

“SAÚDE PRESENTE”, ESTADO AUSENTE?

a contrarreforma do Estado em curso no município do Rio de Janeiro

Verônica Cristina de Oliveira¹

Aline Miranda Cardoso²

Vivian de Almeida Mattos³

RESUMO

Este artigo busca problematizar as intervenientes entre a contrarreforma do Estado brasileiro - oriunda da década de 1990 – e a estruturação das Organizações Sociais. Entendemos estas últimas como um dos mecanismos de sua viabilidade no âmbito das políticas sociais. Assim, trata-se não apenas de uma abordagem conceitual, mas, prioritariamente, de uma sistematização de reflexões teóricas acerca da temática. Para tanto, tomaremos como objeto de análise a realidade do município do Rio de Janeiro, em especial, o Programa *Saúde Presente*, no qual está explícita a intenção em modernizar a gestão da rede de serviços de saúde por meio das Organizações Sociais.

Palavras-chave: contrarreforma do Estado, Organizações Sociais, política de saúde.

ABSTRACT

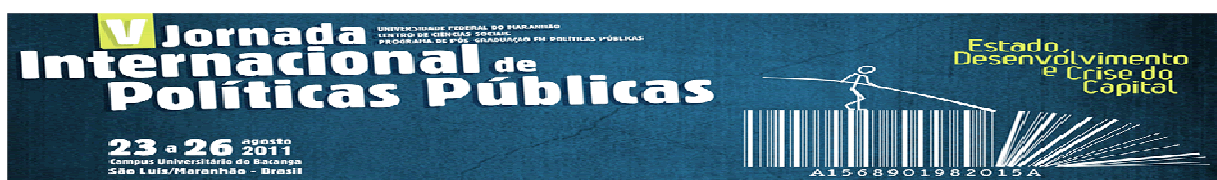
This article aims to investigate the relation between the so-called State Reform, which began during the 1990s, and the structuring of social organizations. As we understand, the social organizations are the mechanisms which facilitate the so-called State Reform on social policies. The approach taken is not only conceptual, but it is intended to primarily systematize theoretical reflections on this subject. Therefore, our study focuses on the Rio de Janeiro's city Health Program, *Saúde Presente*. In this Program is clear the intention to modernize the Health service management by using the social organizations.

Keywords: State Reform, Social Organizations, Health Policy.

¹ Estudante de Pós-graduação. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). veronic_cris@yahoo.com.br

² Estudante de Pós-graduação. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). almica.288@hotmail.com

³ Estudante de Pós-graduação. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). vivian_isis@yahoo.com.br



1 INTRODUÇÃO

O início da década 1970 marca o esgotamento da fase expansiva que o capitalismo havia experimentado nos trinta anos anteriores – “seus trinta anos gloriosos”. Inicia-se uma longa e profunda recessão que irá conjugar baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação no mundo capitalista avançado (ANDERSON, 1999). Na busca da recuperação das suas altas taxas de lucro, a burguesia empreende uma combinação de três medidas principais: reestruturação produtiva, mundialização da economia e ajuste neoliberal⁴.

Esta última irá afetar mais diretamente o papel que o Estado vinha desempenhando no desenvolvimento do modo de produção capitalista. De fato, é possível perceber, no decorrer da história, que o Estado se adequou às necessidades postas pelas demandas capitalistas de sustentação e reprodução da ordem vigente, mas sem deixar de considerar em alguns momentos demandas legítimas da classe trabalhadora⁵ (NETTO, 2007).

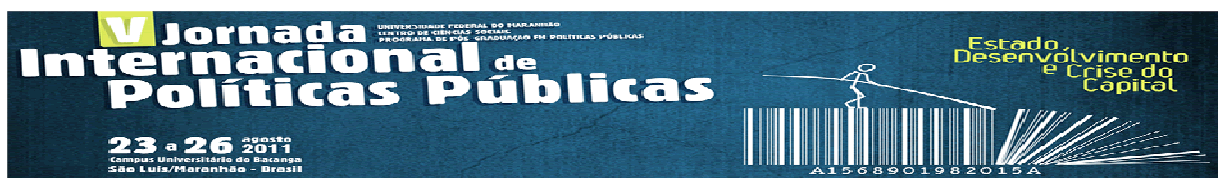
Conquanto não tenha sido contemporâneo desse processo, o Brasil⁶ padecerá da mesma receita empreendida no resto do mundo capitalista, ainda que tardiamente. Devido as suas particularidades históricas e conjunturais, essas transformações só atingem o solo nacional na década de 1990.

