

LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Shirlene Feitoza da Fonseca

Gestão de Organizações Sociais na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro:  
implicações na força de trabalho e no modelo de atenção à saúde.

Rio de Janeiro

2013

Shirlene Feitoza da Fonseca

Gestão de Organizações Sociais na Atenção Básica do território do Rio de Janeiro:  
implicações na força de trabalho e no modelo de atenção à saúde.

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Escola Politécnica de Saúde  
Joaquim Venâncio como requisito parcial  
para aprovação no curso técnico de nível  
médio em saúde com habilitação em  
Vigilância em Saúde

Orientador: Geandro Ferreira Pinheiro .

Co-Orientador: Paulo César de Castro Ribeiro.

Rio de Janeiro

2013

(FICHA CATALOGRÁFICA)

Shirlene Feitoza da Fonseca

Gestão de Organizações Sociais na Atenção Básica do território do Rio de Janeiro:  
implicações na força de trabalho e no modelo de atenção à saúde.

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentada à Escola Politécnica de Saúde  
Joaquim Venâncio como requisito parcial  
para aprovação no curso técnico de nível  
médio em saúde com habilitação em  
Vigilância em Saúde.

Aprovado em 23 / 01 / 2013

BANCA EXAMINADORA

---

(Geandro Pinheiro. VDGDI /EPSJV/ FIOCRUZ).

---

(Paulo César de Castro Ribeiro. LAGESTÃO/ EPSJV/FIOCRUZ).

---

(Marcelo Coutinho. LABGESTÃO/ EPSJV/ FIOCRUZ).

---

(Grácia Maria de Miranda Gondim. LAVSA/ EPSJV/ FIOCRUZ).

---

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu pai pela dedicação, carinho e amizade.

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, a todos os seus trabalhadores e estudantes que contribuem de alguma forma para a construção do projeto politécnico.

Aos meus Orientadores Geandro Pinheiro e Paulo Ribeiro pela paciência, incentivo e por não terem me abandonado apesar do trabalho que dei.

A turma de Vigilância em Saúde 2010 e ao Laboratório de Educação Profissional de Vigilância em saúde, que me ensinaram a lidar com as diferenças de forma respeitosa, mesmo que depois de muitas brigas, reuniões e sofrimento.

As minhas grandes amigas Andressa, Giovanna e Paloma por me ensinarem a ser adulta a amar e perdoar.

A dois amigos muito especiais: João e Thyago, por não abandonarem ninguém no caminho.

Ao meu amor, Cristiano, pelo companheirismo e convivência prazerosa.

## RESUMO

O trabalho analisa as consequências trazidas pela implementação do modelo de contratação de Organizações Sociais (OS) para a gestão de serviços públicos de saúde no município do Rio de Janeiro, buscando compreender as questões que se apresentam quando da adoção de modelos centrados na administração privada de unidades de saúde no âmbito do SUS. Discute a pretendida mudança do modelo de Atenção à Saúde no município pela atual gestão municipal, posicionando tal experiência em relação às tendências recentes de reforma dos sistemas de saúde públicos, tanto no referente à ampliação da atenção primária através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), quanto na adoção de modelos de gestão privatizantes. Para isso, procura-se inicialmente analisar aspectos relacionados à Reforma Sanitária brasileira e às reformas de Estado ocorridas no Brasil a partir dos anos 90, com especial ênfase na identificação das referências teóricas e políticas que dão suporte ao modelo OS e à ESF. Em seguida, explora-se as implicações das mudanças implementadas no sistema de saúde do Rio de Janeiro tanto para o trabalhador em seus direitos e condições de trabalho, quanto para a qualidade dos serviços prestados a população.

**Palavras Chave:** Organizações Sociais. Modelo de Atenção à Saúde. ESF. Gestão em saúde. Privatização

## LISTA DE SIGLAS

- CF- Constituição Federal
- CIT- Comissão Intergestores Tripartite
- CLT- Consolidação das Leias de Trabalho
- CNS- Conferência Nacional de Saúde
- CONASEMS- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CONASS- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
- COQUALI- Comissão de Qualificação das Organizações Sociais
- CUT- Central Única dos Trabalhadores
- EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública
- EPSJV- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
- ESF- Estratégia de Saúde da Família
- FEDP- Fundações Estatais de Direito Privado
- FHC- Fernando Henrique Cardoso
- HELP- Programa de Hospitais em Locais Populares
- IABAS- Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
- INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- LRF- Lei de Responsabilidade Fiscal
- MP- Medida Provisória
- MPF- Ministério Público Federal
- MS- Ministério da Saúde
- ONG- Organizações Não Governamentais
- OS- Organização Social
- OSS- Organizações Sociais de Saúde
- OSCIPS- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
- PAC- Programa de Aceleração do Crescimento

PDRE- Plano Diretor de Reforma do Estado

PDT- Partido Democrático Trabalhista

PDTSP- Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública

PL- Projeto de Lei

PLP- Projeto de Lei Complementar

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PSOL- Partido Socialismo e Liberdade

PT- Partido dos Trabalhadores

RH- Recursos humanos

RJU- Regime Jurídico Único

STF- Supremo Tribunal Federal

SUS- Sistema Único de Saúde

TAC- Termo de Ajuste de Conduta

TCM- Tribunal de Contas do Município

TEIAS- Território Integrado de Atenção à Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

