REBATIMENTOS DA ATUAL POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA EM UMA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE NO RIO DE JANEIRO

REFLECTIONS OF THE CURRENT BRAZILIAN HEALTH POLICY IN A HIGH COMPLEXITY UNIT IN RIO DE JANEIRO

Jefferson Ferraz Gonçalves[1]

Carlos Antonio de Souza Moraes[2]

RESUMO: Este artigo objetiva avaliar as implicações da atual política de saúde brasileira para uma unidade de saúde de alta complexidade no Município do Rio de Janeiro. Metodologicamente, recorre a fontes primárias e secundárias de pesquisa. Como fontes primárias, opta por trabalhar com documentos públicos da unidade de saúde em estudo, além de recorrer a reportagens disponíveis na internet que foram veiculadas em plataformas oficiais de imprensa. Para o trabalho com fontes secundárias de pesquisa, recorre a autores que abordam a política social brasileira e a política de saúde, tais como: Bravo (2001), Castro (2012), Behring (2015) e Pereira (2020). De forma geral, os resultados indicam que a proposta neoliberal de enxugamento das responsabilidades do Estado tem provocado à intensificação da precarização e do sucateamento da unidade de saúde, gerando na particularidade estudada, um incêndio que custou a vida de cidadãos, adoecimento de profissionais.

Palavras-chave: “Política de saúde no Brasil”, “Unidade de alta complexidade”, “Precarização da saúde pública”.

ABSTRACT: This article aims to assess the implications of the current Brazilian health policy for a highly complex health unit in the city of Rio de Janeiro. Methodologically, it uses primary and secondary research sources. As primary sources, it chooses to work with public documents from the health unit under study, in addition to using reports available on the internet that were published on official press platforms. To work with secondary sources of research, it uses authors who address Brazilian social policy and health policy, such as: Bravo (2001), Castro (2012), Behring (2015) and Pereira (2020). In general, the results indicate that the neoliberal proposal to streamline the State's responsibilities has led to the intensification of the precariousness and scrapping of the health unit, generating in the particularity studied, a fire that cost the lives of citizens, illness of professionals.

Keywords: “Health policy in Brazil”, "High complexity unit", “Precariousness of public health”.

[1] Mestrando no Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense (UFF). Pesquisador do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (Gripes/Cnpq/UFF). E-mail: jeffersonferraz@id.uff.br

[2] Doutor em Serviço Social (PUC/SP); Professor da Universidade Federal Fluminense, Departamento de Serviço Social de Campos e do Programa de Estudos Pós Graduados em Política Social; Líder do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (Gripes/Cnpq/UFF). E-mail: carlosantoniomoraes@id.uff.br

1 INTRODUÇÃO

Este artigo originou-se de acompanhamento e estudos referentes à política de saúde brasileira, articulados a provocações e novas análises desenvolvidas por ocasião da disciplina de Política Social no Brasil, oferecida em 2020.2, no Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, da Universidade Federal Fluminense, o qual um dos autores está vinculado como discente de mestrado acadêmico.

Como recorte para as análises realizadas neste artigo, foi escolhido um hospital de alta complexidade, no município do Rio de Janeiro, por ser local de trabalho de um dos autores, bem como, espaço de pesquisa para a produção da dissertação do mestrado a ser defendida no programa acima citado.

Assim, o objetivo geral deste artigo é avaliar as implicações da atual política de saúde brasileira para uma unidade de saúde de alta complexidade no município do Rio de Janeiro.

Para tanto, inicialmente, serão oferecidos elementos para pensarmos o campo da política social brasileira, particularmente a política de saúde. Posteriormente, se procurará compreender as implicações da política nacional de saúde, configurada a partir de valores e parâmetros neoliberais, para o maior hospital público do estado do Rio de Janeiro, situado na capital do estado.

Na construção dessa proposta, além do acompanhamento da realidade, metodologicamente recorreu-se a fontes primárias e secundárias de pesquisa. Como fontes primárias, optamos por trabalhar com documentos da unidade de saúde em estudo, além de também recorrer a reportagens disponíveis na internet que foram veiculadas em diversas plataformas de imprensa.