A Nova República irá inaugurar esses ajustes neoliberais com a justificativa de conter a crise econômica que assolou o país durante toda a década de 1980. Tal crise foi caracterizada pelo recrudescimento da dívida externa – já que grande parte desta se tornou estatal –, altas taxas de juros por parte dos credores, diminuição das exportações de matérias primas, hiperinflação, empobrecimento generalizado, desemprego, entre outros (BEHRING & BOSCHETTI, 2009). São exatamente esses elementos que vão orientar a série de “reformas” impostas, em especial nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) – e que se aprofundaram nos governos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva – tendo como principal alvo o Estado e que foram traduzidas em primeira ordem no Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE).

⁴ Note-se que a configuração assumida por essas três medidas são mediadas pelas particularidades de cada formação social, ou seja, estão condicionadas pelos movimentos da luta de classe.

⁵ Isso tem implicações diretas na direção da atuação estatal, o que nos permite observar os papéis historicamente diferenciados assumidos pelo Estado a depender da correlação de forças que envolve os diferentes interesses de classes.

⁶ A falta de sincronia entre o cenário mundial e o nacional é apenas aparente. De fato, nesse período operou-se uma intensa internacionalização da economia brasileira em função da necessidade do capital de restabelecer as taxas de crescimento dos anos de ouro. “[...]um dos movimentos do capital foi a tentativa de se valorizar, pela ampliação dos mercados de bens fordistas nos locais em que estes tinham algum potencial de crescimento, como é o caso brasileiro, e pela exportação de capitais, buscando nichos de valorização.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.135).



Afunilando esta discussão para o campo da operacionalização das “reformas” pontuadas como necessárias, foram pensadas as Organizações Sociais (OS), as quais visam em grande medida possibilitar a efetivação destas no campo das políticas sociais.

2 PDRE E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

O PDRE, proposto em 1995, no primeiro governo do presidente FHC, apresenta como principal argumento para sua implantação o mito da crise do Estado. Segundo esse plano,

a crise brasileira da última década [década de 1980] foi também uma crise do Estado [...]. 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. (MARE, 1995, p.6).

O projeto de “reforma” inscrito no PDRE, embora mantenha uma relação de continuidade com os períodos históricos que o precederam,

a exemplo do conservadorismo político na condução dos processos decisórios e do patrimonialismo, é muito diferente daqueles “saltos para adiante”, *modernizações conservadoras* ou processos de *revolução passiva* e “pelo alto” que engendraram a industrialização e a urbanização brasileiras, acompanhadas da formação de um mercado interno significativo, embora sempre estreito diante das potencialidades (BEHRING, 2008a, p. 282, grifos da autora).

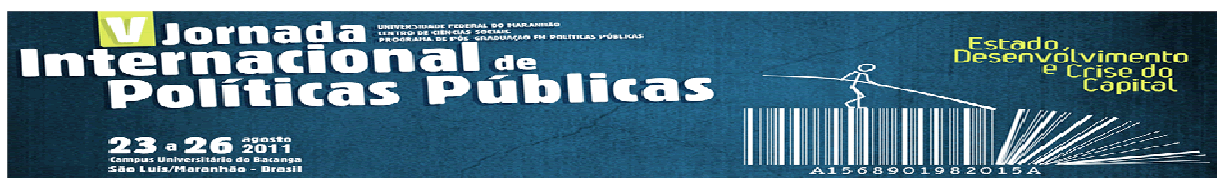
Em síntese, embora os defensores dessa proposta a apontem como uma “reforma”⁷, ou seja, um processo que contém elementos de avanços em relação ao que já está instituído, embora com limites, esse projeto materializado no PDRE e que se encontra em curso nos dias atuais representa efetivamente uma contrarreforma. Isso se deve ao conjunto de mudanças estruturais regressivas que incidem fundamentalmente sobre os trabalhadores e a massa da população brasileira (BEHRING, 2008a).

Parte-se do pressuposto de que o Estado teria se desviado de suas funções, tendo uma ênfase no setor produtivo e, portanto, apresenta-se a proposta de sua restrição ao papel de promoção e regulação do desenvolvimento econômico e social. Avalia-se que ao se responsabilizar diretamente pelo desenvolvimento, o Estado é ineficaz e ineficiente, mas o que figura por trás desse argumento é a necessidade de instituir vias para as privatizações, embora não se fale (nem possa) claramente.

