionam do jeito que deveriam funcionar e tem coisas que não estão funcionando e a gente vai ver o que é possível fazer, isso que vocês falaram eu concordo plenamente, tem que investir na Atenção Primária para que a UPA funcione, na verdade tem sido dado, nós vamos até trazer as avaliações, tem 01 mês de funcionamento da

UPA Sul, está até melhor do que se pensava em relação a ambulatorização da UPA, ambulatorização é coisa que devia estar na Unidade e está lá na UPA, claro que está acontecendo mas não é com a extensão que a gente imaginava, o Jorge e a Samantha tiveram na reunião hoje e não é bem assim, na Atenção Primária tem muitas coisas não estão funcionando, mas tem coisas que estão funcionando. Porque não ser em alguma Unidade da Sul? Lá nós só temos Ipiranga, Centro/Sul e Cruzeiro do Sul que não tem PSF, é impossível colocar PSF em Ipiranga porque aquele prédio é irrecuperável, então temos que encontrar uma solução para aquilo e o prédio nem nosso é, Centro / Sul naquela posição Central ali com muita área descoberta em torno é complicado você colocar PSF sem delimitar território, Santos Dumont por conta que a Terezinha falou é uma Unidade que das Unidades que a gente tem em termos de rede física não é das piores e que teria condições de ter atendimento lá e tem uma população que atende as nossas expectativas de atingimento de meta, mas quero lembra-los que vocês já aprovaram a expansão, eu sou estou falando de uma inclusão de uma UBS. Pensamos na Zona Rural, a expansão para Zona Rural que a gente complementar, não é possível porque a Zona Rural está em pedaços no ponto de vista de estrutura física. Então fica da consciência de vocês, se vocês derem pau na proposta, é bom que a gente não cumpra, não vai ter os 50%, aí nós fazemos uma avaliação de PSF, mas isso prejudica outras coisas que são as UPA's e etc..., mas isso não tem problema, se querem Unidade tradicional vamos trabalhar com a tradicional. *(Ata Reunião Ordinária CMS, 24/02/2010, p. 25)*

É interessante notar que a gestora, ao problematizar as avaliações acerca da saúde da família, se preocupa com o impacto que essas avaliações causam na UPA evidenciando a importância que esse serviço ocupa em sua gestão. Porém, mesmo diante da evidente desorganização da estratégia de saúde da família, que constitui um dos requisitos indicados pela portaria nº1020, a região oeste é definida como território de implantação da UPA.

Apesar da discussão sobre a implantação da UPA datar de janeiro de 2010, somente no dia 20 de maio de 2010 a UPA São Pedro será inaugurada. A expectativa em relação a este serviço pode ser evidenciada na seguinte fala:

Com a palavra Sra. Edna Ap.^a Rodrigues – RS 09 (Segmento dos Usuários):
(...) A respeito da inauguração da UPA Oeste, eu só acredito vendo, mas eu acho que agora sai porque já está anunciado nos convites, a Comunidade está ansiosa por isso, eu acho que a inauguração desse equipamento vai diminuir aquele fluxo que está lá no HPS, aquilo lá está insuportável e a UPA Sul já está ficando superlotada, então eu acho que precisamos colocar esses equipamentos que estão ociosos em funcionamento. *(Ata Reunião extraordinária CMS 19 de maio de 2010 –pag13)*

Inaugurada em 20 de maio de 2010, a UPA São Pedro realizou a contratação de recursos humanos através de análise de currículos recebidos pelo site da FHU e

aqui cabe destacar que, no momento de contratação desses profissionais, o município contava com concurso público e seus profissionais não foram convocados, demonstrando uma clara estratégia de estabelecimento de vínculos precários de trabalho.

A questão dos recursos humanos tornou-se alvo do Sindicato dos Médicos e do SINSERPU (sindicato dos servidores públicos), que recorreu à Justiça em posição contrária à terceirização da UPA, entregue a entidades privadas, e que funcionam em prédios públicos, contando com recursos do fundo público para sua manutenção.

Em matéria¹⁵ produzida pelo sindicato dos médicos, seu setor Jurídico sinalizou que desde o início do funcionamento das UPA's terceirizadas houve mais de 70 pedidos de demissão. De acordo com o sindicato dos médicos:

A terceirização de atividade fim em estabelecimentos públicos de saúde tem facilitado o assédio moral, impedido que trabalhadores do setor público tenham carreira e garantias e gerado, em muitos lugares alta rotatividade de mão de obra. Problemas que, quando tratamos de serviços de saúde e de serviço público são especialmente graves. Causam deterioração da qualidade dos serviços. O movimento sindical sempre deixou claro sua posição contra essa inconstitucionalidade. Exige que os gestores assumam o seu papel e sua responsabilidade e que o serviço público de saúde tenha os seus quadros preenchidos por concurso público, conforme manda a Constituição.

Apesar de ser importante sinalizar tais questões, que decorrem do modelo de gestão definido, nos dedicaremos a análise de tais consequências no próximo item.

3.5- A definição do modelo de gestão

Conforme afirmamos anteriormente, em 11 de janeiro de 2010 a aprovação do modelo de gestão da UPA São Pedro é colocada em debate mesmo antes de sua inauguração. Naquele momento, a gestora do município apresentou como alternativa de gestão para este serviço a terceirização através da contratação de

¹⁵Disponível em:
<http://www.redebomdia.com.br/noticia/detalhe/3769/TRT%2Bconsidera%2Bque%2Bgreve%2Bdos%2Bmedicos%2Be%2Blegal>

uma fundação, inclusive indicando as possíveis concorrentes, caso houvesse um processo de licitação.

A apropriação da proposta de descentralização pelo projeto de contrarreforma privatizante, conforme evidenciado nos capítulos precedentes, compreendia que os serviços que compõem o setor não exclusivo do Estado, ou seja, as políticas sociais, deveriam ser executados por organizações situadas na esfera pública não estatal.

Conforme indicamos em nosso primeiro capítulo, as OS's, OSCIP's e fundações são parte da estratégia de contrarreforma do Estado. De acordo com esse projeto, implementado no Brasil a partir da década de 1990, o Estado deve diminuir suas funções e adotar a administração gerencial.

No que se refere às funções que cabem ao Estado, a proposta de contrarreforma afirma que o Estado deve ser concebido a partir de quatro setores, entre os quais o setor não exclusivo. Este setor se refere à execução das políticas públicas que, segundo seus propositores, não deveriam ser executadas diretamente pelo Estado, mas sim pelas OS's, OSCIP's e fundações, que constituiriam uma terceira forma de propriedade: a pública não estatal.

A gestão gerencial se pauta pelo enxugamento do Estado, pela desconsideração do controle social, pela delegação da gestão às instituições terceirizadas, como as OS's, OSCIP's e Fundações, que permitem a flexibilização dos processos de contratação de recursos humanos e de realização, por exemplo, de compras sem se submeter à lei 8666, o que, segundo seus propositores, tornaria a administração mais ágil e eficiente. Porém, é importante ressaltar que a viabilização financeira dessas organizações ocorre a partir da utilização do fundo público, formado a partir de tributos pagos principalmente pela classe trabalhadora.

Após a apresentação do modelo de gestão terceirizada pela secretária municipal de saúde junto ao CMS de Juiz de Fora, os representantes do controle social buscam desenvolver o debate e elencam os principais pontos polêmicos, que são observados em todo o país, conforme podemos evidenciar nas falas a seguir:

Sr. Antônio Hugo Bento - RS 02 (Segmento dos Usuários): Eu gostaria de saber como será selecionado o pessoal para trabalhar nessas UPA's, se o profissional residente na Região vai ter prioridade, sobre a licitação eu gostaria de saber se vai ser feita através de Edital Público, se atrasar o pagamento como vai ficar essa situação de atraso de pagamento e outra coisa que nos preocupa, a Santa Casa tem o PLANSFER, o atendimento vai ser 100% SUS ou eles também vão estar atendendo os planos de saúde. (Ata Reunião extraordinária CMS, 11/01/2010, p.8)

Sr. Guido Pereira da Silva - RS 10 (Segmento dos Usuários): Gostaria de saber o seguinte, a Prefeitura vai ceder o prédio, equipamento, mobiliário e manutenção dos equipamentos. São 06 profissionais por turno, manutenção, água, luz, segurança do prédio, pintura e outras coisas mais. (Ata Reunião extraordinária CMS, 11/01/2010, p.10)

Sra. Eriane Sueley de Souza Pimenta - Sindicato dos Psicólogos (Segmento dos Profissionais em Saúde): Eu fico aqui um pouco preocupada, acho que temos problemas com a questão da Gestão, mas eu fico pensando se a gente não tem capacidade se a Prefeitura não poderia se precaver, antever os problemas sabendo que nós teríamos um período agora para inaugurar, que essas UPA's seriam inauguradas, então eu fico perguntando porque essa correria para inaugurar agora dia 18, porque não esperar até para que as duas UPA's sejam inauguradas juntas, que seja dia 22 de fevereiro, que seja um processo que eles começaram juntos e que a gente poderia concluir isso juntos, então esse modelo pode dar certo, mas será que isso não seria um retrocesso no sentido da gente estar negando coisas importantes que o SUS garante, que é a questão do concurso público, da gente não ter assim, "Eu vou contratar fulano, porque eu conheço esse aqui, não conheço aquele ali", então eu acho que isso é uma coisa que a gente poderia...se for um contrato com está sendo colocado provisório de 06 meses, se a gente tivesse a garantia de que nesse período fosse chamado um concurso público e que essas pessoas que foram contratadas para começarem a trabalhar, que elas entrem no concurso, igual está acontecendo agora no processo da AMAC, então só fico preocupada com isso, da gente estar negando um processo que a gente tem trabalhado em cima por tantos anos, eu fico preocupada com isso, eu acho que isso é um papel nosso de estarmos atento a isso. (Ata Reunião extraordinária CMS, 11/01/2010, p.8)

Sra. Edna Aparecida Rodrigues - RS 09 (Segmento dos Usuários): Esse Modelo de Gestão que nos foi apresentado hoje pela Administração eu acho que a maioria dos Conselheiros já conhecem, trata-se de um Modelo de Gestão muito usado pelo PSDB e também usado pelo PT, mas trata-se de um Modelo que nós temos visto através de relatos, através de contato com outros Conselheiros que é um modelo que não está dando certo, o Controle Social fica muito prejudicado na questão da fiscalização, o Usuário é penalizado, o trabalhador também, esse trabalhador na maioria das vezes não tem compromisso nenhum com o Sistema Único de Saúde por se tratar de um trabalhador que não tem vínculo, o vínculo, ou seja, a porta de entrada para nós no serviço público continua sendo através de concurso, então esse trabalhador não tem a possibilidade de estar se capacitando, então isso não cria vínculo e não produz nenhum benefício. Outra questão a ser colocada, é que nós estamos aguardando há dois anos para que o Município tivesse a capacidade de estar gerenciando essas duas Unidades Básicas e o que estamos vendo aqui hoje é que a Administração foi pela via mais fácil e até que me provem o contrário, qualquer terceirização hoje em dia é sinônimo de precarização, pode ser até que nesses 06 meses esse modelo ao contrário do Brasil inteiro em Juiz de Fora dê resultado, mas eu acho que essa discussão precisa ser aprofundada, nós precisamos abrir essa discussão inclusive para os representantes dos sindicatos e também para os Conselhos Regionais de Saúde, eu não me sinto capacitada aqui hoje em uma primeira discussão para estar aprovando esse Modelo de Gestão. (Ata Reunião extraordinária CMS, 11/01/2010, p.8)

Com a palavra Dr. Gilson Salomão - Sindicato dos Médicos (Segmento dos Profissionais de Saúde): Eu primeiro gostaria de perguntar a Secretária Maria Ruth, uma vez que essas duas UPA's não estão naquele modelo inicialmente já aprovado, como seria o modelo de custeio e financiamento dessas duas

UPA's, porque eu quero saber qual seria, dependendo como for a resposta, qual o interesse, por exemplo de algumas ONG's que viessem abraçar essa causa, eu não quero entrar na discussão do mérito de gestão, embora eu tenha a minha opinião própria, a única questão que eu discuto é que realmente estou achando o encaminhamento um tanto quanto acelerado para ser aprovado em uma primeira discussão, eu acho que deveria ser aprofundado com uma discussão maior, independente do ponto de vista se terceirização é bom ou ruim, se isso implica em precarização das condições de trabalho, eu não queria entrar no âmbito dessa discussão porque é um pouco mais complexa, mas eu estou achando o encaminhamento um pouco acelerado, acho que isso merecia uma discussão mais aprofundada. (Ata Reunião extraordinária CMS, 11/01/2010, p.8)

Sra. Rilse Mara Herondino - SINSERPU (Segmento dos Profissionais de Saúde): Ao meu ver houve um entendimento relacionado quanto a parte legislativa no Estado Republicano em estar provendo a Saúde no Município de Juiz de Fora relacionada à Gestão, quanto a isso não houve dúvida que está embasada na parte constitucional da Constituição a qual a Ruth nos apresentou, o que eu queria é ter uma confirmação, quando ela falou que as ambulâncias do SAMU estariam...então as ambulâncias do SAMU seriam da parte do Município? A outra pergunta, a questão é a seguinte, como estaria prevista esta inauguração das UPA's por Gestão do Governo Municipal, houve da parte dos Funcionários Públicos, os concursados hoje, que estariam sendo chamados para serem lotados nas UPA's, uma vez que as UPA's não serão de Gestão do Município certamente esses concursados não serão chamados agora, então eu gostaria de saber quando irá haver a efetiva regularização dos Funcionários de Saúde hoje Enfermeiros e Auxiliares de enfermagem, hoje contratados na Rede e concursados? A outra pergunta que eu tenho, qual a proposta que a Gestão do Município tem para melhorar o que funciona hoje, HPS, Regional Leste e a Norte, porque nós temos lá precárias condições de pessoal e precárias condições de trabalho, então o que tem de oferta para a melhoria do que nós temos hoje? (Ata Reunião extraordinária CMS, 11/01/2010, p.9)

Sr. Geraldo Majela Werneck - Sindicato dos Metalúrgicos (Segmento dos Usuários): Ruth, eu acho que a gente tem que tacar o dedo na ferida sem procurar rodeios, pelo tanto que você gaguejou aqui eu acho que nem você acredita nisso, você não está convencida disso. Eu creio que tem algumas questões que precisam ser analisadas, historicamente o Movimento Social desse País lutou tanto pelo Concurso Público para as questões se tornarem impessoais, para o serviço público ser uma coisa impessoal, isso não dialoga com isso, primeiro exemplo de terceirização do Sistema de Saúde se deu no PAIS em São Paulo onde se findou por causa da corrupção concreta. Essa história de não sabermos onde começa o público, onde é que começa o privado, essa promiscuidade que acontece normalmente leva sempre a um problema concreto que arrepia a todos que é o problema da corrupção, então ao meu ver, aqui já foi dito que essa questão precisa ser mais debatida, eu já estou convencido disso, o que está sendo proposto aqui ao meu ver não é uma proposta porque no início vem como proposta mas já trás uma decisão concreta, isso ao meu ver não respeita o Movimento Social porque nós estamos aqui para legitimar um processo que precisava ser discutido, a pressa para fazer esse processo, hora Ruth, você é Gestora desse processo, conhece o que é o Movimento Social e se a gente simplesmente der uma carta branca para fazer o que está sendo proposto aqui é um risco enorme para todo o Movimento, para quem milita em Saúde aqui nos últimos 20 anos, então o meu pensamento aqui é dizer claramente e esta é a minha opinião, minha posição, é que esse Conselho aceitar o que está sendo discutido aqui nesse momento, esqueçam todos porque aqui nunca vai fazer debate sobre Gestão Pública, aqui vai ter que aceitar o modelo que for proposto aqui, não venha me trazer o argumento que tanto o partido A e que tanto o partido B

faz, porque aqui em Juiz de Fora as questões não estão sendo tratadas assim, porque aqui já se transfere brutalmente os recursos públicos para a iniciativa privada e o que está se dialogando aqui é aumentar mais isso, me perdoem mas quem sabe o futuro por você ter a incerteza de que isso vai dar certo me absolva do que você está propondo aqui, porque eu imagino que conforme está dito aqui a Gestão Pública aqui não tem esse compromisso de resolver a questão do ponto de vista do Usuário, mas aqui de um modelo conceitual de Gestão a partir do conceito lógico ideológico, há uma ideologia por trás dessa proposta trazida aqui, então ao meu ver Ruth, com todo respeito que você merece desse Conselho, mas da sua parte precisa respeitar um processo desse Conselho aqui, de trazer essa questão para o dia 11 de janeiro para ser implantado no dia 22 janeiro, se alguém levantar a mão aqui favorável, por favor, ou é o melhor dos Gestores ou não é Controle Social, porque aqui o que eu ouvi dos trabalhadores desse setor, não me pareceu que se posicionaram favorável, eu sou Usuários e represento aqui os Usuários e não me sinto confortável com esse discurso, então o setor público é que ficaria com o interesse, então daqui a pouco passado esse momento aqui as denúncias vão ser, foi usado o hospital público para fazer coisas particulares de plano de saúde, se concordarem com isso esqueçam daqui para frente. (Ata Reunião extraordinária CMS, 11/01/2010, p. 8 e 9)

A partir das falas dos conselheiros, é possível identificar que eles conhecem o debate que se dissemina nacionalmente acerca dos principais prejuízos que a adoção do modelo terceirizado tem acarretado, como a contratação precarizada, a indefinição, ou nas palavras do conselheiro, “a promiscuidade” entre o setor público e o setor privado, a possibilidade do estabelecimento de formas clientelistas de contratação, a dupla porta de atendimento e a forma de manutenção e financiamento desse serviço.

Apesar de indicar que é preocupante a “pressa” que envolve a inauguração desse serviço, e até mesmo abordar questões importantes, a serem definidas junto à gestão como (a necessidade de assegurar o concurso público), os conselheiros não conseguem desenvolver maiores argumentações, nem mesmo propor formas de enfrentamento ao direcionamento dado pela gestão.

Outro aspecto importante que se evidencia está relacionado ao fato dos conselheiros, principalmente do segmento dos usuários, se colocarem como possíveis responsáveis pelo não funcionamento do serviço, caso esse modelo de gestão não seja aprovado. Essa afirmação se revela quando eles incorporam o discurso da secretária, de que se trata de uma questão emergencial, conforme evidenciamos nas seguintes falas:

Sr. Marcos Antônio Esteves de Oliveira - RS 03 (Segmento dos Usuários): Eu queria sugerir se acaso essa Gestão for mesma implanta que daqui a 06 meses voltasse o debate e também que fosse formada uma comissão de acompanhamento dessa Gestão. O que o Werneck falou aqui é até muito aplausível no que contempla a nós, mas em relação à população, eu por exemplo sou de uma área descoberta onde as pessoas estão já há muito

tempo desejando um lugar a mais para procurar, então quando a gente tem alguma coisa, a gente briga para não tem e quando a gente não tem, a gente briga para ter. A Secretária nos explicou que foi uma questão emergencial, está sendo proposto para 06 meses, é um negócio que a Constituição permite e no entanto quando a ACIPES veio aqui ninguém se manifestou, a ACISPES chegou implantou... o Conselho foi atropelado, foi atropelada a questão institucional que tinha que ser procurada uma entidade pública ou filantrópica e isso não foi feito, fizeram o contrato de R\$ 96.000,00 e ninguém reclamou de nada e quando vem alguém aqui explicar tudo a gente fica na questão de ter que fazer ou não e o povo esperando melhoria, então a gente tem que pensar bem, eu sou favorável a Gestão indicada pela Secretaria. ((Ata Reunião extraordinária CMS, 11/01/2010, p.9)

Sra. Sandra Aparecida de Oliveira Batista - Secretaria de Educação (Segmento dos Usuários): Apesar de já ter sido contemplada nas falas dos Conselheiros Marcos e Rommel, eu venho aqui fazer um apelo no sentido de darmos uma oportunidade, nós temos que arriscar nesse Modelo de Gestão, é um assunto emergencial e nós defensores que discursamos tanto em nome dos Usuários não podemos olhar os nossos posicionamentos individuais, nós devemos olhar o posicionamento coletivo, apesar de ser do Segmento do Governo, mas ser Usuária da minha UBS do Bairro Furtado de Menezes, eu faço um apelo aos Senhores para que se dê uma oportunidade na demonstração desse novo Modelo de Gestão. (Ata Reunião extraordinária CMS, 11/01/2010, p.10)

Com a palavra Sr. Custódio da Costa Mattos Neto - RS 04 (Segmento dos Usuários): Eu gostaria de dizer que eu me sinto muito tranquilo pelo o que foi apresentado pela Dra. Ruth, foi o modelo que será implantando durante o período de 06 meses, eu só gostaria de acrescentar que durante esse período de 06 meses que fosse formada uma comissão para acompanhar, mas eu pergunto se é melhor aceitar esse projeto para ver no que vai dar, para depois a gente voltar a discutir, ou deixar que aconteça o que aconteceu lá trás, fazer política, começar a construir e deixar a criar mato lá, porque se a gente não aprovar esse projeto é isso que vai acontecer, eu acho melhor você ter alguma coisa que possa te atender do que você não ter nada, então eu acho que devemos pensar nisso e acreditar porque a Dra. Ruth é uma pessoa muito séria, eu não estou aqui para bajular ninguém, eu não trabalho para político, eu não sou funcionário público, eu apenas trabalho para político por amizade, nunca trabalhei para político para ter cargo na Prefeitura ou em qualquer lugar que seja, mas eu acho que devemos repensar. (Ata Reunião extraordinária CMS, 11/01/2010, p.10)

É importante ressaltar que a incorporação do discurso trazido pela gestão ocorre sem realizar análises de todo o processo histórico, que antecede o início de funcionamento de qualquer serviço de saúde. Desde o momento que um projeto de serviço de saúde é apresentado, há que se pensar também na sua operacionalização e há que se analisar também que a gestão municipal seria no mínimo leviana se não planejasse como ele se efetivaria; ainda que isso jamais seja dito por seus representantes.

Conforme indicamos anteriormente, cerca de um mês antes da reunião extraordinária do dia 11 de janeiro de 2010, no dia 12 de dezembro de 2009,

conforme a própria secretária afirma, essa discussão já estava em pauta e foi retirada por falta de informações da própria gestora.