Para o trabalho com fontes secundárias de pesquisa, optamos por recorrer a autores marxistas que abordam a política social brasileira e a particularidade da política de saúde, tais como: Bravo (2001), Castro (2012), Behring (2015), Cardoso Júnior (2016), Pereira (2020).

As pesquisas aqui desenvolvidas se pautaram em informações dos últimos relatórios de gestão da unidade, especificamente entre 2017 a 2020, assim como informações sobre o hospital por meio de material jornalístico amplamente divulgado na mídia.

Vale registrar a dificuldade de se ter dados precisos relacionados ao hospital. A primeira dificuldade foi observada na busca pelos relatórios de gestão da instituição, iniciada no site da unidade de saúde, onde somente constam relatórios até o ano de 2016. Diante disso, recorreu-se ao site do Tribunal de Contas da União (TCU), verificando que os dados sobre o relatório de gestão da unidade só aparecem de forma detalhada e individualizada até o ano de 2018. Os relatórios individuais dos hospitais federais dos anos 2019 e 2020 (gestão do governo de Jair Bolsonaro) não estão disponíveis. Consta no site do TCU relatório único do Ministério da Saúde que engloba os dados de todos os hospitais e núcleos estaduais do Ministério, o que prejudicou a pesquisa em tela.

Na segunda página do relatório de gestão, de 2019, do Ministério da Saúde, aparece uma mensagem do, então Ministro de Estado de Saúde, à época, com a seguinte tentativa de justificar a fusão dos dados:

> O relatório foi construído de forma coletiva, com o envolvimento dos diferentes setores do Ministério, em um processo de Relato Integrado, seguindo modelo adotado internacionalmente. Para contextualizar e sistematizar as informações mais relevantes no processo de prestação de contas (MINISTÉRIO DA SAÚDE. RELATÓRIO GESTÃO, 2019, p. 02).

Tal relato confirma a observação por esse governo de seguir os ditames internacionais no que concerne às políticas sociais, além de se observar uma estratégia que vem sendo verificada no governo Bolsonaro: a necessidade de se esconder ou maquiar dados, o que se verifica em relação aos relatórios do Ministério da Saúde de 2019 e 2020. Tais relatórios são aparentemente organizados, contudo, sua leitura atenta revela um documento com informações superficiais e genéricas, não sendo trabalhadas por unidade de saúde.

Com isso, a dificuldade maior é exatamente obter dados dos anos 2019/2020, época da gestão do governo Bolsonaro. Embora essa dificuldade inicial, os dados pesquisados e o material jornalístico disponível, permitem um panorama sobre os rebatimentos da neoliberalização da saúde em um hospital de alta complexidade no Rio de Janeiro.

Diante desses movimentos, se torna cada vez mais necessário o reconhecimento da política social como campo de disputas entre as classes trabalhadora e burguesa. Importante sinalizarmos também o papel e significados da política social no contexto atual, a partir de valores e parâmetros neoliberais que

conforma ataques à institucionalidade trabalhista, desconstroem direitos, articulam seletividade a focalização, desfinanciam políticas sociais, privatizam patrimônios públicos, incentivam o empreendedorismo e a informalidade associada a precariedade.

Neste cenário, analisar a política de saúde brasileira, reconhecendo a inadiável defesa de seus princípios constitucionais, se torna objetivo deste artigo, que tenta reconhecer empiricamente as suas implicações para uma unidade de saúde de alta complexidade. A unidade é considerada o maior hospital público do estado do Rio de Janeiro, localizado na zona norte da capital fluminense, em uma região de alta densidade demográfica, o qual atende a pacientes não só da cidade do Rio de Janeiro, mas de outros municípios do estado, além daqueles que procuram atendimento de alta complexidade provindos de outros estados como São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo.