Nesse sentido, criou-se um espaço público *não estatal* – setor de Atividades Não Exclusivas do Estado⁸ - que tem implicações na restrição do nível de atuação estatal direta e,

⁷ Para Behring (2008a), reforma na concepção que tem como referência o debate clássico sobre *reforma* e *revolução* sempre está direcionada a possibilidades revolucionárias.

⁸ No PDRE temos a proposição da divisão do Estado em setores diferenciados: Núcleo Estratégico; Atividades Exclusivas; Atividades não Exclusivas; Produção de Bens e Serviços para o Mercado. E para cada um desses setores haveria um tipo de propriedade correspondente: estatal para o Núcleo Estratégico e



principalmente, no que se refere à execução das políticas sociais. É este o ponto que permitiu a criação de instrumentos de privatização, os quais só foram posteriormente conhecidos⁹ no âmbito das políticas sociais.

No seio do PDRE temos a explicitação do seguinte objetivo:

transferir para o setor público não-estatal estes serviços [sociais], através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária (MARE, 1995, p. 46-47).

Vale observar que, em termos práticos, esse processo de “publicização” acaba por viabilizar a transferência de fundo público para a iniciativa privada, sob o argumento de garantir melhores serviços com um custo menor para os denominados “cidadãos clientes”.

É, nesse sentido, que a Lei nº 9.637/98¹⁰ surgiu para dispor sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como OSs para atuar em áreas como: ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde.

A referida lei estabelece que deverá ser celebrado um contrato de gestão entre a entidade e o Poder Público, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução das atividades. E, para fins do cumprimento do contrato de gestão, a entidade poderá contar com recebimento de recursos orçamentários e bens públicos. Isso acaba por reafirmar o papel do Estado apenas como financiador e não executor das políticas sociais.

Além disso, essas organizações são declaradas como “entidades de interesse social e utilidade pública”, ou seja, estão isentas da carga tributária, embora recebam recursos provenientes da coleta de impostos e contribuições para a seguridade social, partes consideráveis da formação do fundo público.

Embora o presente trabalho tenha por objeto nos aproximar da privatização que atinge política de saúde, em especial no município do Rio de Janeiro, não podemos desarticular esse debate do processo que o conjunto das políticas sociais vem enfrentando atualmente.

Atividades Exclusivas; pública não estatal para Atividades Não Exclusivas; e privada para Produção de Bens e Serviços para o Mercado.

⁹ Apesar de privilegiarmos nesta análise as Organizações Sociais, também consideramos tanto as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público quanto a proposta das Fundações Estatais de Direito Privado caminham na mesma direção de privatização das políticas sociais.

¹⁰ A aprovação dessa lei não foi isenta de reações. Foi proposta uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) 1923/98 questionando a ausência de processo licitatório, a transferência de atividades desenvolvidas por autarquias e fundações públicas para entidades direito privado. Ademais, sinaliza-se que esta transferência fere a Constituição Federal no que se refere à fiscalização orçamentária, ao limite de despesas com pessoal, à realização de concurso público para admissão de pessoal e à aquisição de bens mediante licitação, Informação obtida no sítio <http://www.adusp.org.br/noticias/Informativo/307/inf30707.html>, em 20 de julho de 2010.



De modo geral, o cenário que se desenha para a Seguridade Social brasileira é progressivamente agravante, pois a despeito do acirramento da “questão social” que se reflete diretamente no crescimento da demanda por serviços sociais nos deparamos como uma forte tendência de redução de direitos e transformação das políticas sociais em ações pontuais e compensatórias (MOTA et al, 2006). Tudo isso somado a ações que visam a transferência dos serviços sociais para a iniciativa privada.

3 “SAÚDE PRESENTE”, ESTADO AUSENTE?

Em consonância com o pressuposto contido no PDRE, a Prefeitura do Rio de Janeiro, na gestão de Eduardo Paes (2009-2012), lança o *Programa Saúde Presente*, no qual está explícita a intenção em modernizar a gestão da rede municipal de serviços de saúde por meio das OSs¹¹, sob o argumento da ineficiência do Estado neste âmbito. Observa-se, dessa forma, que “o problema da saúde desloca-se para as formas de gestão, pressupondo ideologicamente que a administração pública direta ou indireta é sempre mais ineficiente e desconsiderando a questão da alocação insuficiente de recursos.” (BEHRING, 2008b).