Em nosso capítulo II nos dedicamos à análise acerca do controle social instituído no SUS a partir da Lei 8142/90. Conforme indicamos, os espaços institucionais de participação popular no âmbito do SUS se disseminaram de tal forma que hoje atingem a abrangência de todo o território nacional, constituindo um espaço de resistência às propostas que visam atacar o sistema de saúde. Cabe retomar aqui a análise de Escorel e Moreira (2009), já apresentada neste estudo, acerca da importância que os conselhos atingem, principalmente no âmbito da saúde:

No setor saúde, por exemplo, são os que apresentam a maior quantidade de conselhos locais de saúde e de conselhos gestores de unidade de saúde. Isto confirma que a articulação entre os diferentes atores e instituições envolvidos no processo decisório é o elemento capaz de encaminhar a política municipal de saúde para a democratização. Embora não seja a única das articulações possíveis, o binômio prefeitura participativa/sociedade organizada negociadora, que representaria a articulação entre instâncias da democracia representativa e participativa, é o elemento político mais importante para o avanço do processo de democratização do processo decisório das políticas municipais de saúde, pois é o que pode conferir legitimidade aos CMS, destravando-lhe o caminho da liberalização. (Escorel e Moreira 2009: 804 e 805)

Embora esse espaço tenha alcançado tamanha importância, um dos principais desafios que enfrenta, desde antes de ser legalmente instituído, reside em reconhecer que, apesar de estar ligado ao executivo, constitui um espaço deliberativo dotado de autonomia. O poder deliberativo dos conselhos, conforme já discutimos, mesmo antes de ser legalmente instituído em 1990, durante o governo de Fernando Collor de Mello, constituiu objeto de ataque por parte do executivo devido ao receio que a participação popular representava já naquele momento.

Visando garantir que a função deliberativa dos conselhos seja elucidada, em 2009, o CNS solicita à sua assessoria jurídica nota técnica acerca da natureza deliberativa e a executoriedade das decisões do Conselho Nacional de Saúde, que conclui:

Por todo o exposto, resta evidenciado a natureza deliberativa do Conselho Nacional de Saúde, tendo suas atribuições e competências legalmente constituídas, literariamente expressas no decreto e na lei que o disciplinam, razão pela qual referido Conselho pode fazer valer suas resoluções, a despeito de negativa de homologação do Ministro de Estado da Saúde, com base nos princípios constitucionais da participação popular e da legalidade, perfazendo o controle social e a participação direta da sociedade na gestão de ações relacionadas à saúde. É o exercício da cidadania com efetiva participação democrática. (Nota técnica 001/2009 CNS)

Reconhecer o poder deliberativo e dar concretude a propostas que realmente expressem as concepções majoritárias dos CMS's constitui um dos desafios desse espaço na atualidade.

Diante dos questionamentos feitos pelos representantes dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores, os representantes da gestão reagiram no sentido de defender o modelo de gestão proposto:

Dr. Odilon Pereira A. Neto - Secretaria de Saúde (Segmento do Governo): Eu gostaria de fazer algumas colocações apenas com a intenção de ajudar nesse debate, todos me conhecem, todos conhecem a Ruth e várias outras pessoas que estão comprometidas com essa Administração e vocês sabem que nós temos um compromisso histórico, uma vivência em cima de propostas sérias visando o benefício da população, defendendo o interesse público e assumindo responsabilidades ao longo da vida, todos esses e muitos mais que nunca deixaram qualquer dúvida quanto a isso, então é importante a gente colocar primeiramente essa questão. O segundo ponto que eu queria dizer é que nós temos princípios que estão sendo colocados aqui com dúvidas importantes, eu concordo que o serviço público não pode ter privilégios, que o concurso é a melhor forma de entrar no serviço público e uma série de coisas, mas nós temos que saber distinguir no serviço público e nos serviços que são prestados ao público as formas de fazê-lo, nós temos a Administração Direta e nós temos a Administração Indireta, a Administração Indireta são as fundações, são formas de organizar o serviço público com objetivos que vão um pouco além desses que nós estamos priorizando aqui agora, são objetivos que dizem respeito principalmente a agilidade, a capacidade de exercer de fato aquela função, Urgência e Emergência o poder público necessita permanentemente de ter condições de agir sem que tenha as tais amarras que a gente sabe que existem na legislação da Administração Direta, a Fundação Pública de Direito Privado é uma proposta do Ministro Temporão, são alternativas gerenciais para setores hospitalares, visto que todos os grandes hospitais do País até pouco tempo atrás geridos no sistema antigo estava em colapso, isso independente do Governo, quando alguém veio aqui falar que não quer saber se é PSDB ou se é PT eu concordo plenamente, hoje a seguinte a seguinte distinção entre quem aposta nesse tipo de proposta e quem não aposta, quem não aposta é quem está de fora e não conhece efetivamente as dificuldades de quem está assumindo o cargo e tendo que tomar as decisões, eu digo o seguinte, hoje quem aposta em gestão de OS, de OCIPE, fundação ou seja o que for é quem está no governo, seja PT, seja PSDB, seja qualquer partido, porque quem está no governo formou um bloco que é aquele bloco das pessoas angustiadas com as dificuldades e que estão em busca de soluções inovadoras, essa que é a verdade e o outro bloco é que estar sem sentir essas dificuldades e por causa disso não se sente na premência de procurar soluções e fica se apegando a um passado que também tem muita coisa de ruim para ser mostrado aqui, então vamos ser sensatos, vamos pensar dessa maneira, hoje nós temos inúmeros projetos em São Paulo anos nas mãos dos tucanos com excelentes resultados e temos hoje Pernambuco acelerando esse processo já com 08 a 10 experiências que é regido no Estado pelo PSB e na Prefeitura pelo PP, então independente da questão partidária, mas ambos ansiosos em procurar formas novas de gestão e com toda certeza seja São Paulo ou seja em Pernambuco com vontade de atender melhor a nossa população e para resumir, eu discordo cabalmente da Edna, eu não sei de onde ela tirou que essas experiências não são bem sucedidas, 90% das experiências bem sucedidas com muito menos recursos face uma melhor Saúde nesses lugares onde isso está sendo experimentado, eu aceita a opinião dela na forma dela

se manifestar, mas descordo e tenho números e experiências para mostrar que a afirmação dela não é verdadeira. (Ata da reunião ext. CMS - 11/01/2010
Página:11)

O representante da gestão municipal busca defender a proposta governamental, enfatizando mais uma vez a necessidade de dar “agilidade” ao sistema de saúde, demonstrando novamente o alinhamento desta proposta com os princípios bresserianos reformadores do estado. Outro ponto importante desta fala está relacionado á questão da proposta de terceirização não ser encampada apenas por partidos com clara orientação de direita, mas sim por um conjunto de partidos que hoje não representam o campo da esquerda.

É importante aqui retomarmos qual é a tarefa histórica dirigida ao partido antes de procedermos nossas análises. De acordo com Braz (2011):

E os partidos políticos são, de maneira geral, as organizações políticas que exprimem os interesses comuns mais universais e detêm a capacidade (historicamente determinada e fundamentalmente orientada pela teoria) de dirigir as ações de classes, estratos e grupos sociais no conjunto de toda uma luta política complexa que envolve um amplo leque de conflitos sociais entre essas classes antagônicas. (BRAZ., 2011,P.21)

A partir da conceituação feita por BRAZ (2011), nos cabe refletir sobre o direcionamento adotado pelos partidos. É interessante destacar que, tanto na fala da gestão quanto na fala dos usuários, é afirmado que não existem diferenças entre partidos, que por muito tempo foram considerados de campos opostos.

Conforme afirmamos anteriormente, os governos eleitos na década de 1990 defendiam explicitamente o projeto de contrarreforma e sua bandeira de privatização. As medidas criadas, principalmente no campo jurídico legal, potencializaram a efetivação de suas propostas. Em 2002 é eleito o representante do partido dos trabalhadores para a presidência. Em relação ao governo Lula, nossas análises também evidenciaram que este, mesmo antes de eleito, já demonstrava ter se afastado de um projeto realmente de esquerda. Esse afastamento se evidencia no apoio da continuidade da DRU, na proposta das fundações hospitalares, na proposição da PEC 233/08, na reforma da previdência, iniciada nos governos anteriores e concluída com apoio do governo Lula, dentre outras.

É interessante destacar a fala da gestora municipal da saúde acerca deste ponto:

Secretária de Saúde do Município de Juiz de Fora - Dra. Maria Ruth dos Santos: (...)eu não vou entrar nesse negócio também ideológico se é PT,

PSDB, eu acho que o Odilon respondeu muito bem essa questão, não é uma questão ideológica de partido A, B ou C é uma questão da administração pública hoje que busca inovações e modelos diferentes para dar qualidade e agilidade e resolver o problema dos Usuários do Sistema. .(Ata Reunião Ordinária CMS, 11/01/2010,p.13)

Em sua fala, a gestora busca desqualificar o debate acerca da ideologia dos partidos, situando a escolha do modelo de gestão da UPA no campo da gestão, como se essa separação fosse possível. Os direitos dos trabalhadores e a ampliação de políticas públicas sempre constituíram pautas dos projetos partidários e demarcaram sua vinculação a uma ou outra classe. A gestora se contradiz no momento em que, tentando mais uma vez justificar a pressa na aprovação do modelo de gestão da UPA, coloca as agendas nacionais, como a mudança de secretário estadual e mudanças no governo federal, como mais um argumento. Ocorre, entretanto, que ela mesma disse não se tratar de uma questão partidária. Então, qual seria o grande prejuízo acarretado pela mudança na gestão política?

A fala da gestora nos permite destacar outros pontos de análise:

Secretária de Saúde do Município de Juiz de Fora - Dra. Maria Ruth dos Santos: Eu identifiquei nas falas de vocês, primeiro eu gostaria de dizer ao Werneck que eu não gaguejei para falar, eu estou muito segura do que estou fazendo enquanto Gestora. Eu percebi duas ordens de preocupações, eu vou tentar falar um pouco delas e depois eu vou abrir para o Cláudio Reiff que é o Subsecretário de Urgência / Emergência para que ele dê alguns esclarecimentos que ele quiser complementar e achar necessário. Primeiro foi uma preocupação que o Gilson levantou, eu vi também na Samantha a questão do custeio, pelo o que entendi que o Gilson levantou é o seguinte, o custeio das UPA's é previsto R\$250.000,00 de repasse do Federal, R\$ 125.000,00 Estadual e R\$ 125.000,00 Tesouro Municipal, se a UPA custar mais de R\$ 500.000,00 a complementação é do Tesouro Municipal, eu não preciso esconder, no primeiro cálculo de custo que nós fizemos e depois nós podemos até abrir a planilha para vocês item a item, nós colocamos custo com pessoal, todos os gastos que nós temos em todos os contratos, com a base na experiência da Leste e da Norte, mais de Leste que a gente acredita que seja muito próxima do que será uma UPA 24 horas, os nossos custos totais incluindo recursos humanos, mas é claro que alguma a gente as vezes não computou, ficaram em quase R\$900.000,00 e nós estamos tendo propostas, eu não posso abrir, mas eu posso abri-las depois porque nós estamos em negociação, nós estamos tendo propostas de filantrópicas que ficam em R\$ 580.000,00 incluindo salário e etc..., já respondendo uma segunda pergunta, nós não estamos contratando entidades privadas, a premissa aqui é seguir a legislação do SUS, a nossa parceira é com as filantrópicas, portanto, sem fins lucrativos, nós estamos conversando com a Maternidade, com a Santa Casa, com aquelas 04 Entidades que eu falei ali, todas tem as seguintes características, são entidades filantrópicas com exceção da Fundação HU, todas não tem fins lucrativos e todas tem Pré-SUS ou Pós - SUS experiência comprovada e de bom gerenciamento e de prestação de serviço a população de Juiz de Fora, nós não podemos negar isso porque são parceiros antigos e já contratualizados, nós não estamos inventando nenhum parceiro novo, nós estamos falando de parceiros conhecidos por todos. Eu vou falar da Maternidade também para esclarecer, o que nós estamos conversando não importa se é o grupo é o mesmo, eu não

vou entrar no mérito, nós estamos conversando com a Maternidade Terezinha de Jesus Entidade Filantrópica e parceira do SUS e como tal contratada, já respondendo a segunda questão, não há nenhuma intenção e nós não vamos concordar em nenhuma hipótese com precarização de trabalho dos profissionais de saúde que lá irão trabalhar, serão salários dignos, salários com carteira assinada, com direitos trabalhistas garantidos, não há precarização de vínculos, muito pelo contrário, eu enxergo inclusive uma oportunidade de ampliação de mercado de trabalho de discutirmos até jornada regional que Belo Horizonte está discutindo, que o médico da UBS de Santa Luzia por exemplo possa ter plantão na UPA de Santa Luzia e ser referencia para aos pacientes e a gente ter...em Belo Horizonte já está sendo discutido jornadas regionais de profissionais, é claro que não coincidindo carga horária, obviamente não é possível trabalhar no mesmo horário em dois lugares, então que fique claro que não tem precarização, nós não estamos inventado entidade, não estamos contratualizando com entidade privada. Vai haver, embora o tempo possa parecer muito exíguo, mas haverá...isso é previsto em contrato, não concurso público de provas e títulos, mas haverá seleção, não digo seleção publica porque ela vai ser publicizada, ela será dada ao conhecimento, só não se tomou nenhuma medida ainda, nisso eu concordo com vocês, eu tenho que realmente dar a mão em palmatória e não vou ficar aqui falando que só tenho 03 meses, isso não importa, importa é que vocês já estão aqui há muito tempo e isso eu vou respeitar, mas o que acontece e que nós, vocês podem até achar que isso não é respeito a esse Conselho, mas nós assim entendemos, mas nós não permitimos em nenhum momento que nenhuma dessas entidades que estão negociando que fizessem um único movimento de gerir a UPA, esperando que essa discussão fosse feita aqui, é certo que essa discussão está sendo feita com um tempo muito apertado mas na verdade não em função das nossas agendas aqui, nós estamos premidas pelas agendas nacionais, nós estamos com a saída do Secretário Estadual com data marcada para o dia 22 e nós estamos com previsão de ter mudanças no Governo Federal, então uma coisa é você negociar dentro do conhecido e o que nos interessa é que a gente garanta que essas duas Policlínicas virem UPA's e abram finalmente as portas da Urgência / Emergência para atender a população, é isso que nós queremos. (Ata Reunião Extraordinária CMS, 11/01/2010, p.12 e 13)

De acordo com a fala da gestora, não é impossível afirmar que ela realmente conhece as organizações indicadas para assumir a gestão dos serviços municipais e que faça alguma distinção entre organizações privadas e filantrópicas.

Ao mesmo tempo em que a gestora afirma que a contratualização será feita junto a organizações filantrópicas, ela afirma que a fundação HU é uma organização privada (como de fato é). Da mesma forma contraditória, a gestora afirma que as organizações não fizeram nenhum movimento para gerir a UPA, mas também afirma que já recebeu propostas de custo caso as elas assumam. Em relação à forma de contratação dos trabalhadores deste serviço, a fala de Ruth também evidencia não haver uma proposta. Tantas contradições por parte da gestora da saúde do município já deveriam constituir argumento suficiente para que a gestão terceirizada não fosse aprovada naquele momento.

Dando continuidade as argumentações acerca dos benefícios da gestão terceirizada, o subsecretário Cláudio Reiff busca, em seu discurso, tocar em pontos de avaliação dos serviços de saúde bastante superficiais:

Com a palavra Dr. Cláudio Reiff - Subsecretário de Urgência / Emergência / Secretaria de Saúde - SS: Eu na verdade queria compartilhar com vocês uma experiência que nós tivemos na forma de um depoimento que foi uma visita que nós fizemos a São Paulo em agosto, foi lá o Prefeito, a Secretária de Saúde, o Controle Social esteve presente também e nós visitamos em dois dias uma Microrregião do Município de São Paulo chamada Cidade Demar que tem 500 mil habitantes, é a população do nosso Município e lá é uma região bem mais pobre do que o nosso Município. Nós visitamos na parte da manhã e durante um dia um hospital de 260 leitos, toda essa região é administrada por uma organização social que é a Congregação de Santa Catarina, que é do Hospital Santa Catarina, isso é administrado, não é a gestão, não é o controle, o planejamento, as ações, tudo é feito pela Secretaria Municipal e Secretaria Estadual, para iniciar no hospital nós ficamos impressionados, eu tenho 12 anos de vivência na Urgência/ Emergência, a minha carreira técnica toda ela é construída na Urgência / Emergência, eu nunca presenciei o que eu presenciei lá, um hospital que atende exclusivamente SUS, não há em Juiz de Fora nenhum hospital nem privado que dê um tipo de atendimento daquele padrão a população, eu me lembro muito bem porque isso me chamou muito a atenção em uma visita a UTI Neonatal, foi em agosto época da Gripe Suína, tinha lá criança de 08 anos no CTI Neonatal que já me impressionou demais a qualidade, no respirador mecânico de último padrão, com a mãe do lado que mal tinha um chinelo para usar do lado do filho, aquilo me emocionou porque era uma pessoa paupérrima mas cujo filho estava tendo um atendimento digno de primeiro mundo, na hora eu comentei com o Jorge que lá compensava pagar imposto de renda, nós estamos vendo o dinheiro ser retribuído e repostado para a população carente que necessita do Sistema Único de Saúde, a tarde nos demais dias nós fomos ver a Atenção Primária e a Atenção Especializada, Atenção Primária eu não tenho nem comentários. Nós fomos visitar uma UPA, não tem uma pessoa no corredor, não tem fila, a Sala de UTI estava vazia e limpa como se nunca tivesse sido utilizada e a gente acaba caindo naquela mesmice de que isso que nós vivemos aqui é o normal e não é, nós não podemos ficar assim, nós rodamos toda aquela região durante dois dias, todos os setores de Urgência / Emergência, não vimos uma pessoa na fila, um paciente sentado no corredor ou deitado em cima de uma maca, todos sendo atendidos dignamente em um ambiente limpo, organizado e às vezes nós acham os que isso é só para convênio e não é, não pode ser assim, isso me marcou muito e eu tenho pesquisado muito isso, tenho estudado muito isso e quando o nosso companheiro Werneck colocou que isso começou em São Paulo e faliu, é uma informação que não é verdade e eu discuto e coloco até os números, colocamos até os números na mesa, não vamos ficar com discussão ideológica, eu respeito à posição do Werneck apesar de não concordar com a deselegância dele na sua referência com a Secretária de Saúde. Então nós vimos que hoje em dia isso só ampliou e 40% dos serviços de saúde estão sendo geridos dessa forma, só para finalizar, eu sempre gosto de comentar e fico em uma posição muito tranquila, eu perdi meu pai com 59 anos por falta de atendimento no SUS e esse é um dos motivos pelo qual eu estou aqui tentando ajudar em alguma coisa que posso, eu vi nesse trabalho no empenho daquelas pessoas uma possibilidade que nós possamos fazer isso. (Ata Reunião Extraordinária CMS, 11/01/2010, p. 13 e 14)

No que se refere às experiências exitosas em São Paulo e em Pernambuco, ressaltadas pela gestão, as denúncias abordadas em nosso capítulo I demonstram o quão desastrosas as gestões terceirizadas têm se revelado. O subsecretário, apesar de fazer referência à gestão de São Paulo, não traz dados concretos, principalmente no que se refere aos problemas evidenciados no debate sobre as UPAS, situando suas argumentações na estrutura física e tecnológica dos serviços.

Rebatendo as falas dos gestores:

Sr. Bismarck Bosco Campos Grossi - SINDSAÚDE (Segmento dos Profissionais de Saúde): Eu gostaria de fazer uma observação com relação ao que o Cláudio Reiff falou, deu a entender que funcionário público não presta, que nada público vai para frente e a coisa não é bem assim, deu a entender isso, assim com o Odilon falou que pode citar vários exemplos, eu também posso citar muitos exemplos onde a coisa pública funciona maravilhosamente bem, porque muitas vezes acontece talvez é em decorrência dos próprios governantes que nós temos. Com relação à proposta da Secretária, eu queria dizer primeiro, uma coisa que me surpreendeu foi quando ela disse que a UPA só vai ter duas especialidades médicas, eu acho isso um absurdo, porque a 30 anos atrás quando instituíram as tais policlínicas eu me lembro que haviam quatro especialidades, então eu queria saber porque a UPA hoje só vai ter Pediatria e Clínica Geral, com relação a questão da gestão que ela disse que era de seis meses, eu gostaria de saber se durante esse tempo de seis meses se não é possível a realização de concurso público, com relação a área de abrangência eu queria dizer que a GRS assim como a própria Prefeitura deve ter alguma de área de abrangência, a GRS eu sei que tem porque eu trabalhei lá, estou aposentado mas continuo indo lá. (Ata Reunião Extraordinária CMS 11/01/2010, p.15)

Na fala do conselheiro do segmento dos trabalhadores ressurgem questionamentos que não foram respondidos, mas que fazem referência direta à forma de contratação de trabalhadores, como a possibilidade de concurso público e sobre a diferenciação do serviço de policlínica (que conforme indicamos anteriormente, é gerido pelo setor público) e a UPA.

Conforme analisamos no item anterior, o debate acerca do modelo de gestão das UPA's se encerrou após uma votação favorável à terceirização, com apenas três abstenções sendo deliberado:

Presidente do Conselho Municipal de Saúde - Sra. ErianeSueley de Souza Pimenta: Então fica assim, para que se tenha o processo de licitação com relação às fundações aqui apresentadas, que elas apresentem as suas propostas tanto de projeto de trabalho, como de orçamento e que se implante o Grupo Gestor de forma paritária e que tenha além da paridade as representações das Regiões, após votação, aprovadas as duas propostas. (Ata da reunião ext. CMS - 11/01/2010 » Página:17)

A decisão do CMS originou a Resolução CMS Nº. 325/2010, que “Dispõe sobre o modelo de Gestão das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) SUL e OESTE e dá outras providências”. Posteriormente nos dedicaremos a analisar o cumprimento desta resolução.