2 ALGUNS ELEMENTOS PARA PENSAR O CAMPO DA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA E A PARTICULARIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE

Castro (2012) entende a política social como um conjunto de programas e ações do Estado na garantia de oferta de bens e serviços, transferência de renda e regulação de elementos do mercado, tendo como objetivos a proteção e a promoção social, como resposta aos direitos sociais e outras situações de contingências, necessidades e riscos que afetam a vida da população, incluindo elementos relacionados à pobreza e a desigualdade.

Para Pereira (2020), a política social está inserida num conflito de interesses entre a classe trabalhadora e a classe burguesa. Isso acontece porque a política social possui uma natureza contraditória pautada na relação entre capital e trabalho, conflito que busca, por meio do processo de correlação de forças, atender aos interesses tanto dos trabalhadores (em luta por melhores condições de trabalho e de vida) e do capital (que objetiva rentabilidade econômica pautada no lucro).

O fato é que a política social gerida pelo Estado burguês tem como finalidade preservar o *status quo*, ou seja, manter a classe dominante no poder e, ao atender também aos interesses da classe trabalhadora, o Estado provoca sua desorganização política, recorrendo além da coerção, ao consenso da classe trabalhadora, reduzindo conflitos sociais.

Nessa linha de raciocínio, Behring (2015) afirma que a política social aparece como uma das ferramentas que contribuem para amortecer a crise do capitalismo contemporâneo, através de políticas de seguridade social, além de medidas econômicas, ser estratégia política de legitimação e controle da classe trabalhadora. A autora nos adverte a respeito da necessidade de compreensão da política social como um processo histórico:

> Portanto o significado da política social não pode ser apanhado nem exclusivamente pela sua inserção objetiva no mundo do capital, nem apenas pela luta de interesses dos sujeitos históricos que se movem na definição de tal ou qual política, mas, historicamente, na relação desses processos na totalidade (BEHRING, 2015, p 174).

Como uma unidade de complexos, também é preciso reconhecer que a política social desenvolvida durante os chamados "trinta anos de ouro", período entre 1945/1975 no contexto europeu, representou ganhos para a classe trabalhadora nas áreas sociais, como: emprego, saúde, educação, dentre outras formas de proteção social concebidas na lógica dos direitos garantidos pelo Estado.

Ao final da década de 1970, em virtude da crise do sistema capitalista, provocada pelo excesso de produção, o que gerou quedas nas taxas de consumo, fizeram com que, com vistas a superar tais crises, o Estado adotasse políticas austeras, que prejudicaram diretamente a classe trabalhadora, uma vez que tais políticas se assentavam em ideais neoliberais, mercadológicos, que determinam o enxugamento das responsabilidades do Estado.

> Estado sob a forma de políticas sociais hostis às necessidades humanas [...] que compõem o ideário da ativação das responsabilidades dos indivíduos pelo seu próprio bem-estar, da concepção de que cada indivíduo é propriedade de si mesmo; e da negação de tudo o que, por ser social, universal ou coletivo possa obstaculizar o livre funcionamento do mercado (PEREIRA, 2020, p. 42-43).

Dessa forma, as políticas sociais que anteriormente eram pautadas com um viés progressista, no final dos anos 1970/1980 vão se pautar por conceitos que privilegiam a competição, a meritocracia individual sobre os direitos adquiridos socialmente, o conservadorismo e o desprezo pelas diferenças.

No Brasil essa dinâmica passou a ser mais sentida a partir da década de 1990, o que para Cardoso Júnior (2016), exacerbou as características pró-mercado das políticas sociais em detrimento do público. O autor chama de universalização restrita o fato da universalidade de cobertura das políticas de seguridade social e educação não terem se confirmado no Brasil como princípio ideológico e prática na

concretização dessas políticas, apesar de passados mais de trinta anos da promulgação da Constituição Federal de 1988.