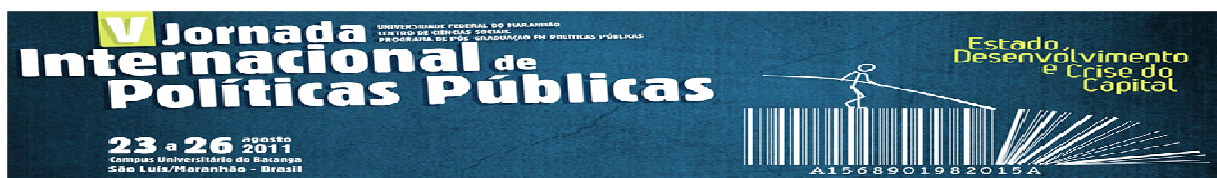
Note-se que a ineficiência do Estado só aparece quando se refere à execução direta dos serviços, posto que não há julgamento quanto a sua eficiência no repasse de recursos ao setor privado. Nesse sentido, reforça-se o discurso de que o Estado deveria se *ausentar* do papel de executor direto dos serviços e se restringir à regulação, controle e financiamento das políticas sociais.

[...] quando o capital imprime sua lógica para a totalidade da vida social também o Estado tem de ser contra-reformado para que as instituições e as políticas sociais que garantem os direitos dos trabalhadores se transmutem em negócios que promoverão lucratividade para o capital. (GRANEMANN, 2008, p. 37).

Assim, verificamos total sintonia entre as ações empreendidas pelo atual governo municipal e o projeto de contrarreforma inscrito no PDRE que demonstram a necessidade de mercantilização das políticas sociais a fim de proporcionar lucros para a iniciativa privada.

No caso específico da política de saúde no município do Rio de Janeiro, a busca por uma *Saúde Presente* tem se dado via implementação de serviços de saúde geridos por OSs. De fato, a

¹¹ De acordo com o Plano Municipal de Saúde, “O Saúde Presente é um programa que marca o início de uma nova fase para a atenção à saúde na cidade. Com ele, a população passa a contar com um sistema integrado e personalizado de atenção no qual cada pessoa terá um médico que a acompanhará e, quando necessário, fará os encaminhamentos para outras especialidades, unidades ou para realização de exames.” (SMSDC, 2009). Este programa compreende as Policlínicas, Unidades de Pronto Atendimento, Clínicas da Família, Farmácia Presente, CAPS e CAPSi, Hospital de Referência, Saúde Bucal, Agentes da Defesa Civil e Agentes de Vigilância em Saúde.



existência desses serviços esteve condicionada à aprovação da Lei nº 5 026 de 19 de maio de 2009 – votada em caráter de urgência – que regulamenta as OSs no município¹².

A partir da aprovação de tal lei o que temos presenciado é a potencialização da privatização da saúde. Até o final do ano de 2010, a prefeitura através da COQUALI¹³ havia habilitado 27 entidades privadas como OSs, sendo estas em sua maioria para atuar no campo da saúde¹⁴. Neste mesmo período foram lançados 26 editais referentes à gestão de unidades – majoritariamente Unidades de Pronto Atendimento e Clínicas da Família – e programas de saúde¹⁵.

Embora a lei das OSs restrinja-se a novas unidades de saúde¹⁶, o primeiro edital lançado em 2011 pela Secretaria Municipal de Saúde refere-se à gerência dos serviços de emergência¹⁷ dos hospitais municipais. Desse modo, esse processo nos leva a considerar que mais do que ampliar e melhorar os serviços de saúde a real intenção do atual governo municipal é de privatização desta política, o que vem se materializando via adoção do modelo das OSs.

Conforme ressalta Rezende (2008), além de significar o repasse direto de equipamentos públicos para a iniciativa privada – inclusive com dispensa de licitação formalizada na lei¹⁸ -, tal modelo compromete os princípios do SUS, entre outras coisas, por não garantir explicitamente a participação da comunidade, trocando os conselhos de políticas e de direito por conselhos de administração das próprias entidades, nos quais são decididos os caminhos da instituição com parca participação dos usuários.

¹² Ressaltamos que esta lei foi aprovada a despeito do posicionamento contrário do Conselho Municipal de Saúde e dos movimentos sociais organizados.

¹³ O Decreto nº 30780, que regulamenta a lei das OSs, institui, em seu artigo segundo, a Comissão de Qualificação das Organizações Sociais (COQUALI), lhe conferindo competência para julgar os requerimentos das instituições que quiserem se qualificar como OSs. A COQUALI é composta pelo Secretário Municipal da Casa Civil; Procurador Geral do Município; Controlador Geral do Município; Secretário Municipal de Fazenda; e Secretário Municipal de Administração, sendo presidida pelo primeiro.