Após a defesa feita pela gestora do município em prol da delegação da gestão da UPA para entidades terceirizadas, torna-se no mínimo contraditório o debate que ocorre na reunião do mês de fevereiro de 2010 pelo conselho de saúde a partir da fala da ouvidora do município acerca da relação com entidades contratadas para prestar serviço ao SUS. De acordo com Samantha:

(...)A outra questão da CPRE agora está "virando moda", todos os dias vem alguém a Ouvidoria solicitar uma CPRE para um familiar que estar na Rede de Urgência / Emergência, HPS, Regional e Policlínica Norte, não estão conseguindo, então todos entram com o Mandado de Segurança, então essa questão está muito complicada e temos discutido isso de forma exaustiva na Comissão, o HU estava fazendo mas atualmente encontra-se com o aparelho quebrado, é um procedimento que não está contratualizado e nem contratado com nenhum prestador e o HU estava fazendo até então de uma outra forma de atendimento que até foi combinada, mas agora está com o aparelho quebrado. (*Ata Reun. Ord. CMS » 24/02/2010 - Página:5*)

Em sua fala, a ouvidora de saúde do município, ou seja, a representante eleita para apurar denúncias e orientar os usuários, identifica que a falta de um exame a ser realizado em usuários em internação na rede de urgência e emergência não está sendo devidamente suprida, de que decorre a judicialização, para garantir o acesso. Em sua fala, a ouvidora sinaliza que, apesar de não haver contrato de prestação de serviço, o exame tem sido fornecido pelo HU através de uma forma até então “combinada” que não fica clara.

Diante de tal relato, a secretária de saúde buscou elucidar a questão:

A questão da CPRE, realmente nós não tínhamos nenhum prestador contratualizado para esse procedimento, isso deu até uma blitz da TV Alterosa, CPRE é um exame, às vezes nem o exame resolve porque às vezes depois é necessária a cirurgia, os valores da Tabela SUS são baixos, o HU tem os equipamentos agora em pleno funcionamento e a Maternidade também tem os equipamentos e também tem interesse de fazer, a nossa idéia é de trabalhar com os dois prestadores, tanto com o HU, quanto com o HMTJ, já houve uma conversa com o HMTJ e dá o mesmo nº de exames no primeiro momento para os dois, mas não é só isso, eu sei que o Dr. Lincoln do HU tem um protocolo, segundo a Subsecretária de Regulação já está pronto, nós vamos implantar junto com a solicitação do exame um protocolo de diretriz clínica e de acesso ao exame porque o que a gente vem detectando, é muito cedo para dizer, mas está tendo algum abuso, digamos

assim, ao que nós parece inclusive em matérias em blitz em relação a esse procedimento. (*Ata Reunião Ord. CMS » 24/02/2010 pag 9*)

Após elucidar a questão e até mencionar um possível abuso em relação ao exame, a gestora segue suas explicações com enfoque no processo de contratualização:

(...) então só para esclarecer a vocês, a Secretaria de Saúde se relaciona com os prestadores, quando ela contratualiza um determinado procedimento em um hospital, por exemplo, a CPRE eu contratualizei com o Dimas, eu não contratualizei com os Médicos que o Dimas vai ter lá para a execução do procedimento, eu acho que o Conselho está avançando em algumas coisas que eu achei muito interessante, a Ouvidoria, me parece que está acontecendo é que os hospitais vem, hoje mesmo chegou um novo pedido de credenciamento da Santa Casa para um procedimento de Alta Complexidade, mas eles vão, tem o procedimento, vem todo processo mas esquece de combinar com o Médico que o procedimento tem que ser feito, então o que está acontecendo é isso, então nós vamos ter que cobrar cumprimento de metas, nós precisamos ter uma discussão séria com os prestadores porque não é possível mais a situação ficar do jeito que estar em Juiz de Fora, realmente nós estamos chegando no limite com essa questão...agora tem os projetos que estão sendo elaborados, recursos que estão chegando para as eletivas e talvez nós iremos discutir isso em pauta exclusiva aqui. (*Ata Reunião Ord. CMS » 24/02/2010 pag 9*)

A gestora menciona a necessidade de cobrar o cumprimento de metas diante das dificuldades vivenciadas, porém, em se tratando de verba pública sendo destinada a uma entidade “parceira” do SUS, ou melhor, uma entidade que terceiriza o atendimento do SUS, não seria evidente o acompanhamento da prestação desse serviço e a cobrança acerca do cumprimento daquilo que foi anteriormente estabelecido? Não deveria esta cobrança e metas estipuladas serem objeto do contrato de gestão?

A fala da gestora evidencia as dificuldades na relação com os prestadores de serviço e, o que é mais grave, na relação justamente com as instituições que, na reunião anterior, foram apontadas como parceiras do SUS de longa data, confiáveis e respeitáveis e, portanto, indicadas para assumir a gestão de novos serviços de saúde, como a UPA.

Conforme afirmamos anteriormente, a deliberação do conselho de saúde previa que o modelo de gestão aprovado como emergencial seria rediscutido após seis meses. Mesmo com toda a pressão que envolveu essa deliberação, a UPA São Pedro só foi inaugurada em 20 de maio, assim, o debate acerca do modelo de gestão que diz respeito as duas unidades aprovadas naquele momento - Oeste e Sul- em relação ao nosso objeto de análise, fica comprometido devido aos poucos

dados analíticos. Acreditamos, porém, que questões dirigidas a UPA Sul (Santa Luzia) têm relação intrínseca com a UPA Oeste (São Pedro).

Em 29 de julho de 2010 é pautada a “*chamada pública para contratação de Entidades Responsáveis pela Gestão, Operacionalização, Execução de Serviços de Saúde nas Unidades de Pronto Atendimento, Santa Luzia e São Pedro*”.(Ata Reun. Ord. CMS » 29/07/2010 –pag2)

A gestora do município inicia a exposição da pauta:

Com a palavra a Secretária de Saúde do Município de Juiz de Fora - Dra. Maria Ruth dos Santos: Boa noite a todos, na verdade talvez eu teria que falar no relato, mas como eu perdi a oportunidade, então vou falar antes, eu estive em Brasília em um Seminário de Gestão do Trabalho da Educação em Saúde, a convite do Ministério da Saúde e na oportunidade...eu queria dar esse informe a vocês, não sei como é que vai ser o procedimento aqui hoje, não sei isso retorna para votação, eu não sei bem o procedimento. Eu estive em Brasília e na oportunidade como Gestora foi a primeira vez que eu fui ao Ministério da Saúde nesse tempo que estou Gestora em Juiz de Fora, estive exatamente onde a Coordenação das UPA's, nós temos contato com um Técnico do Ministério da Saúde que se chama Silésio Silas que é aquele Técnico do Ministério que tem encaminhado as nossas questões referentes as nossas portas de urgência e emergência daqui do Município, nós temos com duas UPA's, uma com 06 meses de funcionamento e a outra que entrou em funcionamento em maio que é a de São Pedro e estamos indo para a terceira UPA e na oportunidade que estive conversando com esse Técnico do Ministério da Saúde e o Ministério da Saúde está informado de todas...nós temos mandado todos esses relatórios gerenciais que as nossas UPA's emitem, principalmente a de Santa Luzia que tem mais tempo de funcionamento, nós enviamos mensalmente relatórios gerenciais, de número de atendimentos, prestações de contas para o Ministério da Saúde, eles recebem e estão acompanhando isso par e passo porque o Ministério da Saúde tem muito interesse, é uma proposta do Governo Federal de acompanhar as UPA's, mas o que eu quero informar a vocês é que o Ministério da Saúde nos solicitou autorização para indicar as nossas UPA's como referência para visitaçã, nós temos recebido várias solicitações de outros municípios que são UPA's que estão sendo consideradas, tanto um quanta outra, mas principalmente a de Santa Luzia pelo maior tempo de funcionamento, como referência para o País, essa era a informação que eu gostaria de passar, nós vamos discutir Modelo de Gestão novamente, vamos discutir o desempenho dessas UPA's, estamos abertos a essa discussão, mas eu queria dar essa informação a vocês, se quiserem confirmem com o Silésio Silas no Setor de UPA's do Ministério da Saúde que vocês vão ver o que as UPA's de Juiz de Fora, como que elas estão sendo consideradas em nível de Ministério da Saúde. (Ata Reun. Ord. CMS » 29/07/2010 –pag3)

A gestora do município dedica sua fala ao relato das relações que têm sido estabelecidas junto ao ministério da saúde e busca enaltecer o serviço implementado, o que contrasta com as análises feitas pelos conselheiros, conforme evidenciaremos a seguir. Após a gestora, a próxima fala é do subsecretário de urgência e emergência :

Com a palavra o Subsecretário de Urgência / Emergência - Dr. Cláudio Reiff: Boa noite a todos, nós fizemos uma discussão a respeito desse assunto há 06 meses atrás sobre o Modelo de Gestão das UPA's, na época era uma questão, era uma dúvida para todos apesar de já ser um modelo implementado com um certo sucesso em muitos locais e o Conselho naquela época aprovou de forma provisória que seriam por 06 meses e agora passado os 06 meses nós estamos aqui novamente para tratar do assunto de forma definitiva, e agora nós já temos alguns resultados para mostrar dessas UPA's, então o objetivo da apresentação é exatamente esse, é trazer para vocês os resultados obtidos por essas UPA's, especialmente a UPA de Santa Luzia, porque São Pedro tem basicamente 01 mês de funcionamento e alguma coisa sobre a questão da Gestão e no final colocar o debate aberto em discussão para que nós possamos definir isso no final. As metas de todos nós são essas, Alcançar Excelência do atendimento e Garantir a Qualidade da Assistência, a Eficácia da Gestão; Sustentabilidade dos Serviços e Cumprir as Normas do SUS descentralizando as Unidades de Urgência / Emergência, são metas ambiciosas principalmente se tratando de SUS onde nós temos um atendimento precário fruto de longos e longos períodos, de longas e longas datas de debrato e tudo mais. O mais importante em relação a essas metas e em um caminho longo e difícil igual esse é em ter um início, ter um início do caminho e voce saber onde você quer chegar e esse é o nosso objetivo, por mais que nós saibamos que é um caminho difícil, isso demanda tempo, mas esse é o nosso objetivo e o mais importante é você ter começado e ter coragem de botar o dedo em feridas e saber que você tem um norte é quer chegar a uma finalidade. Então o Modelo de Gestão, a Gestão centralizada é aquela cuja ação do Estado é direta no nosso entender, e aqui há uma grande discussão com relação à terceirização, está entregando o serviço de saúde, na verdade as atividades indelegáveis do Estado são essas, são as Políticas de Saúde, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, aqui é fundamental essa; O Planejamento da Saúde e a Definição de Políticas; O Controle e Avaliação de todos os Resultados; O Poder de Policia Sanitária e a Gerência do Fundo de Saúde. São atividades que devem ser desenvolvidas diretamente pela Administração Pública, não podendo ser delegada de maneira nenhuma a outras entidades de Administração Indireta, ou seja, cabe ao Estado o controle absoluto e não só controlar como traçar e determinar as Políticas de Saúde e fiscaliza-las, porque são através dos planejamentos e Políticas de Saúde que nós vamos traçar os nossos objetivos e colher os resultados. ;(Ata Reun. Ord. CMS » 29/07/2010 - Página:4)

Na fala do subsecretário podemos identificar que ele utiliza fielmente os preceitos reformistas, definindo funções que cabem à administração direta e aquelas que podem ser delegadas à administração indireta. Reconhecer a teoria embutida na fala do gestor e conseqüentemente em seus atos é imprescindível para que possamos tecer nossas análises O gestor segue com suas afirmações:

(...) E aqui vem a pergunta, motivo do debate hoje, Porque um novo modelo de Gestão em estabelecimento de saúde? O primeiro dele é afirma ou reafirmar uma assistência hospitalar de qualidade, produtora de benefícios aos Usuários do SUS, isso é também muito importante, nós já tivemos uma experiência com as UPA's com relação a isso; Democratização e maior controle de sua Gestão, nós todos sabemos o Conselho Municipal através do Grupo Gestor sabe que a Administração Pública Direta no caso da Saúde, nós ainda não temos ferramentas para ter o controle absoluto da Gestão das Unidades igual nós conseguimos com essas 02 UPA's, da qual faz parte até um Grupo Gestor e que mês a mês é colocado em uma mesa todos os resultados com relação UPA, isso nunca houve em todas as Unidades de

Urgência / Emergência do Município, a Regional Leste, a Regional Norte, porque nós ainda não temos mecanismos para colher esses dados, então esse dado se torna importante por conta disso. O outro detalhe é Implementar mecanismos de Gestão inexistentes na Administração Direta que estimulem a produção de serviços e ações de Saúde, sem a perda da qualidade e do controle de serviços prestados e um Equilíbrio econômico-financeiro, isso também é muito importante, nós falamos muito e discutimos muito na qualidade da Assistência mas nós não podemos deixar de pensar em custos, até porque o dinheiro é público é de todos vocês, o dinheiro é nosso, então quando se trata de dinheiro público nós temos que ter muita parcimônia e muita transparência em relação a isso. Esses recursos nos permitem de forma mais objetiva serem utilizados para modernização tecnológica dessas Unidades, investimentos de uma maneira geral e a formulação de uma política salarial diferenciada, aqui também nós já temos um grande diferencial, nós temos e nós já estamos claramente convencidos de evoluir para uma política de contratualização inclusive das Equipes, nós temos problemas sérios com relação a isso e nós temos uma dificuldade enorme, eu gosto de ser bem objetivo e bem prático, então eu vou citar um exemplo para vocês do que quer dizer isso aqui, nós temos problemas com a Traumatologia do HPS e isso é conhecido por todos e nós temos no HPS Ortopedistas que fazem 02/03 cirurgias por mês e temos lá também Ortopedistas que fazem 30/40 cirurgias por mês, eles ganham o mesmo salário e nós não podemos de forma nenhuma fazer absolutamente nada, porque o que faz 02 cirurgias por mês ele diz que não tem indicação de operar, do ponto de vista ética médica é muito delicado entrar nesse mérito de que a análise do doutor está errada, então nós temos um profissional que faz 02 cirurgias por mês, outro que faz 30 cirurgias por mês e que ganham o mesmo salário, qual é o incentivo que o profissional que faz 30 cirurgias por mês vai ter de continuar trabalhando dessa forma? Claro, tem a questão do caráter e tudo mais, mas o habitual é que ele vai olhar e dizer que não está sendo valorizado como Servidor. Então quando a gente coloca isso, esse é o exemplo típico que nós queremos dizer, é uma política salarial diferenciada, não é para prejudicar ninguém, é uma política simplesmente para valorizar o bom profissional. Outro objetivo, Diminuição na rigidez e do controle centralizado nos processos licitatórios e abastecimento do hospital, que vão permitir uma maior agilidade e uma regularização no seu financiamento. Nós enfrentamos problemas com relação a compra e muitas vezes na Urgência / Emergência é difícil, isso gera muitas das vezes desabastecimento, mas principalmente até para equipamentos, nós demoramos 04 meses para conseguir comprar um aparelho de eletrocardiograma para a Regional Leste, porque a licitação foi deserta e teve que fazer uma nova, depois ela foi fracassada e teve que fazer uma nova e lá se foram 04 meses para comprar um aparelho de eletrocardiograma que é vital para uma Unidade de Urgência / Emergência, então isso mostra que nós temos por prerrogativa legal uma maior...isso nos traz uma maior lentidão em se tratando de Urgência / Emergência. ;(Ata Reun. Ord. CMS » 29/07/2010 - Página:5)

Também nesta fala o gestor reafirma os preceitos da contrarreforma de flexibilização de processos de compras e licitações. Outro aspecto a ser destacado refere se ao controle da gestão dessas Entidades que ocorre através do grupo gestor.

Conforme identificamos anteriormente, ao instituir o grupo gestor o projeto de contrarreforma desconsiderou a conquista histórica dos espaços institucionais de controle social, ou seja, os conselhos, que têm entre suas funções deliberar sobre a

política de saúde e conseqüentemente sobre a utilização do fundo público. Cabe aqui destacar que no processo de análise das atas não foi identificada a apresentação de relatórios desse grupo gestor, apesar de contar com membros do conselho municipal de saúde. Assim, qual a diferença real que se identifica em relação aos equívocos que, segundo o subsecretario, a gestão direta vinha cometendo em não realizar análises sobre os serviços de saúde? E nesse ponto também cabe a consideração de que o próprio CMS tem buscado discutir os problemas que envolvem os serviços de saúde conforme já identificamos em relação ao PSF.

Outro aspecto presente nesta fala diz respeito à própria pauta que objetivava discutir o modelo de gestão das duas UPA's, mas por diversos momentos a policlínica, conhecida como Regional Leste, é destacada nas falas. Isso se deve a outra questão, já abordada no item anterior, da evidente intenção da gestão municipal de transformar serviços que compõe historicamente a rede municipal em UPA's; segundo a gestão, para obter mais recursos financeiros.

Podemos afirmar que o direcionamento da gestão municipal está alinhado ao direcionamento nacional por dois motivos: primeiro, a gestão federal reconhece os serviços de Juiz de Fora e os credencia como UPA's e, segundo, porque em 2011 a possibilidade de adequar serviços já existentes nos municípios e credenciá-los como UPA's, conforme evidenciamos anteriormente, é inscrito na portaria ministerial 1601, que é posterior a esse momento histórico.

Retomando a fala do subsecretario de saúde, este mais uma vez faz referencia a serviços terceirizados de outras cidades como exemplos exitosos:

(...)Alguns exemplos de modelos aplicados com sucesso, o primeiro dele é São Paulo, Estado e Capital, nós tivemos lá pessoalmente e já fiz esse relato aqui e que não vou repetir, Fortaleza é pioneira no País nesse tipo de modelo de gestão, lá tem um hospital que é administrado por organização social de saúde que é considerado um dos melhores hospitais públicos do País, atende 100% SUS, parece um hospital privado, o doente tem alta daquele hospital e no sumário de alta dele sai quanto ficou a conta, quanto que o poder público gastou naquela internação e mostrando que aquela internação daquele paciente foi gasto com recurso público, tudo é discriminado, então esse hospital é pioneiro no País, foi um dos primeiros no desenvolvimento nesse modelo de gestão. Uma Cidade pequena que chama-se Ananindeua no Pará tem um hospital que se chama Hospital Metropolitana de Urgência e Emergência, um hospital nos moldes do HPS, é considerado o segundo melhor hospital público do Brasil, o primeiro deles está em São Paulo, chama-se Hospital de Pedreira que é também administrado por uma organização social de saúde nesse modelo de gestão, então vejam bem, então os 02 considerados os 02 melhores hospitais públicos do País são administrados por esse modelo de gestão, em Belo Horizonte nós temos exemplo também

de terceirização não só de UPA's como os dos hospitais, a gestão feita por eles, Bahia e Salvador, Rio de Janeiro (Estado e Capital) e Pernambuco também tem uma experiência importante, na descentralização da gestão de UPA's, Recife tem 03 UPA's administradas por entidades filantrópicas e sem fins lucrativos também de absoluto sucesso. (Ata da reunião ordinária do CMS 29/07/2009, p.6).

Novamente são feitas comparações com outros serviços terceirizados e comparações que buscam enaltecer o setor privado e desacreditar o SUS. O gestor enaltece o fato do usuário ter alta sabendo o valor que foi gasto em sua internação, mas não faz uma reflexão mais aprofundada de que seria importante dar ciência do real investimento do fundo público nos serviços de saúde, inclusive no conselho de saúde, já que, conforme identificamos anteriormente, até esse momento de análise das atas quase não houve identificação dos investimentos destinados a cada serviço, das contratualizações etc.

A cidade de São Paulo tem constituído um péssimo exemplo em como se deve organizar a gestão dos serviços de saúde, o que é comprovado no estudo desenvolvido pelo Tribunal de Contas do Estado em 2011 (Processo – TCA-15808/026/11).

O referido estudo se dedica a uma análise comparativa entre serviços hospitalares geridos pela administração direta e serviços dirigidos por organizações sociais. Tal estudo foi divulgado na revista Carta Capital nº 664, que afirma:

O estudo do TCE paulista, do conselheiro Renato Martins Costa, compara seis hospitais estaduais semelhantes nos espectros dos dois modelos diferentes, ou seja, geridos por OSs e pela administração direta do governo. O relatório não partiu de uma auditoria nem teve como meta definir qual o melhor modelo, mas apenas avaliar a situação paulista. As conclusões, porém, são relevantes. Fica claro, por exemplo, que os custos das OSs são mais altos, os doentes ficam mais tempo sozinhos nos leitos, a taxa de mortalidade geral é maior e que há uma ampliação da desigualdade salarial entre os trabalhadores. Enquanto os chefes ganham acima da média, os escalões inferiores recebem menos que seus pares dos hospitais geridos pelo estado. Para ter uma ideia, do ponto de vista do resultado econômico, os hospitais analisados custam 60 milhões de reais a mais nas OSs do que nas gestões diretas – uma variação de 38,52% de menor eficácia. Outro exemplo significativo: o custo do leito por ano nas OSs foi 17,6% maior do que nos hospitais da administração pública. (carta capital nº664)

Os dados apresentados não deixam dúvidas de que o modelo de gestão de São Paulo não constitui um modelo de diminuição de custos, nem de condições de trabalho.