> [...] na atualidade, vive-se sob o império de uma lógica laborista ou do pró-trabalho como centro gravitacional das relações sociais voltadas para o crescimento econômico baseado, de forma concertada, na produção de baixo custo e na diminuição dos gastos públicos que se refletem em cortes orçamentários e de programas sociais; congelamento de salários do funcionalismo público; ausência de políticas de correção do valor real do salário mínimo; e crescente expropriação de direitos, inclusive adquiridos, de aposentados e pensionistas. Tais assaltos são mais gritantes quando partem do suposto de que as políticas sociais não contributivas preexistentes, como era a saúde no Brasil, decorreram de demandas populistas, embora previstas em lei constitucional (PEREIRA, 2020, p.46).

Outro aspecto que impacta nessa dinâmica e que não pode ser desconsiderado diz respeito ao financiamento das políticas sociais. Sabemos que entre as fontes de recursos para o financiamento das políticas sociais está a tributação. Cardoso Júnior (2016) esclarece que a arrecadação pública brasileira está concentrada em tributos sobre o consumo de bens e serviços, incidindo majoritariamente em parcelas da população com menores rendas.

O autor ressalta que as tributações sobre a renda e sobre o patrimônio, detentoras de grande potencial, são pouco aproveitadas no país. Com isso, há necessidade de mudanças em nosso perfil tributário e na arrecadação executada no Brasil, sendo cada vez mais necessária a taxação das grandes fortunas para a geração de renda maior que possa ser investida nas políticas sociais.

Potyara (2020) entende como meta a necessidade de tributação do capital sobre a movimentação financeira relacionada as grandes fortunas de instituições como igrejas, imprensa, hospitais, escolas privadas e organizações não governamentais. Cardoso Júnior (2016) afirma que as classes que vivem do trabalho é que financiam a maior parte dos gastos sociais e que o perfil regressivo da arrecadação tem penalizado proporcionalmente mais os pobres do que os ricos.

Ainda em relação ao financiamento das políticas sociais se destaca o recorrente desvio de finalidade orçamentária, sendo muitas vezes, alocado em outras rubricas. Um exemplo contundente dessa dinâmica é o que ocorre com o orçamento da Seguridade Social brasileira, em que 20% da receita arrecadada, que deveria ser direcionada para as políticas sociais, é desvinculada para atendimento de “prioridades” fiscais.

Assim, a verba que deveria ser investida em saúde, assistência e previdência social é desviada para pagamento de juros da dívida pública, articulando tais ações a discursos vinculados à déficits orçamentários, como o suposto déficit da previdência social.

Tais elementos impactam no sistema de saúde pública e na precarização dos serviços ofertados à população. E ocorrem como uma estratégia de enxugamento das responsabilidades do Estado, conforme já mencionado anteriormente, sendo uma das medidas recomendadas por organismos internacionais como, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional.

Na particularidade da política de saúde brasileira os efeitos dessa mudança de paradigma são verificados em finais dos anos 1980 e início dos anos 1990, por meio de projetos de disputa antagônicos: um que busca restringir direitos sociais (projeto privatista da saúde) e, outro, pautado na participação social (que é o caso do Projeto da Reforma Sanitária surgido nos anos 1980 por meio da luta de profissionais de saúde e movimentos sociais). (BRAVO; PERREIRA, 2001)

> A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido descontruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir custos (BRAVO, 2001, p. 14).

A refilantropização, portanto, absorve demandas sob a responsabilidade do estado e compreendidas como direito da população. Assim, ao encaminhar as atribuições estatais para o terceiro setor, por meio da refilatropização, o que era direito garantido se torna favor ou caridade, acessível àqueles que mais precisam e não podem pagar, que passam a ser viabilizadas via mercado, em especial nas figuras das Organização Não-Governamentais (ONGs).

Neste período se observa também avanços na racionalização da oferta dos serviços e na descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, a descentralização ocorreu no financiamento e organização dos serviços e, de forma geral, representou um processo de responsabilização municipal e, de certa forma, um meio do poder central se isentar de suas responsabilidades.