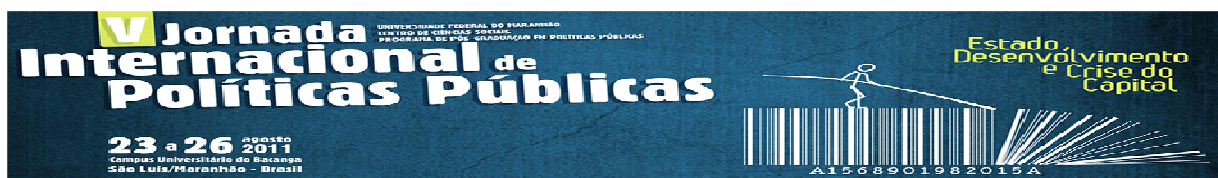
¹⁴ Cabe ressaltar aqui que além da saúde foram habilitadas OSs para os campos da educação e esportes.

¹⁵ Informamos que grande parte dos dados apresentados neste trabalho foi obtida via levantamento das publicações do Diário Oficial Eletrônico do Município do Rio de Janeiro (<http://doweb.rio.rj.gov.br/>), no período de Novembro/2010 a Janeiro/2011, tendo como marco a aprovação da Lei municipal das OSs e seguindo até o final do ano de 2010.

¹⁶ Com exceção do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, comumente conhecido como hospital de Acari.

¹⁷ Dentre os inúmeros problemas decorrentes da adoção desse modelo de gestão para os serviços de emergência, destacamos o fato de que estes não podem ser pensados de forma isolada, ou seja, sem considerar a necessidade de serviços complementares que darão continuidade ao processo de recuperação dos usuários.

¹⁸ A Lei 9.637 de 1998, a lei federal que dispõe sobre a qualificação das OSs, em seu artigo 12, parágrafo 3º é explícita: “Os bens de que trata este artigo serão destinados às organizações sociais, **dispensada licitação**, mediante permissão de uso, consoante cláusula expressa do contrato de gestão.” (BRASIL, 1998, grifos nossos). A Lei municipal do Rio de Janeiro que dispõe sobre as OSs, Lei 5.026 de 2009, segue o mesmo preceito



Há também a ameaça da descontinuidade das ações, tendo em vista que essas entidades são contratadas para atuarem por um período determinado¹⁹, podendo ser substituídas. Soma-se a isso, a flexibilização dos contratos de trabalho, trocando o servidor público de carreira por profissionais contratados, na melhor das hipóteses, via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

De acordo com o que sinalizamos anteriormente, o programa *Saúde Presente* prevê a ampliação dos serviços de saúde, o que se traduz numa das metas do Plano Municipal de Saúde (2009-2012) que pretende implantar até 2013, 20 UPAs e 70 Clínicas da Família. Neste processo de ampliação da rede de serviços – embora seja louvável, mas que vem se dando por via da privatização – até o dia 15 de abril de 2011, a Prefeitura havia alcançado o quantitativo de 10 UPAs e 33 Clínicas da Família, ou seja, metade da meta almejada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

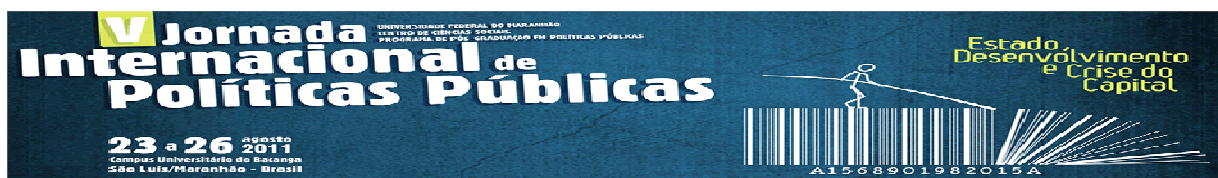
Mediante os aspectos sinalizados neste trabalho, ainda que brevemente, podemos observar que com a adoção do modelo de gestão das OSs as dificuldades para efetivação de uma política pública de acesso integral, universal e gratuito à população, tal como preconizado pela Carta Constitucional de 1988, não são poucas. No entanto, o que agrava ainda mais esse cenário é o fato de que se a implementação desse *novo modelo de gestão* se inicia na saúde, o objetivo maior é atingir o conjunto das políticas sociais, o que traz sérios impactos para a classe trabalhadora.