O subsecretário segue sua fala abordando a legalidade da terceirização:

Agora aqui temos a questão da legislação, nós ouvimos falar às vezes que isso é ilegal, da ilegalidade dessa gestão, então o primeiro amparo nosso é a Carta Magna do País, é a Constituição Federal da República do Brasil, o Art. 197 da Constituição está aqui na íntegra, "São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física e jurídica de direito privado." Também temos essa Portaria Ministerial recente agora de 05/05/2010, tamanha a evolução desse novo modelo de gestão na Saúde Pública é que o Ministério da Saúde publicou essa Portaria agora em maio que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do SUS, no seu Art.3º ela coloca lá, "A participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante contrato ou convênio, celebrado entre o ente público e a instituição privada, observadas as normas de direito público e o disposto nesta Portaria.", são basicamente dois modelos, um convênio com instituições privadas sem fins lucrativos, que é o nosso convênio que nós temos e o contrato de gestão quando a instituição tem título de organização social de saúde, e a última legislação não menos importante é a nossa Lei Orgânica do Município de Juiz de Fora, então a Lei Orgânica no seu Art. 120, ela coloca, "As ações de saúde são de natureza pública, devendo sua execução ser feita, preferencialmente, através dos serviços oficiais e, supletivamente, através de serviços de terceiros.", no seu §1º está claro, "As instituições privadas poderão participar, em caráter suplementar, do sistema de saúde do município, segundo as diretrizes deste, mediante contrato de direito público, com preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.", então o embasamento legal é amplo, depois dessa introdução nós vamos entrar agora diretamente nas UPA's, as UPA's isso já é amplamente divulgado também, a Portaria do Ministério da Saúde de 2009 e no caso nosso, UPA Tipo III, como é o custeio dessa UPA, é um custeio tripartite, o Fundo Nacional de Saúde que é o Governo Federal entra com R\$ 250.000,00 (Duzentos e cinquenta mil reais) por mês, para cada UPA; o Estado com R\$ 125.000,00 (Cento e vinte e cinco mil reais) por mês e o Município em tese com R\$ 125.000,00 (Cento e vinte e cinco mil reais) por mês, para formar os R\$ 500.000,00 (Quinhentos mil reais) que Portaria determina, eu disse em tese porque o custo dessa UPA em todos os locais do Brasil é superior a isso, então na verdade o Município entra com o restante para cobrir o custeio mensal. Aqui só para vocês terem uma idéia, quando eu disse sobre a questão do custo, que o custo é muito importante, mais para frente eu vou falar de qualidade, nós temos um levantamento feito de forma muito criteriosa pela Subsecretaria de Administração e Finanças, o custeio da Regional Leste, porque a Regional Leste nada mais é do que uma UPA não credenciada, ela atende como se fosse uma UPA, uma Unidade de Urgência / Emergência, uma UPA III, então o custo que a Prefeitura de Juiz de Fora tem com a Regional Leste nós temos aqui, baseado nesse custo as 02 UPA's custariam por mês R\$ 1.605.075 por mês, R\$ 800.000,00 (Oitocentos mil reais) cada uma, na verdade esse custo é muito superior porque o custo determinado para fazer o convênio com as entidades filantrópicas, ali nós colocamos os custos intangíveis, por exemplo, depreciação de equipamentos médicos; manutenção predial, isso são custos intangíveis porque nesse contrato atual quando um equipamento quebra a instituição tem que comprar um novo, colocar lá dentro e patrimoniar para a Prefeitura, então foi embutido nesse convênio um custo que é um custo intangível, aqui não há nada disso, aqui nós temos custos fixos, aqui nós não colocamos o aumento de Servidor Público Municipal de 7%, aqui nós não colocamos o salário que vai ser o salário novo do médico nas Unidades de Urgência / Emergência, aqui o médico ganha um salário bem abaixo do mercado, então seguramente o custo da Regional Leste gira em torno de R\$ 1.000.000,00 (Um milhão de reais) para o Município de Juiz de Fora. O gasto com pessoal, obviamente é o gasto mais pesado dessas Unidades. Então fazendo uma analogia daquele

quadro anterior nós mostramos 02 colunas, uma as UPA's através de uma administração direta do Município e as outras com os convênios que aí estão, então nós teríamos no primeiro um custo mensal de R\$ 800.000,00 (Oitocentos mil reais) e aqui R\$ 650.000,00 (Seiscentos e cinquenta mil reais) Santa Luzia e São Pedro são R\$ 600.000,00 (Seiscentos mil reais), mas vamos considerar as 02 R\$ 650.000,00 (Seiscentos e cinquenta mil reais), então o Fundo Nacional repassa a mesma coisa, independente de qual seria o tipo de administração, de forma que vocês observam, na administração direta o Município teria que colocar mensalmente 427.537,50 (Quatrocentos e vinte e sete mil, quinhentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos) em cada UPA, para o custeio de cada UPA, baseado no que é a Regional Leste, já no convênio que foi firmado com as 02 Entidades, coloca R\$ 275.000,00 (Duzentos e setenta e cinco mil reais) para a UPA de Santa Luzia e R\$ 225.000,00 (Duzentos e vinte e cinco mil reais) para a UPA de São Pedro. Eu acho esse slide muito importante porque nós estamos tratando de recuso público, são recursos finitos e insuficientes para a política de saúde, haja vista o sub-financiamento do SUS que nós temos, então o Município tem uma economia de mais de R\$ 300.000,00 (Trezentos mil reais) por mês com esse tipo de convênio. (Ata Reunião Ordinária CMS, 29/07/2010, p. 5 e 6)

Conforme identificamos anteriormente, principalmente durante a década de 1990 foram criadas as bases jurídico legais que sustentam a terceirização como a Lei 9.801/99 que dispõe sobre a exoneração de servidores por excesso de despesas, a Lei 8.031/90, que instituiu o programa nacional de desestatização; a Lei 9.401/97, que instituiu as agências executivas, a Lei 9.637/98, que instituiu as Organizações Sociais, Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicização e a Lei Federal n.º 9.790, de 23 de março de 1999, que instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP dentre outras.

O subsecretário cita que o gasto com pessoal é o maior custo do serviço e cita que o salário do médico está abaixo do que é pago no mercado, porém, não é citada a forma de contratação dos profissionais, o vínculo precário que retira os direitos trabalhistas para diminuir os custos do serviço em tela.

Por fim o gestor dirige suas análises a satisfação que a UPA tem gerado e os números de produtividade que elatem alcançado:

Para finalizar agora alguns dados, isso já é do...não do conhecimento público, mas o Grupo Gestor que tem a participação do Conselho e da Ouvidoria recebe mensalmente todos esses dados e aqui para mostrar os índices das UPA's, a UPA de São Pedro ainda tem uma estatística muito pequena, até para analisar uma série histórica nós temos uma certa deficiência porque o período é muito curto, mas eu trouxe para colocar, ela fez até agora, até o dia de hoje 3.415 atendimentos no total aqui em maio, porque ela foi inaugurada no final de maio e aqui em junho; Consultas em Clínica Geral; Consultas em Pediatria, dando um total de 3.415 atendimentos, foram 03 óbitos e 29 transferências; Exames realizados, foram 290 exames de sangue; 648 exames de RX e 47 eletrocardiogramas. Outro dado interessante da qualidade do atendimento, a Portaria mostra que as UPA's tem que ter uma eficiência de 70%, ou seja, ela tem que resolver a vida de 07 em cada 10 pacientes que a procurem, nós estamos com o índice de eficiência de 99%,

dos 3.415 pacientes que procuraram a UPA, só 32 não tiveram os seus problemas resolvidos, quem não teve os seus problemas resolvidos? Quem precisou ser internado e quem faleceu, o restante foi consultado e voltou para casa. Aqui a pesquisa de satisfação, coisa que sempre foi muito difícil de implementar nas Unidades da Prefeitura de Administração Direta, até porque a recepção é fundamental para esse tipo de pesquisa e nós não temos nas nossas recepções pessoas treinadas para isso, pessoas especificamente como recepcionistas, então observem bem, Recepção Diurna / Noturna 100% de ótimo/bom, aqui são números absolutos, não tem nenhum ruim, são 02 meses de avaliação; Enfermagem Diurna / Noturna, de forma que colocando isso aqui em percentual nós tivemos aqui na UPA de São Pedro até o momento do início do seu funcionamento até o momento, o índice de satisfação de 93% dos Usuários a classificaram como Boa ou Ótima e 7% como ruim. A UPA de Santa Luzia que nós já temos uma série histórica mais robusta, ela já realizou até o momento 38 mil consultas, vocês observem no primeiro de funcionamento 1.700, depois 4.500, esses 02 meses nós 307 tivemos um pico da Epidemia de Dengue, chegamos a 9 mil em maio, agora já voltou a cair um pouco, aqui nós tivemos um problema que houve uma queda do índice de satisfação do Usuário, aqui foi em torno de 94/95%, com esse pico de Epidemia de Dengue somado a deficiência de profissionais nas nossas Unidades de Urgência / Emergência, o que muitas vezes motivou a população a buscar atendimento fora da sua área de referência, então nós tivemos um pico aqui que totalizou um total 38 mil atendimentos. Transferências 483, 22 Óbitos, então isso deu um total de 98% de eficácia, 98% dos pacientes que procuraram a UPA de Santa Luzia tiveram o seu problema resolvido e não precisaram realizar mais nada. Os exames, ela fez 19.891 exames de sangue, 4.751 exames de radiologia, 526 eletrocardiogramas. Aqui também é um dado mais robusto, um índice de satisfação, uma série histórica de janeiro à junho onde vários itens são pesquisados, então nós tivemos aqui, aqui um valor médio de janeiro à junho, Recepção Diurna: 83% de Ótimo / Bom, 16 % ruim; Recepção Noturna: 89,4% de Ótimo, 20% Ruim; Enfermagem do protocolo de Manchester Diurno: 85% de Bom; Enfermagem do protocolo de Manchester Noturno 81% de Bom/Ótimo; Enfermagem de Assistência Diurna, que é o Enfermeiro que de fato vai lá, ajuda a pegar uma veia e tudo mais: 84% de Bom/Ótimo; Enfermagem Noturna: 76% de Bom/Ótimo; Médico Plantonista: 82% de Bom/Ótimo; Higiene e Limpeza: 92,5%; Alimentação: 68,4%; Rouparia...de forma que nós tivemos um valor médio de janeiro à junho de satisfação do Usuário de 81,54%, frisando que aqui nós atravessamos uma Epidemia de Dengue importante, uma sobrecarga enorme nos atendimentos de Urgência/Emergência e isso trouxe esses valores médios um pouco para baixo, porque se não seguramente seriam acima de 90%, esse índice para quem trabalha com Urgência / Emergência são índices difíceis de alcançar em Urgência / Emergência, Urgência / Emergência, é um local de doença aguda, onde as pessoas estão ansiosas, os familiares estão preocupados e muitas vezes questionam muito e com razão, então são índices superiores de hospitais privados do nosso Município. E para finalizar, o nosso objetivo foi trazer esses dados porque eu acho que o que interessa é atender bem ao Usuário, o nosso objetivo, a maior finalidade de nós estarmos aqui é de prestar um atendimento digno, de qualidade, com local adequado, um local limpo, acabar com essa questão que o SUS é sujo, que o SUS é fila, que o SUS é a pessoa ser recebida mal na recepção, o ser humano tem que ter um atendimento digno e é dessa forma, isso é muito gratificante para nós porque essa é a nossa finalidade, com esse índice de satisfação prestar atendimento com essa qualidade e trabalhando rigorosamente dentro da lei, para o Município o que importa é isso, nós estamos preocupados em atender os 500,600 ou até 1 milhão e 600 mil Usuários que nos demandam a sua assistência. (Ata Reunião Ordinária CMS, 29/07/2010, p.6 e7)

Inicialmente é importante ressaltar que a análise apresentada é no mínimo insuficiente. De acordo com o subsecretário, a resolutividade da UPA somente não seria atingida em caso de óbito e transferência para hospitais. Tal afirmação contrasta com as falas dos demais conselheiros:

Com a palavra Sr.Custódio da Costa Matos Neto - RS 04 (Segmento dos Usuários): Dr. Cláudio, o Senhor falou aqui da Regional Leste, e foi falado em higiene e limpeza, se for falar de Região Leste em higiene e limpeza eu acho que ela não era para estar nem com as portas abertas, vou ser sincero para o Senhor, o Senhor sabe que eu respeito muito esse Governo, sobre o atendimento está pior ainda, eu posso dizer que em termo de Urgência / Emergência, a Região Leste não existe. Agora eu gostaria de falar sobre a UPA de Santa Luzia, o Senhor falou ali de 86% de aprovação ou 95%, o que eu queria dizer o seguinte, eu não tenho ouvido determinadas que fossem tão boas assim, em primeiro lugar eu tenho uma vizinha que é Presidente do Conselho, ela levou o marido dela com uma ferida enorme no pé, o pé todo inchado em um sábado na UPA de Santa Luzia e com a pressão a 22, eles não atenderam, mandaram voltar com ele para casa e que colocasse um comprimido de Captopril na boca dele quando chegasse em casa, tanto é que ela veio na Ouvidoria e me parece que a Ouvidoria foi lá conversar com o medico e com a pessoa que atendeu. Eu tenho um sobrinho que caiu da escada, mora a 50 metros da UPA, ele foi à UPA que não quis atender e o mandaram para o Pronto Socorro, lá no Pronto Socorro fizeram um atendimento e o mandaram para o Ana Nery, ficou lá 04 meses fazendo fisioterapia porque ele ficou com deficiência no braço, porque não recebeu os primeiros socorros. Outra coisa que nós ouvimos aqui quando nós aprovamos as UPA's, que todo paciente que fosse para a UPA, que necessitasse de internação ficaria no máximo 24 horas e já sairia com ambulância direto para o hospital com a vaga garantida, isso não está acontecendo, nós sabemos que tem gente que está ficando lá, que a gente está arrancado os cabelos para tentar transferir, que tem pessoas ligando para casa da gente as 00:00 Hs pedindo pelo o amor de Deus para conseguirmos alguma coisa, é só isso. (Ata Reunião Ordinária CMS, 29/07/2010, p.7 e 8)

Com a palavra Sr. Carlos Henrique Machado Silva - CECRET (Segmento dos Usuários): O que eu tenho a falar é para ajudar a diminuir a taxa de insatisfação, pelo o que eu vi lá no mês passado porque a minha filha passou mal à noite, eu fui leva-la para ter uma consulta com o Pediatra e o que eu vi lá foi um salão lotado com pessoas que estavam de 08 a 09 horas esperando consulta, dor no peito, dor de cabeça, vários sintomas nos pacientes esperando atendimento, o que me chamou atenção é que eu não vi maca na entrada da Unidade, tem uma cadeira de roda para levar a pessoa, chegou uma Senhora lá passando mal, com dor no peito precisando de um oxigênio e um atendimento de emergência, porque afinal é Unidade de Pronto Atendimento, não vou levar alguém enfartando para encarar uma fila, então quando a mulher estava desesperada ali, eles a pegaram e colocaram na cadeira de rodas e entraram com ela e minha filha esperando, já tinha passado pela triagem muito bem feita, quando a gente entra na porta porque chamaram minha filha, a mulher ainda estava na cadeira de rodas revirando os olhos e outro paciente esmurrando a porta do médico pedindo para que ela fosse atendida, então tiraram ela de perto de várias pessoas que estavam passando mal, que estavam em situação horrível e a colocaram no beco com mais 06 pessoas na frente, aí chama-se Unidade de Pronto Atendimento. (Ata Reunião Ordinária CMS, 29/07/2010, p.9)

As falas dos conselheiros indicam problemas que, conforme evidenciamos anteriormente, eram previsíveis ao não se identificar qual o “lugar” das UPA’s na rede do SUS. Assim, em alguns momentos identificamos a unidade prestando uma atenção que cabe à atenção básica e em outros prestando o papel de intermediária ou de espaço de espera por atendimento hospitalar, que não “desafogou” seu atendimento.

No que tange à importância da atenção básica até mesmo para instituição deste serviço, conforme previsto em sua legislação e ressaltado pelos conselheiros em falas evidenciadas anteriormente, essa discussão retorna:

Com a palavra Sr. Antônio Hugo Bento - RS 02 (Segmento dos Usuários): O que eu perguntaria é o seguinte, na época tinha sido falado aqui que a construção seria de 03 UPA’s, aí já está contemplada a Zona Norte, ainda foi falado que a cada 200 mil habitantes, alguma coisa assim, se eu tiver errado que vocês me corrijam, mas agora você está falando de Regional Leste, eu quero só entender isso até mesmo porque sempre está falando aqui na Atenção Primária e eu não vejo o esforço que se tem para está trazendo coisa nova, enquanto que o PSF está sempre engatinhando, nunca consegue avançar em nada, o recurso humano do PSF sempre está em falta, nunca a gente vê esse imenso esforço que vocês tem em estarem apresentando coisas novas, porque se fizessem Atenção Primária estariam ajudando, não sou contra a construção, mas eu acho que fica faltando isso, principalmente quando o Senhor fala em tratar as pessoas com dignidade, não vou ficar falando muito na UPA de Santa Luzia até mesmo porque eu deva estar nesse menor número que está contrário a aquilo lá, porque nós saímos do Bairro Santo Antônio, eram 21:32 hs quando a gente chegou lá, nós só fomos sair de lá quase 1:00 hs da manhã e foi falado aqui que no máximo seria 2 horas aquela coisa toda, eu acredito que se fosse fazer uma reunião com os Presidentes dos CLS’s o Senhor iria ouvir horrores dessas pessoas que procuram a Regional Leste, que estão mandando ir para a Santa Luzia e já tem aquele povo de lá que precisa ser atendido, então eu gostaria que o Senhor falasse sobre isso. (Ata Reunião Ordinária CMS. 29/07/2010, p.8)

Com a palavra Sra. Edna Ap.^a Rodrigues - RS 09 (Segmento dos Usuários): Que a UPA é um equipamento de excelência, que é o SUS que a gente tanto sonhou e que a gente merece isso eu não tenho a menor dúvida, está lá o equipamento em São Pedro e está lá em Santa Luzia, mas é lógico que a gente precisa aperfeiçoar os mecanismos, mas eu tenho observado que as 02 UPA’s têm virado a salvação da pátria da Atenção Primária. O que a gente vê hoje é a UPA superlotada, prestando um serviço que não era o seu serviço porque a Atenção Primária não funciona na Região, o que não era urgência na parte da manhã, torna-se urgência à noite, a Região 09 hoje que compreende São Pedro, Santos Dumont e Borboleta, não tem 01 Clínico Geral na UBS, então a UPA de São Pedro apesar das dificuldades ainda tem cumprido um papel que Atenção Primária tem deixado a desejar, então infelizmente o que a gente vê é que trata-se de um equipamento que poderia está sendo muito melhor aproveitado, hoje está quebrando o galho de uma deficiência que eu tenho a certeza que não é só na minha Região. Eu aqui já por diversas vezes, não era o modelo de gestão que eu queria, mas eu tenho que colocar a excelência do trabalho que o CAS/HU tem realizado na UPA de

São Pedro, na última segunda - feira nós fizemos uma avaliação, não é uma avaliação minha, é uma avaliação do CRS em que os pontos positivos foram até maiores que os negativos, infelizmente...isso até me dói está falando isso aqui, isso até me fere alguns princípios meus pessoais, mas eu não posso faltar com a verdade do meu CRS que é um CRS sério, se não fosse a UPA essa Região estaria completamente abandonada, a verdade é essa, então a UPA tem sido a salvação da pátria da Atenção Primária, o que a gente precisa está avaliando aqui hoje para que as UPA's cumpram o seu papel e antes de aprovarmos qualquer outra UPA dentro desse Conselho, nós precisamos voltar a nossa atenção hoje para as nossas UAPS's ou UBS's que estão funcionando muito mal. (Ata Reunião Ordinária CMS de 29/07/2010 – p.9)

Os problemas decorrentes da falta de organização do território de implantação da UPA São Pedro ficam evidentes apenas um mês após o início de seu funcionamento e corroboram com a assertiva das críticas e ponderações feitas até este momento acerca da implantação das UPA's.

Na fala da usuária ainda é possível extrair um ponto crucial, do qual os conselheiros precisam ter ciência: a diferença entre o Hospital Universitário e sua outra unidade de assistência o Centro de Atenção a Saúde (CAS), pertencentes á estrutura da UFJF e á Fundação de Apoio ao Hospital Universitário (FHU), que constituem entidades diferentes, porém, por diversas vezes confundidas.

Conforme a deliberação do CMS, de janeiro de 2009, o modelo de gestão seria reavaliado e, a partir daí, seria discutida a possibilidade de continuidade ou de implementação de um novo modelo. A preocupação de um conselheiro com a forma como se encaminha a discussão e a possibilidade desse modelo ser aprovado como constante se evidencia em:

Com a palavra Sr. Cosme Damião da Cunha - RS 06 (Segmento dos Usuários): Me causou uma grande preocupação, porque quando veio aqui para a votação não teve nada disso, com 06 meses votação definitiva, se 06 meses fosse satisfatório, seria prorrogado por mais 06 meses, para depois do 12º mês viesse à discussão, o que nos está causando grande preocupação é que até então enquanto não tinha esse nome UPA a Regional Leste como os companheiros disseram, mas como foi dito aqui é que a preocupação é o atendimento de melhor qualidade e isso não está acontecendo, depois que foi criada a UPA de Santa Luzia, até então na Região 06 nós temos o Hospital João Penido, era um excelente atendimento, eu acho que para forçar ou para empurrar de garganta abaixo, acho que é isso que está acontecendo não só no João Penido, é em qualquer outra localidade que se vá procurar um atendimento, não está tendo. (Ata Reun. Ord. CMS » 29/07/2010 - Página:8)

A partir da fala do conselheiro, o subsecretário de urgência e emergência apresenta suas ponderações:

Com a palavra o Subsecretário de Urgência / Emergência - Dr. Cláudio Reiff: (...). O Sr. Cosme, a colocação que o Sr. colocou a respeito do João Penido,

primeiramente se eu coloquei análise definitiva é porque eu não me lembro direito o que foi colocado, então o Sr. colocou que é mais uma análise para verificar para os próximos 06 meses, eu quero até ratificar o que eu disse, mas não foi proposto aqui naquela época fazer uma coisa provisória e que isso imediatamente assim que pudesse a Administração Direta reassumiria, isso não foi colocado aqui naquela época, o Sr. me desculpe mas isso não foi colocado. (Ata Reunião Ordinária CMS, 29/07/2010, p.10)

Aqui cabe retomarmos a resolução Nº. 325/2010, que dispôs sobre o modelo de Gestão das Unidades de Pronto Atendimento SUL e OESTE, que em seus artigos 4º e 5º afirma:

Art. 5º - O prazo contratual para estabelecimento da parceria será de seis meses, a contar da data de assinatura dos contratos, podendo ser prorrogado por mais seis meses.

Art. 7º - Em Junho de 2010 o Conselho Municipal de Saúde pautará em reunião específica a rediscussão do modelo de Gestão das Unidades de Pronto Atendimento SUL e OESTE.(RESOLUÇÃO CMS nº325/2010)

Conforme apresentamos no item 3.1, o debate de última hora solicitado pela secretária municipal de saúde para deliberar o modelo de gestão da UPA foi marcado pela problematização dos pontos dissonantes, já naquele momento, em relação à terceirização em detrimento da gestão pública e o argumento da gestão baseava-se sim na sua impossibilidade de assumir em imediato a execução direta do serviço. No que tange a proposta que foi possível consensuar, esta previa sim a prorrogação por mais seis meses após a reavaliação desta experiência conforme os itens apresentados.