Já nessa época, segundo Bravo (1998), a implementação do SUS era norteada por uma política focalizada, fragmentada e pontual, pautada na dinâmica

privatista através da terceirização e estabelecimento de relação de consumo, imbuída de um projeto que opta pelo individualismo em detrimento de um modelo coletivista, universal e, portanto, divergente dessa concepção de matriz neoliberal.

Mesmo sendo tão atacado com essas políticas sociais austeras, verificamos que, por mais contraditório que se pareça, o Sistema Único de Saúde sobrevive e demonstra a sua importância para a sociedade:

> Em termos de benefícios oferecidos, observa-se que o SUS realiza, em média, 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, ou seja, 11 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11,30 milhões de internações. Tanto na linha de atenção básica quanto na de medicamentos mais complexos, o SUS tem contribuído, com maior ou menor êxito, para ampliar o acesso a remédios e medicamentos (CASTRO, 2012, p.1022).

Apesar dos avanços, reconhecemos os processos de precarização da política de saúde e os ataques aos princípios de universalidade e integralidade, sendo de forma geral, direcionadas à população mais empobrecida e garantindo a centralidade do mercado na área da saúde.

> Do ponto de vista da lógica do capitalismo contemporâneo, a configuração de padrões universalistas e redistributivos de proteção social vê-se fortemente tensionada: pelas estratégias de extração dos superlucros [...] contração de encargos sociais e previdenciários, vistos como custos ou gastos dispendiosos [...] privatização explícita ou induzida de setores de utilidade pública, onde incluem-se saúde, educação e previdência [...] transformando-se as políticas sociais [...] em ações pontuais e compensatórias (BEHRING, 2008, p. 248).

Assim, não podemos deixar de considerar que o SUS real, aquele que observamos na prática nas unidades de saúde, ainda está longe do SUS previsto na Constituição Federal de 1988, havendo uma distância entre a proposta do Movimento Sanitário e a prática de saúde pública, isso porque o SUS foi se tornando um espaço de atendimento àqueles que não têm como pagar pelos serviços privados, o que vai de encontro ao seu princípio mais basilar: o de ser um sistema público de saúde universal e de atendimento integral (BRAVO, 2001).

3 OS REBATIMENTOS DA ATUAL POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE NO RIO DE JANEIRO

A instituição estudada é considerada um complexo hospitalar que possui seis prédios, com 16 salas cirúrgicas de grande porte (mais duas em obra) e 3 salas cirúrgicas ambulatoriais; 102 consultórios ambulatoriais, sendo 74 consultórios de especialidades no prédio 6 (Bloco Ambulatorial) e 28 distribuídos nos prédios 1, 2 e

3. Com relação aos leitos, a unidade tem 478 leitos instalados para internação, destes, 55 leitos estão fechados por motivo de obra e falta de recursos humanos, totalizando 423 operacionais.

O hospital, vinculado ao Ministério da Saúde, possui financiamento federal vindo da União, autonomia orçamentária na execução de despesas e está caracterizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) por atendimentos em níveis terciário e quaternário, atuação na média e alta complexidade. Possui uma carteira de serviços complementares de apoio diagnóstico e terapêutico, distribuídos entre os serviços de Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Radiologia e Métodos Gráficos.

Nos últimos dez anos, o hospital se consolidou com perfil de alta complexidade com destaque para as áreas de: Transplante Renal; Cirurgias Oncológicas especialmente de Cabeça e Pescoço, Aparelho digestivo, Urologia, Neurocirurgia e Cirurgia Torácica, Vídeo Cirurgias Avançadas, Cirurgias Endócrinas, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Vascular e Alto Risco Materno Fetal.

Este nosocômio é referência em Oncologia, habilitado como uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), com Serviço de Hematologia. Possui Serviço de Emergência por demanda espontânea, oferecendo atendimentos nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Bucomaxilo e Pediatria.