Segundo Mota et al, a “Seguridade Social é por definição um campo de disputas, seja por parte do trabalho, seja por parte do capital que continuamente tenta *adequá-la* aos seus interesses” (2006, p. 165). Nesse sentido, não podemos afirmar que os rumos estão decididos, pois ainda que o contexto seja marcado por profundas alterações regressivas nas políticas sociais de modo geral e, especificamente, na saúde – o que advém da necessidade do capital em retomar suas taxas de lucro – são os movimentos da luta de classes que irão tecer esse processo.

Desse modo, vale destacar os inúmeros esforços empreendidos pelos Fóruns de Saúde²⁰ do Rio de Janeiro, Paraná, Alagoas, São Paulo e Londrina que, em maio de 2010, compuseram

¹⁹ Conforme a cláusula 5ª, o prazo de vigência corresponde ao período de 2 anos, renovável uma vez por igual período e, outra pela metade, sob a condição de ter pelo menos 80% das metas atingidas. Ou seja, somadas possíveis renovações, conta-se com um contrato de no máximo 5 anos.

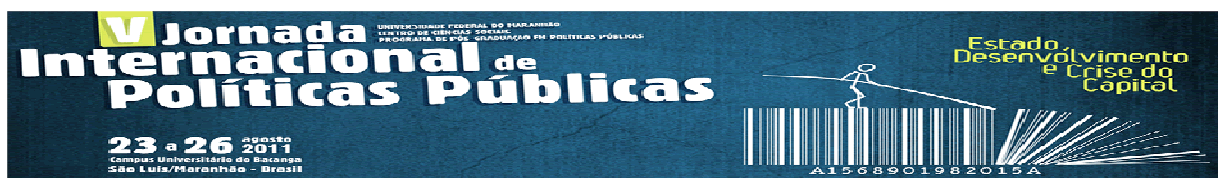
²⁰ “As ações desenvolvidas por esses Fóruns de Saúde tem sido: pautar junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) a importância da votação favorável à Adin n. 1923/98, por intermédio de audiências com os ministros; divulgar carta nacional pedindo a aprovação da Adin assinada por entidades e movimentos sociais do país [...]; constituir campanha por



uma Frente Nacional pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) nº 1 923/98. Em seminário realizado no mesmo ano, mediante a articulação de diversas entidades, foi criada a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde a fim de articular ainda mais ações, ampliar o debate e proporcionar a criação de Fóruns em outros estados, o que nos demonstra a construção de resistências frente aos ataques ao SUS. (BRAVO, 2011)

Motivações como esta nos conduzem à necessidade de acompanhar de perto as alterações efetuadas no âmbito das políticas sociais – seja no âmbito da saúde no município do Rio de Janeiro, seja nos demais municípios e estados – de modo a sustentar a crítica aos preceitos da contrarreforma que coloca em xeque a efetivação de uma política de saúde pública, universal e de qualidade, pensados na construção do sistema de proteção social brasileiro.

meio de abaixo-assinado digital, a fim de mobilizar a população e explicitar os problemas de mercantilização do serviço público”. (BRAVO, 2011, p. 185).



5 BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, E. e GENTILI, P. (org). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1995, p. 9-23.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008a.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Trabalho e Seguridade Social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In: BEHRING, Elaine Rossetti e ALMEIDA, Maria Helena Tenório (orgs.). **Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas**. São Paulo: Cortez, 2008b.
- BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 6 ed. Bibliografia Básica de Serviço Social, v.2, São Paulo, Cortez, 2009.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Brasília: 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf> Acesso em: 5 abr. 2009.
- BRASIL. Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**. 18 mai. 1998. Disponível em: <http://www.leidireto.com.br/lei-9637.html> Acesso em: 4 abr. 2009.
- BRAVO, Maria Inês Souza. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. In: **Serviço Social e Sociedade**. [online]. n.105, 2011, pp. 185-187. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n105/12.pdf> Acesso em: 23 abr 2011.
- GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ Adufrj-SSind, 2008, p. 36-39.
- MOTA, A. E.; MARANHÃO, C. H.; SITCOVSKY, M. O Sistema Único de Assistencial Social e a Formação Profissional. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 27, n. 87, set. 2006, p. 163-177.
- NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ Adufrj-SSind, 2008, p. 25-35.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Plano Municipal de Saúde 2009-2013**. Rio de Janeiro: SMSDC, 2009.
- RIO DE JANEIRO. Lei nº 5 026 de 19 de maio de 2009. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**. 20 mai 2009. Disponível em: http://smaonline.rio.rj.gov.br/legis_consulta/31548Lei%205026_2009.pdf Acesso em: 20 jul 2010.