No que tange a essa diferença de entendimento acerca do que foi deliberado a gestora do município buscar

Com a palavra a Secretária de Saúde do Município de Juiz de Fora - Dra. Maria Ruth dos Santos: Eu queria só complementar, lembrar algumas coisas aqui, quando a gente trouxe aqui...eu gostaria inclusive, eu estou um pouco incomodada aqui porque eu não sei...sei que o objetivo dessa reunião é discutir UPA's...Chamada Pública para Contratação de Entidades Responsáveis pela Gestão, vocês estão querendo discutir a Chamada Pública para Entidades Responsáveis pela Gestão, Operacionalização e Execução, é isso que está escrito aqui na pauta, esse objeto, então nós trouxemos...porque na verdade essa pauta aqui do jeito que está colocada ela deixa...eu estou em dúvida em relação a isso aqui, eu queria esclarecer para entrarmos no ponto certo, o que está em jogo aqui, aí o Jorge Secretário Executivo, Eriane, nós estamos é Modelo de Gestão, é isso? Vocês querem discutir isso? Se é administração direta ou não? Vocês querem discutir a Chamada Pública? Mas então nós temos que discutir isso, isso não foi discutido ainda, esse ponto ainda não foi discutido, Chamada Pública que é o que consta aqui, nós trouxemos porque, aí não sei se respondo, mas vou tentar responder algumas questões. Eu estava aqui quando nós aprovamos, nós Conselheiros, o Conselho aprovou o Modelo de Gestão dessas UPA's que estão aí, nós dissemos que era por 06 meses, quando nós aprovamos, o Conselho aprovou, nós aprovamos o Modelo de Gestão por execução

indireta, essas entidades já haviam interessado e aí o Cláudio foi muito feliz, foi muito claro na apresentação dele porque isso, não vou ficar aqui discutindo se é Gestão Pública, é execução indireta, isso já estava previsto...o SUS se viabiliza dessa forma e mesmo antes da gente ter SUS sempre o setor público complementou e é possível complementar as suas ações de serviços com a iniciativa privada, desde que você não tenha suficiência de Rede, isso não tem ilegalidade nenhuma. Nós viemos aqui colocamos possibilidades de Gestão naquele momento nós tínhamos problemas sim, nós não tínhamos garantias, aí saiu o Sindicato, saiu um monte de gente dizendo que nós estamos enganando o Ministério da Saúde, que a gente queria era R\$ 250.000,00 (Duzentos e cinquenta mil reais), eu vi um monte de fax sindical dizendo que é isso, que é aquilo, não tinha nada disso, nós não tínhamos...essas 02 UPA's que na verdade se transformaram em UPA's, São Pedro e Santa Luzia eram 02 "elefantes brancos" e que não tinha nenhuma proposta para aquilo, era para ser policlínica, mas não tinha nem financiamento, quem correu atrás disso virar UPA foi o Governo do Estado e o Governo Municipal e colocar lá R\$ 1.000.000,00 (Um milhão de reais) em cada uma para equipar e deixar do jeito que foi, a verdade é que aquilo não havia proposta de...estou lembrando dos fatos, então a gente nem podia fazer administração direta, nem indireta, nem nada porque nós não tínhamos nem como custear aquilo, nós não tínhamos garantias, a Portaria de Habilitação dessas 02 UPA's virando UPA's só saiu depois, inclusive foi assinada aqui, nós trouxemos o Ministério da Saúde aqui, veio a Coordenadora Nacional, veio Ministro, veio o Lula, tanto que essas UPA's viraram referência...foi o que eu falei antes, para não falar depois para achar que eu estou influenciando qualquer tipo de coisa, então vamos recordar os fatos porque os fatos verdadeiros são esses, quando nós viemos aqui aprovar Modelo de Gestão toda essa conjuntura estava dita a vocês, alias vocês que sabiam mais disso, quem sofria desde 2006 com um prédio parado lá era a Edna e o Conselho dela, que colocaram pedra fundamental e não colocaram nenhum equipamento lá, vocês acham que é fácil colocar 02 UPA's em funcionamento da forma como se colocou? Como nós colocamos? Legalizadas com financiamento garantido? Que vai ficar (inaudível) a não ser que o Ministério da Saúde ou o Estado não coloque repasse? Vocês acham que município, qualquer um nesse País tem recurso para bancar? Não tem não gente, os municípios hoje são os mais sobrecarregados na questão da Saúde, então isso foi um passo muito grande. Nós quando viemos aqui aprovar Modelo de Gestão, nós tínhamos essa conjuntura, assim nós dissemos para vocês, nunca escondemos a realidade dos fatos, foi dessa forma que nós encontramos, 02 prédios parados vazios sem um equipamento lá dentro e estragando, porque a UPA de São Pedro estava estragando, ela precisou ser recuperada no ponto de vista de prédio. Nós dissemos na época, vamos discutir o Modelo de Gestão para garantir legalização dessas UPA's, custeio, financiamento e viabilidade, sustentabilidade que é uma coisa que o Cláudio usou aqui, fizemos isso, fizemos com execução indireta, Gestão Pública, a Gestão nunca deixou de ser nossa e nunca vai deixar de ser porque nós estamos em constante aprimoramento, monitoramento, vigilância e fiscalização dessas UPA's, estamos sim nessa condição com essas 02 entidades que não são nem entidades privadas com fins lucrativos, nós estamos falando de uma fundação de apoio ao HU, uma fundação pública, estamos falando de uma entidade filantrópica, isso que nós estamos falando aqui, de 02 entidades extremamente respeitadas. (Ata Reunião Ordinária CMS 29/07/2010, p.11 e 12)

A fala da gestora mais uma vez evidencia que ela busca situar o debate da gestão terceirizada como sendo de ordem legal ou administrativa. Aqui há um ponto crucial em nossas análises: o modelo de gestão terceirizado está diretamente ligado

a instituição das UPA's? Tal pergunta se deve ao fato da gestora "misturar" dois assuntos. Primeiro, é claro o entendimento de que, apesar de naquele momento a portaria nº 1601 ainda não ter sido instituída, foi permitido pelo governo federal a habilitação de dois serviços, que seriam policlínicas, como UPA's. E, em segundo, mesmo sendo modificado o ordenamento legal deste serviço, isso não deveria impedir a gestão executada diretamente pelo município, pois o contrário afirmaria que a UPA já surge com um modelo de gestão atrelado a ela, ainda que isto não seja verbalizado e nem inscrito nas normativas.

Dando continuidade ao entendimento da pauta que se discute, os conselheiros ponderam mais uma vez sobre a necessidade de avaliação desse modelo de gestão:

Com a palavra Sr. Geraldo Werneck - Sindicato dos Metalúrgicos (Segmento dos Usuários): (...) o que está ali na pauta e a minha compreensão e o que saiu daqui de compreensão na votação de fevereiro foi o seguinte, vota-se agora por 06 meses, rediscute a questão para ver o que vai ser feito e aí se discute...então nós temos que debater aqui a luz da Resolução que foi tratada lá, em função disso que está esse debate, essa pauta hoje e discutir apenas a Chamada Pública nós estamos atropelando uma questão aqui, vai prorrogar o prazo ou não, ao meu ver o Plenário tem que deliberar se vai prorrogar e depois discutir a questão da Chamada Pública, é uma coisa sucessiva a outra, a minha compreensão e o que está de Resolução a partir de fevereiro é a posição do Plenário, a posição do Conselho relativamente a prorrogação ou não do modelo, se é o que foi tratado lá trás, isso não ficou dúvida para ninguém aqui se for diferente disso eu vou me sentir enganado, porque o que foi encaminhado e votado aqui foi isso, em 06 meses re-avalia, delibera se prorroga ou não e a partir daí...aí apareceu essa questão da Chamada Pública, para mim isso é uma surpresa. A questão das falas aqui, me perdoe, uma questão fundamental, acho que vocês não podem mais reclamar, caladinhos, elogiem para ficar melhor, reclamar não pode, então vamos ficar calados, vamos deixar as coisas acontecerem, deixa morrer lá, você representante de uma pessoa que está lá não pode falar, não reclama. (Ata Reunião Ordinária CMS, 29/07/2010, p.13)

Com a palavra Sra. Regina Célia de Souza - RS 12 (Segmento dos Usuários): Eu realmente...a Dra. Ruth está correta no que ela colocou, porque eu sinceramente...está ali assim, Chamada Pública para contratação, então eu acho que está havendo dupla interpretação, porque o que realmente vai acontecer? Vai fazer uma Chamada Pública para está podendo entrar outras pessoas para está disputando, para estar administrando as UPA's ou é apenas renovar o contrato por mais 06 meses, porque não conseguiu ainda fazer a tal seleção pública? Outra coisa, eu vi ali o gráfico falando do número de pessoas que foram atendidas na Região de São Pedro, então eu entendo assim...é mesma coisa...isso não é bom, se está tendo esse número elevado de pessoas é porque não está tendo que tem que ser feito, que é a prevenção lá em baixo e ter os atendimentos nas UBS's. Agora eu gostaria de estar colocando aqui uma situação da UPA de Santa Luzia, chegam nos nossos ouvidos que lá também não tem médico, que lá tem vários profissionais da SUPREMA, alunos da SUPREMA trabalhando e 01 médico, é isso que a gente ouve falar o tempo todo, então eu vou falar o seguinte, tem um Usuário perto da minha casa também que foi na UPA de Santa Luzia a

noite, passou por uma consulta, o médico o consultou e disse que ele estava com Angina e que poderia ir embora para casa, no outro dia as 08:30 hs ele faleceu em casa, então se está bom ou ruim a gente não sabe, só vamos saber se está bom ou ruim só quando a gente chegar no que está hoje a Regional Leste que está impossível, até ir ninguém mais vontade, o próprio HPS que as reclamações são muitas, mas eu torno a falar aqui que tudo para mim tem que ser público. Outra denuncia, vários profissionais de saúde da nossa Rede estão trabalhando na UPA, enfermeiro do HPS, então estão dobrando serviço lá, então quando chegam no HPS já chegam dormindo. (Ata Reunião Ordinária CMS, 29/07/2010 , p.13)

Apesar do segundo relato fazer referência a outra UPA do município que não a UPA oeste, nosso objeto de estudo, tal fala nos remete a um dos problemas gerados pela implantação desses serviços, que tem se dado pelo fato de não representarem uma ampliação da rede de serviços do município e sim uma substituição a serviços municipais. Conseqüentemente , pelo fato de não ampliar a rede de serviços, também não amplia os recursos humanos, prestando atendimento à população. Nossas análises estão em consonância com as análises apresentadas pelo IPEA, em seu boletim sobre políticas sociais:

A atenção pré-hospitalar intermediária deveria também ter impacto relevante no acesso aos serviços e na redução do uso dos serviços prestados nos prontos-socorros hospitalares. Segundo estimativas do MS, pelo menos 70% dos atendimentos realizados em hospitais podem encontrar solução adequada por meio das UPAs. Até setembro de 2010, existiam 448 UPAs implantadas. Contudo, existe evidência de que, ao menos em algumas especialidades, estas unidades não têm conseguido ampliar os serviços à população por falta de médicos especialistas. Como descrito na edição anterior deste periódico, todas as unidades implantadas no estado do Rio de Janeiro terminaram por encerrar os serviços de ortopedia por falta de ortopedistas. Isto é, o governo teve que optar entre manter os profissionais disponíveis nos prontos- socorros dos hospitais ou nas UPAs. Caso semelhante está ocorrendo na área de pediatria no Distrito Federal, em que, recentemente, o governo local fechou a área de pediatria do hospital de uma determinada região administrativa e deslocou todos os pediatras para a recém-inaugurada UPA na mesma região. Estes casos não sugerem a existência do alívio pretendido dos prontos-socorros hospitalares, mas simplesmente a substituição de um serviço por outro. (IPEA 2012 :104)

Apesar de todos os pontos elencados, dos problemas identificados na avaliação dos conselheiros e das evidencias do debate acerca deste serviço estar sempre atrelado ao modelo de gestão, surge mais uma vez a culpabilização dos conselheiros pela possibilidade da desassistência à população conforme evidencia a falar a seguir:

Com a palavra Sr. Jorge Ramos - RS 10 (Segmento dos Usuários): Primeiro esclarecer a pauta, esse documento se baseia em um ofício encaminhado pelo Secretário Cláudio Reiff, aonde o teor foi transcrito na integra, nós

estamos discutindo aqui a Chamada Pública, objeto da discussão é a Chamada Pública, dentro da Chamada Pública você vai discutir o Modelo de Gestão, agora eu quero recordar um pouco da Resolução que é assinada...e aí a Presidente do Conselho neste momento não estava em Juiz de Fora, assinou a Vice - Presidente e foi homologada pela Secretária, um dos pontos fala da questão da contratação por 06 meses, como foi uma contratação emergencial ela está impedida de prorrogar por mais 06 meses, não há prorrogação, não há artifício legal que prorrogue esse contrato. No Artigo 8º, talvez o Werneck naquele momento não tenha observado, diz o seguinte, Durante a vigência, e antes do término dos contratos a Secretaria de Saúde deverá ter concluído Processo de Chamada Pública, objetivando a participação de novos parceiros na Gestão das Unidades de Pronto Atendimento Sul e Oeste. Então o que estamos discutindo aqui nesse momento é a Chamada Pública, porque sem essa Chamada Pública, que começa agora as minhas perguntas, os efeitos da não realização da Chamada Pública, o que ocorre se a Chamada Pública não acontecer, amanhã, ela está para amanhã a abertura dos envelopes de habilitação, às 09 horas da manhã, isso eu pergunto, se esse Conselho hoje não aprova a abertura da Chamada Pública, os efeitos, fecha-se a UPA Dona Alice Mora? Quería essa resposta. O contrato com a Maternidade Terezinha de Jesus vence dia 03 de agosto, pergunto, se essa Chamada Pública não for estartada de 04 podemos entender que a Unidade Dona Alice Mora que não é UPA Santa Luzia, é Unidade Dona Alice Mora, lei do (inaudível), do Vice - Prefeito, se esse Conselho pecar o Supremo Tribunal Federal está julgando uma ação direta de (inaudível) já por argüição de justamente ter essas parcerias para publica, privada, OS's, está lá, está sendo julgado, se amanhã o Supremo disser, não é, acabou, não tem mais discussão, então eu gostaria de deixar, e no dia a dia nós a gente foi tentando construir um histórico dessa situação e levar ao Plenário para poder mais tarde a gente está fazendo uma discussão, mas o objeto é discuti sim a Chamada Pública e amanhã às 09 horas da manhã está se abrindo os envelopes para habilitar. (Ata Reunião Ordinária CMS 29/07/2010, p.13 e 14)

Anteriormente já esclarecemos que não há, ainda, a impossibilidade legal da terceirização dos serviços, porém, isso também não referenda sua instituição principalmente pelos ataques a proposta do projeto de reforma sanitária inscrito no SUS que este modelo representa.

Conforme explicitado pelo secretário executivo do conselho, representante do segmento dos usuários, a resolução originada pelo debate precedente à implantação da UPA e sua terceirização, previa que antes do termino do contrato de gestão de seis meses com as entidades que passariam a gerir as UPA's a administração publica realizaria a chamada pública. É interessante notar que a gestão permitiu que o prazo se esgotasse para retomar a discussão e, também, a partir das falas anteriores, que demonstra o entendimento de não ser necessário debater a continuidade do modelo de gestão que já estaria dado.

Reafirmando posição diferente a conselheira presidente representante do segmentos dos trabalhadores afirma:

Com a palavra a Presidente do Conselho Municipal de Saúde - Sra. Eriane Sueley de Souza Pimenta: Na época que nós discutimos aqui e aprovamos a

impressão que eu tinha era que iríamos avaliar, então eram 06 meses para que a gente avaliasse a Gestão, avaliasse tudo, então quando agora vem...eu também fiquei surpresa porque essa data limite e que se isso não for aprovado não temo como, é improrrogável, para que então avaliar? Para que então nós estamos fazendo avaliação se é uma coisa que já está colocada? Então eu acho que a questão hoje que foi colocada aqui sobre a UPA, os resultados, eles são pautados em dados, tenho certeza disso, como também os casos que foram relatados aqui individuais, também não são casos isolados, eles acontecem porque existem problemas e os problemas foram falados aqui hoje, a UPA hoje só vai funcionar bem com sua plenitude se a Atenção Primária tiver funcionando bem, aí sim, aí nós vamos ter uma UPA de verdade voltada somente para o atendimento de Urgência / Emergência, então eu não sei que avaliação a gente possa fazer sendo que nós estamos com a "corda no pescoço", não foi falado detalhes com relação a esse contrato, o que é que vai está sendo renovado? Por quanto tempo? Ouvi falar que são 05 anos, o que vai ser acordado...que até então foram 06 meses, mas daqui para frente o que, quem ganhar agora nós vamos está legitimando, aprovando profissionais que foram selecionados por 05 anos, será que é isso que o Conselho junto com tudo que o SUS defende com relação a concurso público, hoje nós fomos para discutir o Termo de Compromisso que dá prazos, que dá abertura para contratos temporários em situações emergenciais, mas com prazo, tal prazo de 03 meses, 09 meses, 30 dias, 90 dias, você vai fazer uma chamada Pública, então eu acho que a gente tem que discutir isso, essa pressão, ou é tudo, ou é nada. Eu gostaria de ouvir a Assessoria Jurídica para ver quais são os caminhos para que a gente possa, a gente não tenha que dar uma decisão que vá se prorrogar por 05 anos, não é isso que a gente defende. (Ata Reunião Ordinária CMS, 29/07/2010 – p.14)

A fala da conselheira é elucidativa no que tange aos problemas identificados a partir da instituição desse modelo e sobre as consequências de sua continuidade. Com o objetivo de esclarecer as consequências legais da não continuidade deste modelo, a presidente do conselho solicita informações à assessoria jurídica da secretaria municipal de saúde e esta, coadunando com a perspectiva da gestão, situa o debate no campo legal:

Com a palavra a Assessora Jurídica da Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora - Dra. Simone Porcaro: A Dra. Ruth levantou muito bem a questão, o Jorge completou a dúvida que a Dra. Ruth levantou, que na verdade nós aqui estamos tratando da Chamada Pública, da Legalidade, da continuação dos serviços prestados pelas UPA's. Eu imagino que nós temos que distinguir as questões, a primeira é a discussão a cerca dos serviços, do atendimento, isso de fato compete ao Conselho Municipal, agora, a questão da contratação, a forma de contratar isso é uma discricionariedade do Gestor, o Gestor pode contratar desde que ele esteja baseado e calçado na lei, o que aconteceu lá trás, há 06 meses atrás foi o seguinte, existia uma necessidade, uma urgência na contratação de um serviço para iniciar o funcionamento de uma UPA por inúmeras questões que vocês já conhecem bem, já foi exposto pelo Dr. Cláudio, pela Dra. Ruth, etc..., então naquele momento nós não tínhamos outra alternativa se não fazer uma contratação emergencial, isso significa dizer que não há necessidade de uma licitação, de uma Chamada Pública para aquela contratação, oferece os serviços aos prestadores existentes, eles apresentam os preços, com base no menor preço é feita uma contratação direta emergencial, isso está previsto no Artigo 24, Inciso 4 da Lei

8666 que é a Lei de Licitações, esse contrato emergencial só pode ser feito pelo prazo máximo de 180 dias, ele pode ter menos prazo, mas mais prazo ele não pode ter, é um contrato que não pode ser prorrogado além dos 180 dias previsto no Artigo 24, Inciso 4, mas como isso é um contrato emergencial é necessário que se concretize a contratação, o convênio, enfim, o pacto entre a administração Pública e a instituição sem fins lucrativos, filantrópicas, etc e tal, assim como também prevê o Artigo 199, Parágrafo 1º da Constituição, que fala o seguinte, "Quando a Administração Pública não tem capacidade de gerir, de atender, prestar 100% aquele serviço, ela pode recorrer as outras instituições, preferencialmente filantrópicas e sem fins lucrativos", é exatamente isso que nós estamos fazendo agora, nós estamos passando de uma fase "precária" porque é um contrato improrrogável, para uma situação mais definitiva que não significa eterna, é só definitiva no âmbito legal, essa contratação agora pode ser feita com prazo até 05 anos, o que não significa também que a instituição permanecerá durante os 05 anos, o contrato também está previsto na Lei 8666, ele pode ser reincidido a qualquer tempo unilateralmente desde que haja motivação, então vamos supor que uma instituição qualquer ganhe essa concorrência e seja contratada, nos próximos 06 meses se não prestar aquele serviço, se não cumprir aquele contrato, o contrato pode ser reincidido, faça-se uma nova Chamada Pública, contrata-se uma outra instituição e é esse o benefício que nós temos da administração indireta, que é você ter a possibilidade de você mudar as pessoas e os serviços com agilidade, coisa que no serviço público engessado pela Lei, pela 8666, pela Constituição e etc..., a gente não pode, então por exemplo, quando falta um médico em uma UPA hoje com a administração indireta, você troca o médico, demite o médico e contrata um novo, coisa que não é possível na administração direta. Nós temos amanhã uma Chamada Pública onde toda as instituições que se interessarem podem participar para a administração indireta destas 02 UPA's e isso é uma questão legal, não tem ninguém querendo desfazer o que já estava feito, ou tirar essa e colocar outra, não é isso, porque nós estamos tratando de legalidade, nós não temos a opção de manter essas 02 instituições nessa condição, obviamente que elas podem ser as vencedoras na Chamada Pública, elas vão participar em igualdade de condições porque é isso que a lei prevê, que nós da Administração Pública proporcione igualdade de condições a todos que quiserem participar desse chamamento público. (Ata Reunião Ordinária CMS, 29/07/2010 – p.14 e 15)

A fala da assessoria jurídica nos remete novamente à necessidade dos conselhos terem em sua estrutura assessorias próprias e não afinadas com interesses de apenas um dos segmentos que compõe o CMS. A questão legal já esta suficientemente esclarecida, porém, há uma evidente discordância com esse modelo de gestão por parte dos conselheiros e esse debate tem sido escamoteado. Quando questionada novamente sobre as consequências da não aprovação da chamada pública a assessora afirma:

Com a palavra a Assessora Jurídica da Secretaria de Saúde do Município de Juiz de Fora - Dra. Simone Porcaro: A questão de fechar ou não a UPA é também um ato da Administração, legalmente ela não poderá funcionar depois do prazo sem um novo contrato, legalmente não pode, então se vai continuar ou não vai depender de um ato da Administração e esse ato tem todas as repercussões jurídicas, toda responsabilidade que ele gera. (Ata Reunião Ordinária CMS, 29/07/2010, p. 15)

Este é um ponto crucial para decisão dos conselheiros: não concordar com a chamada pública significa que as instituições que fazem a gestão das UPA's não poderão permanecer, porém, o município não deixa de ser o responsável pela execução deste serviço. Assim a descontinuidade do serviço não pode ser compreendida como uma responsabilidade do CMS.