O hospital é considerado o maior hospital público do estado do Rio de Janeiro, sendo uma importante referência na rede SUS por receber demandas não só da capital fluminense, mas de outros municípios do estado e de outras unidades da federação, sendo recorrente o atendimento de pacientes oriundos de estados como Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo em busca de tratamentos de alta complexidade.

A importância local da unidade de saúde também deve ser considerada uma vez que sua localização, as margens da Avenida Brasil[3], circundado de comunidades com alta densidade demográfica, geram demandas de atendimento imediato ao hospital.

[3] Mais importante via da cidade do Rio de Janeiro que liga bairros da zona oeste e norte ao centro da cidade e dá acesso a diversos municípios da baixada fluminense

O desmonte observado nas políticas sociais, pautado na perspectiva neoliberal, sentidos no Brasil desde a década de 1990 vem sendo agravado e intensificado nos últimos anos, com destaque para os Governos de Michel Temer (2016 – 2018) e de Jair Bolsonaro (a partir de 2019) e tem rebatimentos diretos na unidade. Nesta, tem sido possível observar os efeitos e o acirramento cada vez maior da precarização da política de saúde, por meio do sucateamento de suas instalações, falta de materiais básicos, descompromisso da gestão, fechamento de serviços de alta complexidade, como o Transplante Renal e Hepático e, ausência de reposição de seu quadro efetivo de profissionais.

Além disso, verifica-se que essa precariedade foi, por muitos momentos, expressa na mídia. Em 2018, o jornal "O Globo" já trazia matéria em que pacientes e funcionários do hospital denunciavam a falta de materiais e a precariedade no atendimento da unidade:

> Pacientes e funcionários do hospital denunciam falta de materiais e precariedade no atendimento. [...]. Cartaz colocado no portão da unidade diz que emergência funciona, mas pacientes e funcionários negam. 'No hospital, inclusive no pronto socorro, faltam agulhas, seringas, luvas, coletores de urina e medicamentos', revela médico (O GLOBO, 09/07/2018).

A má gestão da unidade também ficou registrada em diversos momentos pela mídia, mas em janeiro de 2019 a direção gastou, segundo reportagem da "Band News Fm" R$180.000,00 com uma festa para comemorar os 70 anos do hospital, em um momento de grave crise financeira e falta de insumos para atender aos pacientes da unidade. Ressalta-se que esta festa não foi aberta ao público, mas direcionada a um seleto grupo de funcionários:

> Em crise, hospital gasta R$ 180 mil em festa de aniversário da unidade.
>
> *Funcionários e integrantes de sindicatos da área da saúde realizam protesto na porta do hospital*
>
> Manifestantes questionam a falta de insumos e más condições dos equipamentos do Hospital. Servidores do Hospital e integrantes de sindicatos da área da saúde protestam nesta manhã contra a festa organizada pela direção da unidade para comemorar os 70 anos do hospital. Os manifestantes questionam a falta de insumos e más condições dos equipamentos do Hospital enquanto milhares de reais estão sendo gastos para custear o evento (BAND NEWS FM, 11/01/2019).

Além destes elementos, em 2020, outros agravaram ainda mais o problema na unidade de saúde, tais como: a pandemia provocada pelo novo coronavírus e o incêndio no qual a unidade sofreu no mês de outubro.

A pandemia do coronavírus (Covid-19) que assolou o mundo a partir do início de 2020 teve impactos diretos no atendimento do nosocômio, sendo cotado, durante a primeira onda da doença, como referência para atendimento e tratamento dos pacientes infectados. Para tanto, alas e leitos fechados no hospital seriam abertos para dar conta da nova demanda, o que de fato, não ocorreu em razão da estrutura já sucateada da unidade de saúde, a qual não tinha testes para detecção da Covid-19, conforme denúncia de uma juíza, que inclusive havia pedido a troca da direção do hospital, alegando omissão por parte dos gestores:

> Sequer foi realizada uma compra de teste de Covid', critica a juíza. TV Globo denunciou que há leitos ociosos na unidade, que é referência da União para o tratamento da doença, enquanto pacientes agonizam em fila por UTI no estado (O GLOBO, 02/05/2020).