Em nosso primeiro capítulo, analisamos a conformação do fundo público e o lugar estrutural que ele assume no capitalismo. Assim acreditamos ser significativa a fala do conselheiro:

Com a palavra Sr. Marcos Antônio E. de Oliveira - RS 03 (Segmento dos Usuários): Pelo o que a gente lê sobre Conselho Nacional de Saúde, a X Conferência que teve no ano passado, na Conferência ficou enfatizado que estão tentando privatizar, terceirizar a Saúde, então vai nesse embalo, mas eu creio que aqui está sendo demonstrado que está tudo bem. Eu gostaria de perguntar ao Dr. Cláudio qual é o estilo de gestão administrativa das UPA's que ele visitou em São Paulo, Paraná. Eu vi no quadro escrito que quem é controlador do Fundo Municipal de Saúde é o Gestor, eu creio que isso está meio errado, porque na Lei Orgânica do Município diz que é o Conselho. Também eu vi escrito no quadro que o dinheiro sai da Prefeitura, sendo que o dinheiro sai do Fundo Municipal de Saúde. A minha área que é descoberta e a gente sempre usa a Regional Leste, eu me lembro muito bem no debate feito pelo Conselho Municipal de Saúde, eu fui contemplado com a minha pergunta e perguntei a todos eles o que seria feito de futuras UBS's em Juiz de Fora, o nosso Prefeito respondeu que não se faria nada sem arrumar o que está, a Regional Leste continua a mesma. (Ata Reunião Ordinária CMS, 29/07/2010 – p.16)

Conforme analisamos nos capítulos anteriores, o fundo público é formado pelos tributos recolhidos pelo Estado, provenientes em maioria do trabalho e tem servido tanto para reprodução da força de trabalho quanto pelo capital.

De acordo com as ideias de Oliveira (1998), a crise do Estado Providência, que é frequentemente associada à produção de bens sociais, públicos e menos à utilização dos fundos públicos na estruturação do capital, evidencia o tom ideológico na crítica a crise. É a partir do discurso da crise fiscal do Estado que surge a proposta de cunho liberal de contrarreforma do Estado. Como nossas análises têm indicado que a contrarreforma do Estado busca a redução de suas funções o que se materializa na criação do setor não exclusivo do Estado.

A partir da proposição dos contra reformadores, torna-se legalmente possível destinar recursos do fundo público para o financiamento do setor privado, inclusive sem que tais recursos passem pela deliberação do controle social. Assim, a partir da descentralização, do repasse de verbas fundo a fundo, e da instituição do controle social, os conselhos de saúde se tornam um importante espaço de disputa pela

destinação do fundo público, o que torna a reflexão do conselheiro representante do segmento dos usuários correta: o recurso é proveniente do fundo público e cabe ao controle social deliberar sobre sua utilização.

Neste sentido, é importante que analisemos aqui o grupo gestor proposto no âmbito do próprio conselho municipal de saúde. No momento de aprovação do modelo de gestão da UPA, em 11 de janeiro de 2010, uma das estratégias propostas foi a instituição de um “grupo gestor”, que, segundo a resolução 325 /2010:

Art.3º - Em conformidade com a legislação vigente, para o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento, será obrigatória a constituição de um Grupo Gestor, nomeado por Portaria PJF/SS com a participação de representantes do Conselho Municipal de Saúde, Secretaria de Saúde/PJF e Instituições, assim definidos:

- Representantes do Conselho Municipal de Saúde responsáveis pelo acompanhamento dos Contratos, Convênios e Serviços (Jorge Ramos e Samantha Maria Borcheat).

- Um Representante no Conselho Municipal de Saúde da região Sanitária 09 e 11.

- Um Representante da Secretaria de Saúde/PJF.

- Representantes das Instituições Contratadas/Conveniadas.

Cabe aqui problematizar este espaço e as consequências de sua instituição. Mesmo contando com representantes do controle social, na análise das atas do CMS em momento algum foi identificado o repasse de informações no espaço do conselho. Além desse dado, nos importa refletir sobre a composição deste grupo gestor que conta com representantes de dois cargos eletivos pelo CMS, dois conselheiros representantes dos usuários das regiões nas quais as UPA's foram implantadas, representante da secretaria de saúde e representantes, sem especificação do quantitativo, de representantes dos prestadores de serviço.

Instituir tal espaço, sem considerar que o acompanhamento dos serviços de saúde deve ser fiscalizado e acompanhado pelo conselho municipal de saúde, cria espaços que se sobrepõe e que inclusive podem possibilitar a cooptação de seus participantes. Cabe destacar também a inexistência de representantes dos trabalhadores (que tem se revelado como importante sujeito de resistência a esse modelo de gestão) na composição desse grupo gestor. A fala de um dos membros do grupo gestor que também é secretário executivo do CMS elucida nossas ponderações:

Com a palavra Sr. Jorge Ramos - RS 10 (Segmento dos Usuários - Secretaria Executiva): Só recordar que essas Unidades tem um Grupo Gestor que esse Conselho elegeu, então eu gostaria que o nosso trabalho fosse respeitado,

porque nós temos a preocupação de reunir todo mês e trazer avaliação, mas por todos os considerandos, hoje pesquisei Pernambuco, São Paulo, apelação direta de inconstitucionalidade, eu trago a seguinte proposta, nos termos do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora resolve, Assistência à saúde universal, integral assegurada pela Constituição, o SUS se caracteriza como um conjunto de serviço de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o SUS.(...)(Ata Reunião Ordinária CMS **de 29/07/2010** , p.19)

Apesar de afirmar que o grupo gestor se reúne mensalmente, o próprio conselheiro não apresenta nenhum retorno dessas reuniões nem sobre a avaliação que este grupo gestor possui em relação ao modelo de gestão. Ressalta-se ainda o fato do conselheiro já apresentar uma proposta de resolução a ser aprovada pelo conselho que em nada se difere da fala da gestão que situa o debate no campo da legalidade desse modelo de gestão.

As diversas ponderações em relação a forma de contratação de trabalhadores, tempo de duração desse contrato de gestão e até mesmo a continuidade do modelo de gestão e o resultado da votação são sintetizados na fala da presidente do CMS:

Com a palavra a Presidente do Conselho Municipal de Saúde - Sra. Eriane Sueley de Souza Pimenta: A proposta da Regina é para não votarmos a favor da Chamada Pública. A proposta da Ruth é pela realização da Chamada Pública no prazo de 05 anos e que caso não esteja sendo contemplado .é a Chamada Pública como está. O Cosme propõe a Chamada Pública com um prazo de 06 meses para que a gente avalie e que se estivermos contemplados que continue, se não tiver que a gente interrompa. O Guido propõe que seja sugerido a prata da casa. O Marcos que seja realizada, que a Gestora proponha Concurso Público em um prazo de 01 ano e meio. O Jorge propõe a aprovação da Chamada Pública com essas considerações, com essas sugestões que foram lidas aqui. Então em votação pela não realização da Chamada Pública, após votação, proposta reprovada. Em votação pela aprovação da realização da Chamada Pública, após votação, aprovada com 01 abstenção. Após votação, aprovada a Chamada Pública 003/2010, conforme proposição do Conselheiro Jorge Ramos, transcrita em Resolução do Conselho Municipal. Foi encaminhando aqui um abaixo-assinado, "Nós Conselheiros de Saúde de Juiz de Fora solicitamos como ponto de pauta, discussão da Atenção Primária em caráter de urgência". Eu vou encaminhar isso a Mesa Diretora para contemplarmos essa pauta aqui. (Ata Reunião Ordinária CMS de 29/07/2010 – p.19)

A resolução N 337/2010, que se origina deste debate: “Dispõe sobre a Chamada pública 003/2010, UPA SUL e OESTE, dá outras providências.. Segundo a resolução:

Art. 1º- Fica a Secretaria Municipal de Saúde /PJF autorizada a realizar Chamada Pública nº...003/2010, para a formalização de acordo /parceria com instituições, priorizando-se as instituições públicas, através de convênios.

Art. 2º- O convênio deverá ser formalizado nos termos das leis que regem a Administração Pública, devendo ser permanentemente acompanhados pelo Grupo Gestor designado para este fim, formado por representantes da Sec. Saúde, Conselho Municipal de Saúde e do Prestador do Serviço.

Art. 3º- Sugerir que a contratação de pessoal temporária pelas entidades/instituições que administrarão as UPAS observe a ordem de classificação do concurso vigente. E para aos cargos que não existir concurso vigente, processo seletivo simplificado com ampla publicidade e transferência.

Art. 4º - Que os processos de compra de insumos necessários para o funcionamento das UPAS observe o contido na Lei Federal nº8666/93.

Art. 5º- Que sejam exigidas garantias reais ou fidejussórias para a execução dos Planos Operativos dos Convênios.

Art. 6º- Esta Resolução entra em vigor em 29 de Julho de 2010

Ao longo de nossas análises será possível evidenciar como tais deliberações se materializarão. A próxima reunião do CMS, que ocorre em agosto de 2010, tem início com a problematização da ata da reunião anterior conforme a fala a seguir:

Com a palavra Sr. Geraldo Majela Werneck - Sindicato dos Metalúrgicos (Segmento dos Usuários): Na verdade Presidente, a questão relacionada a essa ata do dia 29, traz o seguinte, a discussão lá sobre a Chamada Pública relativamente à questão da terceirização das UPAs Sul e Oeste. A questão é a seguinte, na ata do dia 11 de janeiro quando foi discutido o tema, busquei a ata e busquei a Resolução, lá diz o seguinte, lá na linha 206, "É um contrato emergencial e temporário com a previsão, é um contrato que a gente vai fazer por seis meses", continua, aí outra fala na linha 260, "Se for um contrato que está sendo colocado provisório de seis meses, se a gente tivesse a garantia...", na linha 276, "Pode ser até que nesses seis meses esse modelo ao contrário do Brasil inteiro...", na linha 338, "Está sendo proposto para 06 meses, é um negócio que a Constituição permite...", na linha 352, "Em relação a essa privatização da Gestão por seis meses eu acho que sim, então eu peço aos companheiros que acreditem na Secretária...", aí a fala inclusive do Jorge, "Vamos poder ganhar na avaliação do dia a dia, 06 meses é muito pouco tempo para emperrar uma discussão, só faltam 19 dias...", pois bem, a Resolução desse tema, a Resolução do tema, a Resolução nº 325/2010 diz o seguinte, fala do Grupo Gestor, o prazo contratual estabelecido de seis meses, em junho de 2010 o Conselho Municipal de Saúde pontuará em reunião específica a discussão do modelo de gestão das Unidades de Pronto Atendimento, e não foi isso que foi feito, foi aqui votada uma outra questão que não foi votada lá quando foi aprovado em janeiro na ata do dia 11/01. (Ata Reunião Ordinária CMS, 25/08/2010 p.2)

O conselheiro resgata o debate que ocorreu no momento de aprovação do modelo de gestão buscando evidenciar para os demais conselheiros que a aprovação do modelo de gestão sem coloca-lo em debate na reunião anterior o que em sua opinião deveria ser revisto. Após a problematização sobre o ponto indicado pelo conselheiro sua proposta de não aprovação da ata e rediscussão na próxima reunião é votada e por uma diferença de 14 votos a 12 a ata da reunião do dia 29 não foi aprovada e será pautada na próxima reunião do CMS.

Na reunião do dia 25 de agosto um dos pontos de pauta se referia a habilitação de uma policlínica municipal denominada de Regional Leste com anos de funcionamento sob gestão direta do município como UPA. A organização dos trabalhadores deste serviço esteve na reunião e se posicionou contrária a transformação deste serviço em UPA.

Nossas análises tem demonstrado que o credenciamento dos serviços como UPA's tem surgido atrelado ao modelo de gestão, porém, no caso da regional leste o debate que se desenvolveu no plenário do conselho de saúde reconheceu que o serviço ser habilitado como UPA não significa ter sua gestão terceirizada. A gestora da saúde buscou argumentar pela não votação do modelo de gestão e ao não obter sucesso abandonou o plenário dizendo não reconhecer as decisões que ali fossem deliberadas por compreender que estava sendo exercido um controle sindical em detrimento do controle social.

Conforme temos evidenciado neste estudo, o segmento dos trabalhadores, principalmente através de seus sindicatos tem se posicionado contrario a privatização o que tem causado incômodos constantes aos gestores e se revela nesta fala:

Com a palavra Sr. Odilon Pereira A. Neto -Secretaria de Saúde / SS: Diante dessa questão, diante dessa reunião absolutamente atípica, do ponto de vista do Conselho totalmente não representativa, eu vim aqui anunciar que a Secretaria Municipal de Saúde está se retirando dessa reunião, não reconhece o resultado dessa reunião, entendemos que esse debate de gestão tem que ser aprofundado sim, não estamos fugindo dele, estaremos aqui para debate-lo a hora que for, eu respeito ao Controle Social, mas não aceito controle sindical no Conselho, isso eu falava no Conselho Estadual durante 07 anos, venho discutir Controle Social sim, mas sem controle sindical, esse que é o debate que tem que ser levado também. Eu vou chamar a atenção dos Senhores Usuários, fiquem espertos, muitos aqui confundem interesse do Usuário, da população, daquele pobre que realmente precisa de saúde, com seus interesses pessoais, políticos e sindicais, estamos nos retirando e não reconhecemos o resultado dessa reunião.(Ata Reunião Ordinária CMS, 25/08/2010 p.19)

Apesar do posicionamento da gestão o conselho da continuidade ao debate e delibera:

Conselho Municipal de Saúde - Sra. Eriane Sueley de Souza Pimenta: Eu quero consultar a Plenária, se a Plenária entende que a proposta que o Werneck falou, que só temos 01 proposta, que seria, habilita-se a Leste como UPA, mas como Gestão Pública. Após votação, proposta aprovada, o Conselho aprova que a Regional Leste seja habilitada como UPA, mas como Gestão Pública. (Ata Reunião Ordinária CMS de 25/08/2010, p.19)

Após essa reunião a secretaria Maria Ruth dos Santos deixou a secretaria de saúde por motivo de saúde e o subsecretario de urgência e emergência que até então conduzia as discussões da referentes a UPA assume a gestão.

Na reunião seguinte a deliberação pela gestão publica da UPA retorna ao conselho, pois a resolução emitida n 338/2010 não foi assinada pelos gestores do município. A alegação do gestor se referia ao fato de que um serviço que sequer havia sido habilitado como UPA não poderia ter seu modelo de gestão previamente. Após discussões do plenário foi colocado em votação a manutenção da resolução ou sua alteração sendo que os conselheiros a mantiveram. De acordo com a votação:

Com a palavra a Presidente do Conselho Municipal de Saúde - Sra. Eriane Sueley de Souza Pimenta: São as duas propostas que a gente já tem. Quem concorda que mantenha a primeira discussão, que mantenha o texto como está? Quem concorda com a segunda proposta de que se mude o Artigo nº 2 para que se recomende uma nova discussão com relação ao modelo de gestão? 08 ok, quem se abstém? 04, mantenha o texto? 20 a favor de manter, 20 a 09 e 03 abstenções.(Ata Reunião Ordinária CMS 22/09/2010 – p.7)

Diante da possível negativa do secretario de saúde em assinar a resolução o conselho indica encaminhar a questão ao Ministério Público. Tal encaminhamento é esclarecido no início da reunião de outubro:

Com a palavra Sr. Jorge Ramos - Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde: Esclarecendo, o Regimento é muito claro, as Resoluções que são negadas a sua homologação pelo Secretário de Saúde, elas retornam ao Plenário, retornando ao Plenário, homologadas pelo Plenário elas são remetidas ao Ministério Público para as devidas providências, isso é regimental. O Secretário não homologou e fez a exposição de motivos, eu fiz a leitura, você deve ter visto no teor da ata, eu fiz a leitura da exposição, fiz a proposta de uma nova redação que levava para uma segunda discussão caso fosse, mas como o Plenário resolveu manter o inteiro teor da Resolução, ela foi remetida ao Ministério Público, eu vou falar isso nos meus informes o nº do ofício conforme foi deliberado.(Ata Reunião Ordinária CMS de 27/10/2010 – P.1 e2)

Conforme evidenciamos ao longo de nosso estudo, a contratação de trabalhadores para as instituições privatizadas (e aqui utilizaremos este termo por acreditarmos que terceirização é um termo insuficiente para explicar o serviço de atenção a urgência e emergência, prestado das UPA's geridas por uma fundação) tem constituído um dos pontos problemáticos desse modelo. Essa discussão retorna ao plenário do CMS na reunião de 25 de novembro. Na referida reunião, o secretário executivo inicia a pauta expondo que a gestão tem realizado, através da Fundação de Apoio ao Hospital universitário (FHU), a contratação de profissionais para atuar

em serviços do município, como na policlínica de Benfica e no Hospital de Pronto Socorro do Município (HPS).

A partir dessa afirmação, os problemas já elencados em relação à privatização dos serviços de saúde retornam às falas dos conselheiros, porém, é interessante notar avanços nestas falas, que rejeitam esse modelo de gestão:

Com a palavra Sra. Edna Aparecida Rodrigues - RS 09 (Segmento dos Usuários): Eu fico pensando assim, o que impede Juiz de Fora de fazer concurso público, a gente vê concurso público nessas cidadezinhas, todas as cidades da Zona da Mata, inclusive a última que eu vi hoje é Ewbank da Câmara e assim, com possíveis profissionais nossos que poderiam está aqui na nossa Cidade, indo para essas cidades menores fazer o concurso público porque eles querem a possibilidade de ter uma carreira pública, ter vínculo. Outra coisa também que me preocupa muito é a questão dessa rotatividade das contratações, a gente já está vivendo isso lá na UPA de São Pedro e na UPA de Santa Luzia, é uma rotatividade mesmo, é um rodízio de profissional, isso não é bom para lugar nenhum, não cria vínculo, não tem compromisso, isso não é bom para o Usuário e nem para o profissional. Eu fico pensando também nessa inversão de modelo que está acontecendo hoje em Juiz de Fora, que a Urgência / Emergência está servindo como tábua de salvação da Atenção Primária, então enquanto a gente não organizar a Atenção Primária, enquanto não se abrir concurso público para chamar esses profissionais para poder organizar a Rede de Atenção Primária, a Urgência / Emergência vai continuar tapando os buracos que a Atenção Primária tem deixado, então eu fico muito preocupada porque isso é um passo sim para a terceirização de todo o Sistema, não tem como, não vai contratar um hoje aqui, um outro amanhã ali não, eu acho que a intenção e está ficando cada vez mais clara para nós é a intenção mesmo de se privatizar toda Rede, porque enquanto não se prevê no Orçamento Municipal que a gente já começou a discutir aqui ontem, a previsão de concurso público, porque também tem que ter Previsão Orçamentária, não se faz um concurso público sem Previsão Orçamentária, e se não houver essa previsão nós vamos passar mais 01 ano sem concurso público, então eu acho até que esses profissionais já estão lá, nós estamos discutindo aqui contratações que já foram feitas, eu até gostaria de saber, mas eu acho que nós estamos aqui já passados, as contratações já foram feitas, porque se depender hoje da aprovação minha, aí eu falo pessoalmente e eu peço aos demais Conselheiros da gente ter que aprovar novas contratações sem concurso público, eu acho que é andar para trás, a gente precisa é está chamando a responsabilidade dessa Administração, fazer concurso público, é criar vínculo, é trazer um Servidor compromissado. (Ata Reunião Ordinária CMS, 25/11/2010 p. 8)

Com a palavra Sr. Antônio Hugo Bento - RS 02 (Segmento dos Usuários): A única coisa que eu quero colocar é o seguinte, contratação de profissionais médicos e outros para a Policlínica de Benfica e demais setores, quem são esses demais setores? Até mesmo porque, se amanhã vai surgir essa tal UPA que está vindo, a gente já colocou que queremos UPA pública sim e não privatizada, como é que fica isso, vai privatizar também? E vou salientar e lembrar as pessoas, porque todos falaram e esqueceram de um detalhe que o Jorge colocou muito bem, que é em relação a passivo trabalhista, contrata esse pessoal, depois já está aprovado que agora não tem jeito mais, agora a Lei Municipal já foi derrubada, esse trabalhador se for demitido, ele nunca mais vai receber o 13ª que ele tem direito, ele não vai receber nada. Eu acho que, eu não tenho nem palavras para está dizendo, mas uma coisa eu vou

falar para vocês, eu não entendo o que esse pessoal pensa porque, qual é a finalidade do Estado? Para que se cria o Estado? Para que se tem o político? Se a pessoa não tem competência para administrar o que ela está fazendo lá? Porque eu só vou está preocupado com o salário que eu vou colocar no bolso e com aqueles meus companheiros que vou está levando para lá, pois o que a gente vê é isso, é privatizar tudo, qual o compromisso que essas pessoas tem? Poxa, funcionário público não é o diabo não, pelo o que falam aqui, pelo jeito que colocam, é vagabundo, é isso, é aquilo, a gente já cansou de ouvir isso, o tempo está passando e continua tudo do mesmo jeito, nós temos que votar contrário a essa proposta que está aqui, tem que ter concurso público para que as pessoas possam trabalhar e o Estado tomar vergonha na cara e tomar conta daquilo que compete a ele, não é passar para terceiros. (Ata Reunião Ordinária CMS de 25/11/2010 p.10)

Com a palavra Sr. Cosme Damião da Cunha - RS 06 (Segmento dos Usuários): Boa noite a todos, me perdoem o que eu vou falar, mas eu gostaria de mais uma vez de deixar aqui para nós o desrespeito, uma discussão tão séria, tão importante, ontem ainda veio a Subsecretária, em breve deve está completando 90 que foram nomeados o Secretário, a Subsecretária e até hoje eu não conheço o Secretário de Saúde de Juiz de Fora, como Conselheiro Municipal, conheço sim por outras atividades, mas como Secretário eu não o conheço, então vejam o tamanho desrespeito. Ficou preocupado com o que eu ouvi do Sr. Inácio, que já tem funcionário do HU lá na Regional Norte, conforme o companheiro Werneck colocou aqui, eu também fui traído quando eu votei, mas eu gostaria de deixar aqui é que nós não deveríamos mais falar nessa situação de privatização. Na última discussão nossa nós votamos que seja UPA desde que seja administração pública, acredito que aqui todos os companheiros são contra a privatização, chega de falar nisso, nós temos muitas outras coisas, conforme a Presidente disse nem recesso nós vamos ter, então teremos muitas outras discussões, vamos esquecer essa situação de privatização. (Ata Reunião Ordinária CMS de 25/11/2010 – p.10)

A contratação de profissionais já havia sido objeto de um decreto municipal em julho de 2010 devido à necessidade de contratação de médicos e, diante do debate realizado, o conselho decide enviar um ofício ao secretário de saúde, que não participou da reunião, solicitando informações acerca do vínculo de cada profissional e sobre o andamento do concurso (que estava sob análise do TCU).