Já o incêndio no qual o hospital sofreu em 27 de outubro de 2020 foi o evento mais grave na unidade nos últimos anos, o qual deixou 15 mortos, embora o Ministério da Saúde só reconheça 3 vítimas fatais. Além de provocar essas mortes, tal evento desativou um prédio inteiro do complexo hospitalar. Neste prédio estava localizada a emergência e serviços de exames e imagens. A estrutura já precarizada da unidade de saúde ficou ainda mais prejudicada com o fechamento de serviços, como a oncologia e a hemodiálise.

Uma reportagem do jornal “O Globo”, de 10/11/2020, denunciou que tanto o hospital quanto outros hospitais que pertencem ao Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, não tinham certificação de aprovação pelo Corpo de Bombeiros. Tal situação se agrava se levarmos em consideração que, segundo matéria do “Correio do Povo”, desde 2019, o Ministério da Saúde estaria ciente do risco de incêndio no hospital:

> Um relatório produzido em abril de 2019 por uma equipe de engenheiros, a pedido do Ministério da Saúde, constatou diversos problemas na estrutura de combate a incêndios do hospital. Um ano e meio depois, nada foi feito e nesta terça-feira o hospital pegou fogo, matando pelo menos três pacientes. Questionado sobre a falta de providências para sanar o risco de incêndio no hospital, o Ministério da Saúde não se manifestou - limitou-se a lamentar o incêndio e a morte de uma paciente, em nota (CORREIO DO POVO, 27/10/2020).

Com o incêndio, pacientes que faziam tratamento contínuo na unidade tiveram suas consultas, que já demoravam a serem marcadas, reagendadas ou direcionadas para outras unidades, uma vez que muitos profissionais que ali

trabalhavam, foram redistribuídos pelo Ministério da Saúde em virtude de ter se tornado inviável o atendimento no hospital.

Outro aspecto que comprova os rebatimentos da neoliberalização da saúde no nosocômio diz respeito a força de trabalho da unidade de saúde. A força de trabalho do hospital é composta, essencialmente por servidores públicos federais, em sua maioria, estáveis, vinculados ao Ministério da Saúde, além de profissionais contratados, em regime temporário, por meio do chamado Contrato Temporário da União (CTU) e, profissionais vinculados a empresas terceirizadas.

A força de trabalho, portanto, foi um dos elementos fortemente impactados por essa política de desconstrução da unidade de saúde, o que aparece no próprio Relatório de Gestão de 2018, publicado no site do Tribunal de Contas da União:

> [...] depara-se continuamente com uma força de trabalho envelhecida o que dificulta as atividades laborais dos trabalhadores na Unidade como um todo, acarretando insatisfação, desmotivação e aumento do absenteísmo, que este ano registrou uma taxa de 7,2%, e em consequência, são observados: Afastamentos por adoecimento dos servidores (doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, dorsocervicolombalgias, estresse e outras); Força de trabalho insuficiente; Sobrecarga para a força de trabalho existente; Envelhecimento natural dos servidores e doenças comuns da faixa etária; Falta de concurso público (criação de cargos) que contemple a real necessidade dos profissionais não só no [...] mas em toda a rede; Aposentadoria sem reposição (TCU, 2018, pg. 181).

Diante disso, verificamos no hospital um cenário marcado pelo seu sucateamento, provocado pela precarização de seus serviços e agravado pelos novos elementos (pandemia e incêndio) que solaparam o atendimento desta unidade de saúde de alta complexidade.

4 CONCLUSÃO

Neste artigo objetivamos avaliar as implicações da atual política de saúde brasileira para uma unidade de saúde de alta complexidade, no município do Rio de Janeiro.

Para esta proposta, reconhecemos a política social como campo de disputas entre interesses distintos e que envolvem a classe trabalhadora e a classe burguesa. Enquanto uma unidade de complexos, verificamos que o contexto de radicalismo neoliberal tem contribuído para a construção de questionamentos sobre o papel das políticas sociais na sociedade do capital, provocando ataques ao princípio de universalidade, centrados na lógica do mercado e do mais valor e articulados a

estratégias que dificultam o acesso a dados e indicadores públicos, essenciais à análise da política social e à defesa de sua ampliação na lógica do direito social.

Na particularidade estudada, verificamos por meio de reportagens e dados públicos, que a proposta neoliberal de enxugamento das responsabilidades do Estado tem provocado à intensificação da precarização e do sucateamento das unidades de saúde que, sofrem com a falta de materiais básicos, descompromisso institucional e de alguns gestores e, além disso, verificamos o agravamento destas situações por meio de um incêndio que custou a vida de cidadãos, adoecimento de profissionais, além dos efeitos da crise de saúde pública provocada pela pandemia do novo coronavírus.

Portanto, a análise desenvolvida permitiu identificar que os elementos específicos do hospital têm sido determinados por questões estruturais e conjunturais, articuladas a uma dinâmica e organização próprias, configurando um cenário permeado por contradições e disputas e marcado pela precariedade e por esforços na tentativa de garantir a vida.

Tais elementos demandam além de análises mais profundas, organizaçãoe enfrentamento coletivo, tornando-se inadiável a defesa intransigente dos princípios da reforma sanitária e do SUS constitucional, na direção da democratização dos bens e serviços oferecidos a toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E.R. **Política Social no capitalismo tardio.** 6. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2015.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Gestão do Hospital 2017.** Brasília: Tribunal de Contas da União, 2018. Disponível em: https://contas.tcu.gov.br/econtasWeb/web/externo/listarRelatoriosGestao.xhtml Acesso em: 14 mai.2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Gestão do Hospital 2018.** Brasília: Tribunal de Contas da União, 2019.Disponível em: https://contas.tcu.gov.br/econtasWeb/web/externo/listarRelatoriosGestao.xhtm Acesso em: 14 mai.2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Gestão do Ministério da Saúde 2019.** Brasília: Tribunal de Contas da União, 2020 .Disponível em:

https://contas.tcu.gov.br/econtasWeb/web/externo/listarRelatoriosGestao.xhtml Acesso em: 14 mai. 2021.

BRAVO, M.I.S. O Serviço Social da década de 90. **Superando desafios: cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro. Volume 3, n. 03, p.9-16, 1998.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional.** 4. ed., p. 1-22, São Paulo: Cortez, 2001.

BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P. A. P.P. (orgs.). **Política Social e democracia.** p.198. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CARDOSO JÚNIOR, J.C. O Brasil na encruzilhada: políticas sociais frente ao golpe de 2016 – ruptura democrática e retrocesso civilizatório. Disponívelem:http://plataformapoliticasocial.com.br/wpcontent/uploads/2016/12/Rela%C3%A7%C3%A3o-de-ProdutosLicen%C3%A7%a-2016-3pol%C3%ADticas-sociais-VF-Publica%C3%A7%C3%A3o.pdf Acesso em 14 mai. 2021.

CASTRO, J.A. Política Social e desenvolvimento no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v.21, Número Especial, dez. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ecos/v21nspe/v21nspea12.pdf Acesso em: 14 mai. 2021.

GOMES, M. Nenhum dos seis hospitais federais do Rio tem certificado de aprovação do Corpo de Bombeiros. **O Globo.** Rio de Janeiro. 10 nov. 2020. Disponível em: https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/11/10/nenhum-dos-6-hospitais-federais-do-rio-tem-certificado-de-aprovacao-do-corpo-de-bombeiros.ghtml Acesso em 19 mai.2021.

PEREIRA, P. A política social entre Deus e o Diabo: Determinações e funcionalidades no sistema capitalista. MORAES, C.A.S; SENNA, M.C.M; FREITAS, R.S (Orgs.). **Política Social no Brasil: trajetórias, sujeitos e institucionalidades.** Curitiba: CRV, 2020.