As reivindicações feitas pela categoria medica não receberão encaminhamentos e assim, os mesmos deliberam por entrar em greve a partir de 2 de maio de 2011.

Em 2010 houve ainda mais uma reunião do CMS em dezembro e em janeiro de 2011 o conselho esteve em período de recesso.

Após o recesso de final de ano em fevereiro ocorreram as primeiras reuniões do CMS que tiveram como pauta principal a reformulação do regimento interno e a deflagração do processo eleitoral, porém, discordâncias em relação as alterações propostas na resolução do regimento eleitoral resultaram em uma ação enviada ao Ministério Público por um grupo de conselheiros e pela ouvidora de saúde. Os

debates acerca das mudanças do processo eleitoral foram associados a denúncias de caráter pessoal em relação principalmente ao secretário executivo do CMS evidenciando o embate entre este e a ouvidora de saúde.

A ação impetrada junto ao MP teve como consequência a suspensão do processo eleitoral e conseqüentemente a prorrogação do mandato vigente.

Em reunião extraordinária que ocorre em 20 de maio o promotor Rodrigo Ferreira de Barros responsável pela referida ação presente à reunião do conselho após fazer uma análise de diversas problemáticas atinentes a saúde no município sugere a retomada do processo eleitoral. De acordo com o promotor:

Então nós fizemos essa já diante mão concordamos com essa situação, tivemos também conversa com a Samantha e também nos posicionamos favoravelmente junto a ela e formalizamos hoje através de um ofício que eu estou entregando em mãos a Presidente do Conselho nos seguintes termos, *“Vimos pelo presente em atendimento da pauta de convocação formulada para reunião a ser realizar em data de 25de 2011, perante ao Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora, consignar que em virtude dos eventos urgentes que vem afligir a Saúde Pública de Juiz de Fora, Greve dos Profissionais Médicos, início do funcionamento do Sistema do Ponto Biométrico, Deficiência no HPS dentre outros, não nos foi possível a conclusão do estudo técnico jurídico à cerca da Representação recebida o que será realizado com a maior brevidade possível. Neste contexto, visando possibilitar a continuidade do Processo Eletivo então iniciado, vem o Ministério Público Estadual, pelo presente, tendo por fundamento o Parecer elaborado pela Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (anexo), manifestar-se favoravelmente pela continuidade do Processo sobrestado, sendo no entanto afastados os Atos Normativos questionados, conferindo-se validade aos Atos anteriormente vigentes (Resolução nº 282/2009 e Regimento Interno de 28/01/2009). Esse é o nosso encaminhamento nessa reunião, estamos abertos a qualquer questionamento, qualquer duvida que puder ser esclarecida, seja em relação a esse assunto, seja em relação a outras questões envolvendo a Saúde, eu acho que esse encontro deve ser aproveitado também nesse sentido, sendo certo que a gente espera realmente que nós tenhamos aqui um consenso nessas questões e volto a repetir, eu acho que esse é o momento de conciliação, um momento de se olhar para o Conselho e deixar um pouco de lado as questões envolvendo denúncias pessoais que eu acho que nesse momento não vem ao caso, são questões que podem ser avaliadas posteriormente, ser verificadas, mas esse procedimento e eu acho que essa reunião se destina ao retorno do Processo Eletivo que tinha sido sobrestado, que foi sobrestado.”* (Ata Reunião Extraordinária CMS _ 20/05/2011 pag 4 e 5)

O processo eleitoral é retomado, mas terá seu desfecho apenas em 27 de outubro com a eleição da mesa diretora. Apesar do conselho ter dado continuidade as reuniões durante o período de embargo do processo eleitoral, evidencia-se que o impasse criado no interior do CMS e a situação de suspensão do processo eleitoral culminaram em um esvaziamento da pauta.

É importante ressaltar que o ano de 2011, conforme a fala do promotor, é marcado pela greve da categoria medica, pela implementação de ponto biométrico e

por mais uma troca de secretário de saúde, que ocorre em 10 de agosto. Assim, contrariamente ao ano de 2010, marcado por intensas análises e debates sobre as UPA's e sobre o avanço da proposta privatizante, com tomada de posicionamento contrário a gestão terceirizada dos serviços, ao longo das reuniões de 2011 esta pauta praticamente não emerge. Um exemplo que corrobora nossa análise é a apresentação, em 28 de abril, da proposta de criação do hospital municipal da região norte e da UPA norte, que se reduz à apresentação da estrutura física elaborada pelo gestor cujo debate do modelo de gestão desses serviços não é colocado em momento algum.

Conforme citado anteriormente, além da suspensão do processo eleitoral do CMS, no ano de 2011 a categoria medica delibera por uma greve que, segundo o presidente de seu sindicato, tem três reivindicações principais: carreira; fim do aviltamento salarial e fim da precariedade das condições de trabalho. Em relação às condições de trabalho o presidente do sindicato busca evidenciar a concepção da gestão municipal:

Com a palavra Dr. Gilson Salomão Júnior –Presidente do Sindicato dos Médicos (Segmento dos Profissionais de Saúde): eu fiquei sabendo que os quatro anestesistas o maior problema deles é porque o Poder Público não queria efetivá-los, eles queriam mantê-los como contrato temporário, ninguém vai ficar trabalhando com contrato temporário indeterminadamente, mas a SARH tem uma teoria que para mim encobre o que na verdade o que eles estão querendo que é a terceirização completa e total da Saúde alegando o seguinte, cada efetivado que acontece vem complicar a questão do Fundo de Previdência Municipal, então aí o discurso de efetivar ninguém, não chamar os concursos apesar de toda pressão do Promotor em cima deles. (Ata reunião extraordinária de 6 de maio de 2011 pag 4)

È importante ressaltar que a questão de recursos humanos sempre esteve presente nas pautas do CMS sendo que, em 2010, conselheiros foram inclusive designados para acompanhar os encaminhamentos da gestão sobre esta pauta, porém, conforme evidencia a fala do conselheiro, esse acompanhamento não ocorreu:

Com a palavra Sr. Jorge Ramos – RS 10 (Segmento dos Usuários – Secretário Executivo do CMS)(...) então em fevereiro de 2010 esse Conselho tirou o seguinte indicativo, Cargos e Salários, grande discussão, grande discussão, em 2010 nós tiramos, que estaria acompanhado pela Maria Alice e por mim, nós nunca fomos chamados, excetuando uma única vez que sentamos eu, Eriane, Samnantha em uma rodada e nunca mais, então nós fomos colocados fora da discussão desse processo, e o Conselho, leiam a Lei 8076 é competente inclusive nos seus aspectos de recursos humanos, quando se trata de recurso recursos humanos você não pode desagregar a figura do financeiro, mas a questão é a seguinte, é a inclusão do Conselho nessa

discussão porque muito é falado e pouco cobrado(Ata da reunião extraordinária de 6 de maio de 2011:11)

Com todas as dificuldades que o controle social enfrenta ao longo de 2011, entre os dias de 6 e 9 de julho ocorre a 6ª Conferência Municipal de Saúde com o tema, "Todos usam o SUS! SUS na seguridade social política pública patrimônio do povo Brasileiro", com os seguintes eixos: Acesso e Acolhimento com qualidade, um desafio para o SUS, orientado pelas Diretrizes Políticas de Saúde na Seguridade Social, segundo os princípios da Integralidade, Universalidade e Equidade, participação da Comunidade e Controle Social, gestão do SUS. (Ata do CMS de 6 de maio de 2011:12)

De acordo com relato da vice-presidente do CMS, a Sra. Maria Alice de Freitas, a conferência contou com a participação de mais de 630 pessoas sendo 430 delegados, porém, em seu relato, a conselheira não faz menção a propostas aprovadas e aos debates deflagrados.

Conforme ressaltamos anteriormente, em agosto de 2011, ocorreria uma nova sucessão do cargo de secretário municipal de saúde, assumindo a gestão a economista e ex-secretária de fazenda Maria Helena Leal de Castro.

A primeira reunião do CMS que contará com a presença da secretária ocorrerá em 11 de outubro 2011 e terá como pauta principal a discussão da LOA. Ao apresentar a proposta orçamentária, a gestora também se dedica a uma apresentação das ações e dos serviços de saúde. De acordo com Maria Helena:

(...)Na Urgência e Emergência e outra área que houve uma reorganização do sistema como um todo, então nós temos, nasceu aí né, já temos aí a UPA Santa Luzia em funcionamento e a UPA São Pedro com um índice de aprovação da população muito grande, as pessoas que estão indo lá estão se sentindo muito bem atendidas, acolhidas, e com resolução para os problemas delas, então isto uma coisa que nos deixa bastante satisfeitos, além disto estamos programando para este ano a UPA Zona Norte que já está em processo, a UPA Manoel Honório ou Centro cada um chama UPA Leste que e aquela que deve de ser aquela aqui na Av. Rio Branco, que ela também já tem inclusive uma parte do recurso depositada na conta parcela do Governo Federal, já veio uma parte 10% do recurso ela deve custar cerca de 5 milhões e meio mais ou menos que e uma unidade muito, a gente começa a mexer estamos fazendo a desapropriação do terreno, e começa a mexer no ano que vem, isto vai estar incluído lá nos nossos recursos. (Ata Reunião Ordinária CMS de 11 de outubro de 2011 p. 3)

Cabe ressaltar que o debate sobre a implantação da UPA leste em 2010 culminou na elaboração de uma resolução que determinava que este serviço seria gerido pelo município e não terceirizado. O modelo de gestão das UPAs Santa

Luzia e São Pedro, que também constituiu pauta do CMS e que deveria ser reavaliado em 2011, não foi mais pautado o que corrobora nossa análise de desmobilização do CMS.

Será a partir de outubro de 2011 que o CMS começa a retomar pautas importantes, como os serviços de atenção básica e a forma de contratação de recursos humanos, conforme evidencia a fala a seguir:

Com a palavra Adriane Brasileiro (Sindicatos dos Médicos): Eu queria saber com relação a este planejamento, primeiro a questão dos médicos das UPAS e das Saúde da Família, bom o Petrônio me lembrou que no HPS que muitas vezes a população com certeza gosta do atendimento, muitas vezes a gente sabe que lá são atendidos por médicos, profissionais concursados, e eu lembro que muitas vezes profissionais concursados muitas vezes e bem administrados equivale a qualidade, e muitas vezes a população tem reclamado para nós do atendimento de locais terceirizados, e de PPP que dizer tipo a Fundação HU, Fundação Maternidade, que dizer das UPAS e dos profissionais estarem com um mau atendimento porque não são concursados eu queria saber se a plano eu acredito em que boa parte, porque não são concursados porque não houve um concurso para aquele medico ser daquela função, eu queria saber se a plano de concurso para estes locais, tanto Saúde da Família eu sei que há que deve abrir um concurso em novembro eu fiquei estupefata está previsto para fazer em maio achei longuíssimo este intervalo de 6 meses, a gente esta sentindo muito burro, porque acham que a gente tem que estudar 6 meses, então maio eu acho que e longe de mais a cidade precisa disto mais rápido e vai perder Médicos de Família antes disto, eu acredito, é outra questão do NASF lembrei também que a Regina falou acho que e importante que esteja no plano do orçamento NASF acho que toda a população precisa, e estamos sentindo muita falta cadê os Psicólogos, cadê os Fisioterapeutas, cadê os profissionais de Educação Física, as UPAS vão ser equipadas com o que? são equipadas com o que obrigatoriamente as futuras UPAS, eletrocardiograma, laboratorial, exame de urgência, radiologia todas uma outra como que população muitas vezes questiona, por exemplo o DENGUE, DENGUE vem aí muita vezes o medico manda paracetamol e tchau , a gente vê que não pede exame de urgência na UPA não faz, vai no dia seguinte na UBS pra a gente pedir então eu não sei como é que são estas UPAS a administração das UPAS, eu queria saber qual que é o plano para isto, eu queria insistir, bom que o salário efetivo aumento do salário dos médicos especialistas ficou em déficit mais de trinta aonde eu sei na secundária, 1mil e 400 reais não passa disto o salário de 20h de um médico especialista não mudou a mais de 10 anos, então se continuar assim vai continuar ruim, e tem que ter um plano para aumentar. (Ata Reunião Ordinária CMS de 11 de outubro de 2011 p. 5)

A resposta da gestora aos questionamentos feitos evidencia os prejuízos que a constante troca de gestores acarreta ao município, como o fato da gestora sequer saber o que significa o NASF, mas evidencia também a continuidade no que tange à concepção que norteia as ações do governo:

Com a palavra Maria Helena (Secretária de Saúde) (...) eu vou tentar responder o que eu sei, todo mundo sabe que eu estou a 2 meses lá, eu não sei nem o que é NASF ainda, alguém me fala o que é NASF, estas siglas eu não sei todas, então assim que vou com o tempo que eu vou daqui

a pouco eu aprendo todas elas, nos temos enfrentado um problema muito sério que é a questão de pessoal que e um seguinte, nos não temos concurso vigente temos uma preocupação com o concurso de efetivo porque ele gera um problema de custo a longo prazo para a Prefeitura que e muito complicado, e nos temos um TAC assinado com o juiz, que nos dificulta as vezes a contratação, então você tem que ter um processo eletivo para depois contratar, ai a pessoa fica um tempo de 6 meses, no máximo com o outro 6 meses, ai você já roda já tem que tira a pessoa, esta questão de pessoal ela é complicada também por causa deste bendito TAC que foi assinado ai no passado, não me perguntem dele que não vamos discutir, Saúde Mental o que eu tinha, até o final do ano projetadas, das casas que ela falou são estas. Olha eu queria a informação que foi passada, é que são 8 residências terapêuticas até o final do ano que estão projetadas, tem 4 já estão projetada mais 8 quem vai administrar e o GEDAE e a Casa Viva e doze para dois mil e doze, aí dariam as 24, isto até dois mil e doze. . (Ata Reunião Ordinária CMS, de 11 de outubro, de 2011 p. 6)

A fala da gestora é extremamente preocupante, principalmente por se referir ao Termo de ajuste de conduta assinado pelo município como um impeditivo para a contratação de profissionais sem fazer referência a sua determinação de realização de concurso público. Outro ponto importante se refere à apresentação das residências terapêuticas a serem geridas por OS's sem que o próprio CMS delibere.

A gestora apresenta, em seguida, uma nova proposta para resolução da contratação de recursos humanos:

A Adriane levanta a questão dos médicos concursados, fala da questão do médico de família e do salario dos especialistas salário dos especialistas eu já respondi quando falei pra Samanta, os médicos de família o que nos estamos fazendo, realmente não tem um concurso ainda a gente que fazer o concurso, porque não foi feito, porque esta sendo pensado pela Secretaria de Estado a criação de uma espécie de consórcio, então o médico seria um concurso mais geral, que o médico não seria um concursado daqui especificamente, mais do consórcio como um todo isto significaria uma melhoria salarial para eles e eles estariam concursados inclusive para entrar em outras cidades que ele quisesse ir, então a medida que nos tivermos a solução desta questão que e um trabalho que esta sendo pensado pela Secretaria de Estado como um todo, que vai se tomar a decisão, não havendo esta condição vai ser feito, já esta preparado todo o concurso, que e para fazer um concurso de efetivo normal, um concurso de normal. (Ata Reunião Ordinária CMS, 11 de Outubro 2011 p. 7)

Em sua fala, a gestora busca apresentar a proposta de um consórcio que muito mais parece um novo subterfúgio para não realizar o concurso público. Em seguida a gestora explicita sua concepção sobre as funções que cabem ao Estado:

Com a palavra Maria Helena(Secretária de Saúde): Tem mais alguma questão que eu não respondi aqui o Adriane, então ela esta terceirizada a contratação, gente vamos colocar de maneira bastante clara, a Adriane que me desculpe mais é o seguinte, o papel do poder público e usar o recurso para prestar o serviço, ele não tem que ter todo o serviço sendo prestado com funcionários dele, então eu sinto muito, o fato da pessoa ser concursada para o serviço público estritamente, significa que ela e

mais competente do que o outro que tá lá fora que formou que veio que esta numa condição muito melhor, então a nossa obrigação e que nos usemos o recurso público para atendimento e para disponibilização do serviço de qualidade ao tempo e a hora para o nosso usuário, tá e isto. (Ata Reunião Ordinária CMS, 11 de Outubro 2011, p. 7)

A fala de Maria Helena evidencia a continuidade do direcionamento dos gestores que a precederam, defendendo a redução do Estado e formas de contratação que não o concurso público.

Conforme já indicamos, o processo eleitoral tem seu desfecho em 27 de outubro, quando é eleita a nova mesa diretora, que a passa a ter como presidente o Conselheiro representante do segmento dos usuários, Sr. Waldir de Souza Gonçalves, o 1º Secretário, o conselheiro Gilson Salomão, do segmento dos trabalhadores e a ouvidora a conselheira, do segmento dos usuários, a Sra. Edna Rodrigues.

Em 14 de dezembro a LDO é novamente pautada no CMS sendo feita uma apresentação pelo presidente da comissão de recursos do orçamento e das ações propostas pelo poder público. De acordo com o representante da comissão:

Com a palavra Sr. Geraldo Magela (Presidente da Comissão de Recursos – UNIJUF): Cumprimento a Mesa em nome do nosso Presidente Waldir e a todos os presentes, relatório da Comissão de Recursos relativo apreciação do Projeto de Lei Orçamentaria para o exercício financeiro de 2012 encaminhado ou poder Legislativo em 15 de outubro de 2011, a proposta apresentada pela Secretaria de Saúde para o referido exercício apresenta um volume total de recursos da ordem de R\$ 364.710. 098, 96 distribuídos da seguinte forma, Recursos da União R\$ 189.777.156.39, Recursos do Estados R\$ 31.658.362,80, parcerias R\$ 330.000,00 Recursos do Município R\$ 142. 944. 579, 77 sendo R\$ 88. 559. 255, 77 relativos a despesas com pessoal e R\$ 54. 385. 324 para custeio.(Ata Reunião Ordinária CMS – 14 de Dezembro 2011 pag 2)

O conselheiro apresenta diversas ações propostas na LDO pela secretária de saúde, sendo que, destas, destacamos a ação 3160, que se refere à construção da UPA Dom Bosco, destinada apenas as obras de construção da referida Unidade com financiamento em TPS, parceria Público-Privada, o Município arcando com R\$ 396. 878,18 e a empresa Monte Sinai com R\$ 330.000,00; a ação 3196, de compra de equipamentos para UPAS Santa Luzia e São Pedro, referente a convênio com a Secretaria do Estado de Saúde, para a compra de equipamentos e reposição das UPAS; a ação 3224, para construção da UPA Zona Norte e conclusão das obras da UPA localizada naquela região, próximo a IMBEL; e a ação 3444, com construção da UPA Manoel Honório, refere-se a recursos aprovados pelo PAC 2.

Cabe destacar que, nos debates expressos pelas atas do CMS, é citada a pela primeira vez a UPA Dom Bosco, totalizando cinco UPA's no município. Outra novidade se refere aos recursos de construção das UPA's, já que inicialmente a necessidade de credenciar serviços já existentes como UPA's ocorria pela falta de recursos municipais para construção e custeio e, neste momento, emergem duas formas de captação de recursos: a parceria público privada, feita junto a uma empresa que detém serviços privados de saúde, e recursos do Plano de Aceleração do Crescimento.

Além de explicitar a vinculação de mais uma UPA a uma organização privada, a LDO também traz a previsão de recursos para compra de equipamentos de reposição para UPA's já existentes, como a São Pedro, inaugurada havia cerca de um ano e sete meses e cujo discurso dos gestor da época afirmava que o poder público não iria arcar com a substituição de equipamentos e sim a fundação e a OS que administrassem esse serviço.

A retomada do debate no CMS emerge imediatamente após a apresentação dessa proposta, conforme evidenciam as falas a seguir:

Com a palavra Sra. Edna Aparecida Rodrigues - RS 09 (Ouvidora Municipal de Saúde do CMS/JF – Segmento Usuários): Olha eu vou usar a palavra para desabafar, mais uma vez nos fomos atropelados nos que somos o fórum legítimo desta cidade para discutir Política de Saúde não vamos conseguir fazer nenhuma sugestão, não vamos conseguir encaminhar nada porque já esta tudo aprovado, infelizmente agora isto não tira também a nossa responsabilidade não tá, o controle social tem que estar cada vez mais atento, porque o que aconteceu mais uma vez durante este ano nos fomos atropelados, nos não conseguimos discutir orçamento, em competencia nossa também, vamos ficar alertas para isto não acontecer no ano de 2012, porque todo ano e a mesma coisa, vamos vestir a nossa carapuça também e assumir as nossas responsabilidades, porque nos não conseguimos fazer discussão de de orçamento neste Conselho, então gente, mais uma vez e desabafar e lamentar, tem coisa ali que eu to assim "boca aberta", reposição de material para as UPAS que estão funcionando a 1 ano que reposição e esta a minha UPA ainda esta novinha la, eu não vi nada destruído né, mais ali esta previsto, mandato judicial, quando não se consegue fazer politica de saúde se reserva la né um grande montante para poder cumprir mandato judicial, porque quando a gente não tem politica ser ia de saúde a gente fica la tentando tampar o sol com a peneira, para o cidadão não fica descoberto, então e só mesmo um desabafo, cobra mesmo as nossas responsabilidades e vamos ficar atento vamos cobra sim tá, porque se as coisas também não passarem neste Conselho não adianta Conselho, ai a Câmara via la decidir por nos, o promotor vai decidir por nos e nos vamos fica aqui o só lamentando.(Ata Reunião Ordinária CMS – 14 de Dezembro 2011 pag3)

Com a palavra Sra. Regina Célia de Souza – RS 12 (Segmento dos Usuários): Gente eu fiquei aqui tentando prestar atenção na leitura que o rapaz estava fazendo, varias coisas me assustaram mais a que mais me assuntou, e as pessoas acharem que quando nos saímos por aquele porta la e esquecem o que foi discutido aqui, porque quando foi implantado as UPAS,

eles foram entregues equipadas, e que foi falado aqui que se fosse estragado qualquer coisa eram responsabilidade daqueles que estavam gerindo a UPA, e ai esta colocando reposição de material, ó o que, que, isto eles já estão ganhando, eles já estão terceirizando, já esta cada dia uma pessoa la dentro e ainda acontece isto (...).(Ata Reunião Ordinária CMS – 14 de Dezembro 2011 pag3)

Com a palavra Sr. Carlos Wesley (SINSERPU): Eu quero complementar aqui a fala da Doutora que não encaixa só os médicos na área da saúde, tem todos os demais profissionais que não foram colocados ai, como o governo encaminha verba para equipar a UPA que foi reformada a pouco tempo, sendo que a Regional Leste onde eu trabalho, nos estamos trabalhando em péssimas condições de trabalho, mofo nas paredes, vazamento, falta de material e muitas das vezes a UPA vem encaminhado pacientes para nos de despesa alta, que precisa de oxigênio e antibiótico isto não e passado para vocês, outra coisa eu trabalhei 1 ano e 6 meses no SAMU, os colegas la também trabalham em péssimas condições, então eu peço que encaminhe que este dinheiro em vez de ser repassado para as UPAS seja repassado para Regional Leste SAMU e outras Unidades que precisão de reforma. (Ata Reunião Ordinária CMS – 14 de Dezembro 2011 pag3)

As falas demarcam a retomada do debate da terceirização no conselho e, diante das discordâncias com a proposta apresentada e mesmo tendo ciência de que a LDO já estava em processo de votação na câmara de vereadores, o plenário do CMS decide por rejeitar a proposta e encaminhar ao Ministério Público seu posicionamento.

As discussões evidenciadas pelas atas do conselho até o mês de maio de 2012 não pautaram novamente a gestão das UPA's e dedicaram-se principalmente ao debate sobre a atenção básica, serviços de saúde mental e vigilância sanitária, não abordando também outras ações empreendidas no sentido de promover a privatização dos serviços de saúde.

Em junho de 2012, é pautada pela gestora da saúde a aprovação de aditivo ao contrato já existente, com a organização responsável pela gestão da UPA Sul, para que ela assuma o centro de especialidade odontológica que funcionara na mesma estrutura física da UPA. A gestora pauta também a necessidade de deliberação pela realização de licitação para definição de uma organização terceirizada para gerir a UPA Norte, a ser inaugurada ainda.

Cabe ressaltar que a gestão (assim como no momento de definição da gestão da UPA Oeste, nosso objeto de análise) apresenta estas propostas em caráter de urgência, utilizando os mesmos argumentos de impossibilidade do poder público assumir essa gestão, da agilidade que esse modelo possibilita para contratação de recursos humanos e da boa avaliação desses serviços. Esta discussão, após votação, acaba por ser adiada para definição em uma próxima reunião.

As discussões apresentadas neste item evidenciam as estratégias e os argumentos utilizados pelo Estado para promover a privatização dos serviços de saúde. Porém, nossas análises evidenciam também as estratégias e os embates criados no âmbito do conselho municipal de saúde com o objetivo de barrar este modelo de gestão.

Considerações finais

Nossas análises buscaram evidenciar, no contexto de contrarreforma do Estado, a busca pela apropriação do fundo público e sua utilização para a reprodução do capital. A análise da implantação da UPA São Pedro, nosso objeto de estudo, nos possibilita afirmar que este serviço constitui um exemplo concreto das estratégias empreendidas pelo Estado para viabilizar o projeto privatista.

Conforme evidenciado no item 3.1, a estrutura física na qual foi instalada a UPA São Pedro em 2010 foi criada dois anos antes com o objetivo de abrigar uma policlínica regional municipal que, a exemplo das demais já implantadas em Juiz de Fora, deveria contar com investimentos do fundo municipal e recursos humanos concursados. Cabe destacar que a portaria nº 1020, vigente a época, não fazia referência a essa possibilidade, porém, em 2011 a instituição da portaria nº 1601 incorpora essa possibilidade, evidenciando a consonância dessa estratégia por parte do governo federal.

Ao não criar novos serviços, e sim substituir os já existentes, fica evidente que não ocorre uma ampliação da assistência no município, mas sim a implantação de um serviço que tem servido fielmente a terceirização do setor saúde no município de Juiz de Fora, a exemplo de outras experiências desenvolvidas no território nacional.

A análise das atas do CMS evidencia que desde o momento de proposição deste serviço pelo executivo, em caráter de urgência, a discussão do modelo de gestão é colocada como um pressuposto para que ele se efetive. A utilização dos argumentos contidos na “cartilha” da contrarreforma neoliberal de flexibilidade de contratação e compras, de agilidade da gestão e da não obrigação do Estado executar diretamente os serviços financiados pelo fundo público, em nossa opinião, deixa evidente uma busca pela implementação da privatização camuflada pelo discurso da terceirização.

Um argumento já utilizado no momento de implantação da UPA e que permeia o debate sobre a definição do modelo de gestão refere-se à legalidade dessa “terceirização”.

Em nosso capítulo 1, no item 1.3, evidenciamos, a partir principalmente das reflexões de Simões (2007), Resende (2008) e Bravo e Menezes (2011), que, apesar de diversas ações estarem sob *judice*, desde o governo Collor uma série de medidas jurídicas foram implementadas a fim de dotar de legalidade a

contrarreforma. Entretanto, o debate sobre a legalidade ou não dessa forma de gestão é concreto.

Por discordâncias da entrega do fundo público através de financiamento, da compra de equipamentos e cessão de funcionários e prédios públicos, diversas ações têm sido impetradas contra o Estado brasileiro. Cabe lembrar também que atualmente uma ADIN aguarda julgamento do Superior Tribunal de Justiça.

Concordamos com o termo utilizado por um dos conselheiros de saúde, que afirma haver uma “relação promiscua” entre o público e o privado. A gestão municipal de Juiz de Fora tem celebrado contratos, sempre em caráter de última hora, com instituições cuja real natureza não é evidente, cedendo e inclusive repondo equipamentos para estes serviços, o que contraria seu próprio discurso. O aceite da gestão por recursos de empresas privadas ainda no momento de construção dos serviços revela a relação intrínseca entre estes.

Parece-nos evidente que, na atualidade, antes que os serviços sejam até mesmo construídos, sua gestão é negociada junto às organizações do município, a exemplo da FHU, que chega a prestar serviços sem contrato e proporciona o papel de intermediária para contratação de recursos humanos para serviços que sequer são geridos por ela.

No que se refere à forma de contratação de recursos humanos, a flexibilização, tão enaltecida pela gestão, tem representado na realidade uma forma de quebrar a organização dos trabalhadores e retirar dos mesmos direitos historicamente conquistados. Além disso, dos contratos temporários realizados no município de Juiz de Fora em virtude do protelamento do cumprimento do Termo de Ajuste de Conduta (TAC) e, conseqüentemente, da realização de concurso público, têm decorrido uma verdadeira desassistência a população. Afirmamos ser uma desassistência na medida em que a precariedade gera alta rotatividade de profissionais e descontinuidade dos serviços.

Outro aspecto relacionado à implantação da UPA e que merece destaque é a definição do território de sua implantação. De acordo com as portarias que regulamentam as UPA's, estas devem ser implantadas em territórios cobertos pela estratégia de saúde da família. Entretanto, dos baixos investimentos destinados à ESF têm decorrido uma baixa cobertura em todo o país, o que se repete no município de Juiz de Fora. Desconsiderando as indicações da portaria nº1020 para definição do território de implementação da UPA, a região oeste é eleita para

receber esse serviço, o que por diversas vezes resulta na desorganização promovida no âmbito da rede de assistência a saúde.

Afirmamos que proposição da implementação da gestão terceirizada em caráter de ultima hora, de urgência, tem constituído uma estratégia do executivo municipal no sentido de responsabilizar o controle social pela possível não viabilização da assistência a população. Conforme evidenciamos a partir da análise das atas, tanto no momento de proposição da UPA São Pedro quanto no momento em que esse modelo deveria ser reavaliado, as propostas foram pautadas em caráter de urgência com possibilidade, segundo o executivo, dos serviços deixarem de funcionar caso houvesse uma negativa do CMS. Porém, conforme afirmamos anteriormente, a responsabilidade pela viabilização dos serviços cabe ao poder público e ao CMS cabe desempenhar seu papel deliberativo em defesa da política de saúde.

Ações tomadas pelo conselho, como a denúncia ao Ministério Público do desrespeito às resoluções deste conselho, devem ser reforçadas a fim de garantir seu caráter deliberativo.

A garantia do poder deliberativo dos espaços institucionais de participação popular, desde sua origem, foi alvo de subterfúgios por parte da gestão com o objetivo de deslegitima-los, porém, a busca pelo Ministério Público e a publicização dessas estratégias têm constituído uma importante reação por parte dos conselhos. Conforme evidenciamos em nosso capítulo I, movimentos como a Frente Contra a Privatização do SUS têm utilizado como estratégia a luta no campo jurídico, que se faz necessária e urgente.

No que tange ao grupo gestor, previsto no estabelecimento do contrato de gestão entre as organizações que terceirizam os serviços e o executivo, o estudo da implantação da UPA São Pedro evidenciou que, apesar de membros do CMS terem sido inseridos nesse espaço, o que não constitui uma obrigação legal, mas uma estratégia definida pelo próprio CMS, esta não obteve êxito. A incorporação de conselheiros no grupo gestor não promoveu a publicização das avaliações desse serviço no âmbito do CMS e nem mesmo impediu que pautas importantes, como a avaliação da continuidade deste serviço, fossem apresentadas em caráter de urgência.

A partir dessas análises reafirmamos que o grupo gestor constitui uma estratégia de deslegitimação do controle social e que a estratégia de inserção de

conselheiros nesse espaço, além de legitimá-lo, pode constituir inclusive uma estratégia de desmobilização. Assim, torna-se urgente ao CMS exigir que as avaliações dos serviços ocorram no espaço legítimo de controle social.

Em relação ao potencial de impedimento do avanço do projeto privatista, nossas análises evidenciaram o quanto esse espaço, que congrega sujeitos com interesses diversos, tem possibilitado a qualificação do debate e a formulação de estratégias tanto do CMS quanto dos sindicatos e outras organizações com êxito. Podemos citar como exemplo a resolução que definia a não entrega da gestão de outra UPA a ser implantada no município a gestão terceirizada. Cabe ao CMS empreender todos os esforços necessários para garantir a materialidade de suas resoluções mesmo diante da negativa dos gestores exercendo seu papel deliberativo.

Dos problemas internos do CMS, referentes às discordâncias com o processo eleitoral, decorreram um processo de desmobilização deste espaço, evidenciado pelo enxugamento da pauta e a não problematização da privatização da saúde. Tal constatação indica a necessidade do CMS retomar pautas importantes com o objetivo de defender a alocação do fundo público, em consonância com as aspirações da classe trabalhadora. Podemos citar como pautas importantes, que precisam ser retomadas, a realização de concursos públicos, a análise da privatização camuflada pela terceirização dos serviços de saúde, a expansão e a execução da atenção primária à saúde, a contratação de recursos humanos, dentre outros.

Por fim é necessário analisar a Fundação de Apoio ao Hospital Universitário. Tal organização, criada com a finalidade de apoiar o hospital universitário, expande suas atribuições, passando a administrar serviços para além do município de Juiz de Fora. As falas dos gestores indicam, por diversas vezes, o desconhecimento da real natureza desta entidade, cujo objetivo, presente em seu estatuto, seria exercer a filantropia e a assistência social.

Apesar do objetivo expresso, a entidade não possui cadastro junto ao CNAS, conforme é solicitado pelas legislações pertinentes, e realiza diversas funções, que ultrapassam seu objetivo, como servir de empresa para contratação de profissionais que atuam em serviços para além daqueles geridos por ela. Os gestores chegam a qualificar esta instituição como privada em diversas falas, evidenciando o que realmente essas organizações, independentemente da forma, representam:

instrumentos da privatização das políticas sociais. Adensar análises sobre as organizações que se propõem a realizar contratos com o poder público deve constituir uma das estratégias na luta contra privatização.

Assim, nossos estudos evidenciam que diversas têm sido as estratégias do Estado para promover a privatização das políticas sociais e que, nesse contexto, o CMS tem constituído um importante espaço de defesa do SUS através da incidência na destinação do fundo público. Essa afirmativa indica o potencial deste espaço para disputa pelo fundo público e aponta a necessidade de empreender esforços em seu fortalecimento.

Nossas análises suscitam ainda a necessidade de dar continuidade a estudos sobre o processo de privatização da seguridade social em curso no nosso país, rejeitando e desconstruindo seus argumentos e sua base jurídico legal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEHRING, E. R. Acumulação capitalista, fundo público e política social, in Behring E. R. ET alli (Orgs.) Política social no Capitalismo tendências contemporâneas.. 2 Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____ Crise do Capital, Fundo Público e Valor. In: Behring E. R. ET alli (Orgs.). Capitalismo em Crise, Política Social e Direitos. 1 Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010, v. 1, p. 13-34.

_____ Política Social no Capitalismo Tardio 2 Ed. São Paulo: Cortez, v1. 2002

BEHRING, E. R. (Org.) ; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de (Org.) . Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas. 1. Ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008. v. 1. 252 p.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. 3 Ed. São Paulo: Cortez, (Biblioteca básica de serviço social; v.2), 2007.

BOSCHETTI, I . Seguridade Social Pública Ainda é Possível - Rio de Janeiro, Revista Inscrita v. 10, p. 31.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social na America Latina, in Behring E. R. ET alli (Orgs.) Política social no Capitalismo tendências contemporâneas.. 2 Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá Nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública.

_____. Decreto n. 34.596, de 16 de novembro de 1953. Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências.

_____. Decreto n. 34.347, de 8 de abril de 1954. Regulamenta a composição, funções e a periodicidade das reuniões do Conselho Nacional de Saúde.

_____. Decreto n. 45.913, de 29 de abril de 1959. Modifica o regulamento do Conselho Nacional de Saúde.

154

_____. Decreto n. 47.793, de 11 de fevereiro de 1960. Dispõe sobre a composição e sobre a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

_____. Decreto n. 847, de 5 de abril de 1962. Dispõe sobre a função do Conselho Nacional de Saúde, amplia o número de conselheiros e mantém a coordenação do Conselho como prerrogativa ministerial.

_____. Decreto n. 55.242, de 18 de dezembro de 1964. Reestrutura o Conselho Nacional de Saúde.

_____. Decreto n. 55.642, de 27 de janeiro de 1965. Altera o decreto n. 55.242, de 18 de dezembro de 1964, que reestruturou o Conselho Nacional de Saúde.

_____. Decreto n. 67.300, de 30 de setembro de 1970. Dispõe sobre a função do Conselho Nacional de Saúde, altera o número de conselheiros e mantém a coordenação do Conselho como prerrogativa ministerial.

_____. Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Brasileiro de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 360, de 30 de setembro de 1977. Aprova o Regimento Interno do Conselho de Saúde.

_____. Decreto n. 93.933, de 14 de janeiro de 1987. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Portaria n. 1020, de 13 de maio de 2009 Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

_____. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011, Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

BRAVO, M. I. S. (Org.) ; MENEZES, J. S. B. (Org.) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade 1. Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011. v. 1. 76 p.

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais 3 Ed. São Paulo: Cortez, 2010. v. 1. 296 p.

Bravo, M; I. S.; Matos, M. C. A saúde no Brasil reforma sanitária e ofensiva neoliberal in Bravo, M. I.S (org) Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez Editora 2001

BRAZ, M. Partido e Revolução:1948 – 1989. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

BRESSER PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial – Revista do Serviço Público nº47, Brasília, 1996.

CISLAGHI. J. F. Hospitais universitários Federais e Novos Modelos de Gestão: faces da Contrarreforma do Estado no Brasil. in Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1 Ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 333. Brasília, 4 de novembro de 2003.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE. Resolução nº 325, Juiz de Fora, 11 de janeiro de 2010

CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE. Resolução nº 337, Juiz de Fora, 29 de julho de 2010

CORREIA M. V. C. O Conselho Nacional de Saúde e o Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos internacionais. Tese de Doutorado em Serviço Social. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2005

DURIGUETTO, M. L. Sociedade Civil e Democracia: um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

ESCOREL, S. Reviravolta da Saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____. & BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

_____. & MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIONANELLA, L;ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C. et al. (Orgs.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FATTORELLI, M. L. Como a Dívida Pública afeta o Orçamento da União e aprofunda as Desigualdades Sociais no Brasil. in Orçamento Público e Desigualdades sociais:

Debatendo Experiências de Monitoramento. Brasília, DF: Fórum Brasil do Orçamento, 2011.

GRANEMANN, S. Fundações, políticas sociais e aumento da exploração da classe trabalhadora. *Universidade e Sociedade* (Brasília), v. 42, 2008.

IPEA Boletim 19 Políticas sociais: acompanhamento e análise, v. 1 - (jun. 2000). – Brasília – 2012

MATOS, M. C. Cotidiano, Ética e Saúde: O Serviço Social frente à contrarreforma do Estado e à criminalização do aborto. São Paulo Tese de Doutorado em Serviço Social. PUC/SP, 2009

MENEZES, J. S. B. Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade. Dissertação de mestrado Fiocruz. Rio de Janeiro: s.n., 2010..

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIOTO Regina Celia Tamasso ; LIMA, Telma Cristiane Sasso . **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Revista Katalysis, v 10 p. . 37-45, 2007

MONTEIRO, M. G. & FLEURY, S. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, maio/dez, 2006.

MOREIRA, M. R. & ESCOREL, S. Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil. In: Pesquisa “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS”. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ; Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2006.

MORONI, J. A. O direito à participação no Governo Lula. In: *Participação, Democracia e Saúde*. FLEURY, S. e LOBATO, L. V. C. (Orgs.). Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

OLIVEIRA, F. *Os direitos do antivalor*: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

SALVADOR, E. Fundo Público e Seguridade Social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2010.

SCHEVISBISKI, R. S. Regras Institucionais e Processo Decisório de Políticas Públicas: uma análise sobre o Conselho Nacional de Saúde (1990-2006). Dissertação de Mestrado em Ciência Política. São Paulo: Universidade de São Paulo (USP), 2007.

SIMÕES, C. Curso de Direito do Serviço Social. (Biblioteca básica de serviço social; v.1), São Paulo: Cortez, 2007.

SOARES, L. T. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. São Paulo: Cortez. Col. "Questões da Nossa Época", n. 78, 2000.

SOUZA FILHO, R. Gestão Pública e Democracia: a Burocracia em Questão- Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011

TEIXEIRA. S. F. (org) Reforma Sanitária: em busca de uma teoria- 3 Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

VIANNA, M. L. T.W. A Americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem estar e políticas públicas – 2 Ed. Rio de Janeiro Revan: UCAM, IUPERJ, 1998, 2000. 288p.

Sites Consultados

Biblioteca Virtual em Saúde: <http://www.bireme.br>

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: <http://www.cebes.org.br>

Conselho Federal de Serviço Social: <http://www.cfess.org.br>

Conselho Nacional de Saúde: <http://conselho.saude.gov.br>

Conselho Municipal de Saúde:

<http://www.pjf.mg.gov.br/saude/conselhos/saude/index.php>

Instituto de Estudos Socioeconômicos:

<http://www.inesc.org.br/biblioteca/textos/reforma-tributaria>

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: <http://www.ipea.gov.br/portal/>

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

Legislação: <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>

Prefeitura Municipal de Juiz de Fora: <http://www.pjf.mg.gov.br/>

Wikipédia, a enciclopédia livre: <http://pt.wikipedia.org>

Anexo

Relação das Atas do CMS Pesquisadas (2010 - 2012)

Atas 2010 (22 atas)

Ata Reunião Extraordinária CMS – 11 de janeiro de 2010

Ata Reunião Ordinária CMS – 24 de fevereiro de 2010

Ata Reunião Ordinária CMS – 25 de fevereiro de 2010
Ata Reunião Ordinária CMS – 24 de março de 2010
Ata Reunião Ordinária CMS – 25 de março de 2010
Ata Reunião Extraordinária CMS –19 de maio de 2010
Ata Reunião Ordinária CMS – 26 de maio de 2010
Ata Reunião Extraordinária CMS –07 de junho de 2010
Ata Reunião Ordinária. CMS – 23 de junho de 2010
Ata Reunião Ordinária. CMS – 24 de junho de 2010
Ata Reunião Extraordinária CMS – 21 de julho de 2010
Ata Reunião Extraordinária CMS – 22 de julho de 2010
Ata Reunião Ordinária. CMS – 28 de julho de 2010
Ata Reunião Ordinária. CMS – 29 de julho de 2010
Ata Reunião Ordinária CMS – 25 de agosto de 2010
Ata Reunião Ordinária CMS – 22 de setembro de 2010
Ata Reunião Ordinária CMS – 23 de setembro de 2010
Ata Reunião Ordinária CMS – 27 de outubro de 2010
Ata Reunião Ordinária CMS – 28 de outubro de 2010
Ata Reunião Ordinária CMS – 24 de novembro de 2010
Ata Reunião Ordinária CMS – 25 de novembro de 2010
Ata Reunião Ordinária CMS – 22 de dezembro de 2010

Atas de 2011 (16 atas)

Ata Reunião Extraordinária CMS – 05 de fevereiro de 2011
Ata Reunião Ordinária CMS – 23 de fevereiro de 2011
Ata Reunião Ordinária CMS – 23 de março de 2011
Ata Reunião Extraordinária CMS – 07 de abril de 2011
Ata Reunião Ordinária CMS – 27 de abril de 2011
Ata Reunião Ordinária CMS – 28 de abril de 2011
Ata Reunião Extraordinária CMS – 06 de maio de 2011
Ata Reunião Extraordinária CMS – 20 de maio de 2011
Ata Reunião Extraordinária CMS – 29 de junho de 2011
Ata Reunião Ordinária. CMS – 25 de agosto de 2011
Ata Reunião Ordinária. CMS – 28 de setembro de 2011
Ata Reunião Ordinária. CMS – 11 de Outubro 2011
Ata Reunião Ordinária CMS – 26 de Outubro 2011

Ata Reunião Ordinária CMS – 27 de Outubro 2011

Ata Reunião Ordinária CMS – 14 de Dezembro 2011

Ata Reunião Ordinária CMS – 21 de Dezembro 2011

Atas 2012 (8 atas)

Ata Reunião Ordinária CMS – 15 de Fevereiro 2012

Ata Reunião Ordinária CMS – 16 de Fevereiro 2012

Ata Reunião Ordinária CMS – 28 de Março 2012

Ata Reunião ordinária CMS - 25 de Abril de 2012

Ata Reunião Ordinária CMS – 26 de Abril de 2012

Ata Reunião Ordinária CMS – 24 de maio de 2012

Ata Reunião Ordinária CMS – 27 de Junho de 2012

Ata Reunião Ordinária CMS – 28 de Junho de 2012