USF- Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1 A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA</b> .....	13
1.1 O modelo anterior a Reforma Sanitária.....	13
1.2 A Reforma Sanitária e a construção do SUS.....	14
1.3 Vigilância em Saúde: Uma proposta para reversão do modelo de atenção.....	17
1.4 Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família.....	18
1.5 ESF no Município do Rio de Janeiro.....	19
<b>2 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b> .....	24
2.1 Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.....	25
2.2 Saúde no governo Lula.....	28
2.3 Saúde no governo Dilma.....	29
2.4 Escolhas Político Gerenciais no Rio de Janeiro a partir de 2009.....	30
<b>3 GESTÃO DE RH EM SAÚDE E PRECARIZAÇÃO</b> .....	32
<b>4 MODELO DE GESTÃO <i>VERSUS</i> MODELO DE ATENÇÃO</b> .....	40
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	47
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	49

## INTRODUÇÃO

A Gestão de aparelhos públicos de Saúde através de Organizações Sociais (OSS) tem ganhado espaço em vários estados e municípios brasileiros desde 1997, época da edição da Medida Provisória nº 1.591 de nove de outubro que regulamenta esse modelo de gestão. Na cidade do Rio de Janeiro a maior parte da cobertura da estrutura pública de saúde na atenção básica é gerida por OSS.

Tal modelo traz consigo uma série de mudanças significativas para a organização e gestão pública de saúde nos municípios e estados, tanto no campo gerencial quanto nos processos de trabalho. Em muitos casos, adotam normas próprias para compras e contratos, e a contratação e a gestão de pessoal se dão via regime de Consolidação das leis de Trabalho (CLT).

A adoção do modelo de OSS substitui o financiamento e a prestação direta de serviços por entidades públicas, pela assistência prestada por terceiros, articulada com uma lógica baseada na contratualização de metas e resultados entre o gestor público e entidade privada, e no repasse de fundos públicos a essas. Esse novo padrão, fortemente centrado em metas e resultados quantificáveis, muitas vezes entra em conflito com a organização do cuidado e com preceitos do SUS, sobretudo quando se refere à Atenção Básica e à prevenção e promoção da saúde.

Compreender as implicações trazidas por esse novo modelo de gestão aos processos de trabalho, assim como aos direitos dos trabalhadores da atenção Básica, e os efeitos e consequências destas no serviço prestado à população é fundamental para a reflexão e proposição de alternativas que deem conta da complexidade da gestão e concretização dos serviços públicos e que estejam alinhadas com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Dessa maneira o presente trabalho objetiva problematizar e analisar quais são as consequências práticas da implementação de Organizações Sociais na gestão da Atenção Básica e na organização coletiva dos trabalhadores do SUS assim como em sua inserção crítica nos processos de trabalho, e os reflexos que esses fatores trazem para os serviços prestados à população.

Partindo da análise dos diferentes vínculos dos trabalhadores com as instituições e da maneira como estes interferem nos direitos trabalhistas, assim como nas condições de trabalho dos profissionais.

Para que a partir da base dos serviços – o profissional de saúde – e de suas condições de trabalhos seja possível analisar os processos de trabalho estabelecidos nas instituições geridas por Organizações Sociais com base na comparação com instituições geridas por servidores públicos estatutários, e compreender as implicações que esse modelo de gestão e suas características trazem para os serviços prestados a população.

O estudo foi realizado por meio de revisão bibliográfica e documental, dividida em quatro tópicos: Reforma Sanitária brasileira e suas estratégias de cuidado; reformas de Estado ocorridas no Brasil a partir dos anos 90; vínculo trabalhista, direitos, condições de trabalho e organização de trabalhadores em saúde diante da implementação de modelos privatizantes de gestão; implicações do modelo de OSs nos serviços de saúde prestados à população.

Importa referir que inicialmente foi cogitada a possibilidade da realização de um trabalho de campo, com realização de entrevistas de atores-chave, para melhor aproximação com o objeto do trabalho. No entanto em função de questões conjunturais do calendário acadêmico de 2012 não foi possível realizá-lo.

Com isso, o trabalho ficou circunscrito à revisão bibliográfica e documental, utilizando, principalmente, artigos publicados em revistas científicas, documentos governamentais e de órgãos do controle público, materiais produzidos por movimentos sociais e matérias jornalísticas que abordassem os tópicos acima elencados.

Mesmo diante desse recorte, uma nova limitação se apresentou: não foi encontrado materiais específicos que abordassem a questão da implementação das OSS no Rio de Janeiro, provavelmente por ser uma experiência recente, bem como não se apresentaram produções sobre as implicações das OSS para a atenção primárias em outros territórios. Com isso, foram analisadas as inferências acadêmicas e a vasta literatura que tratam da implementação de modelos privatizantes no Brasil e na atenção mais especializada ou hospitalar, fazendo ilações e aproximações com a realidade do Rio de Janeiro, apoiada todavia por material de caráter não científico, como entrevistas, produção midiática e de movimentos sociais.

Portanto, apesar de pretendemos contribuir para a reflexão sobre o assunto, reconhecemos que tivemos limitações significativas e que o tema merece ser aprofundado em trabalhos posteriores.

## 1 A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS

### 1.1 O modelo anterior a Reforma Sanitária

Os serviços de saúde pública no Brasil, anteriormente a criação do Sistema Único de Saúde, além de não ser uma garantia universal ao conjunto da população do país, sendo assegurado apenas a pessoas que contribuía para a previdência, eram caracterizados por um modelo de atenção fragmentado entre ações curativas e preventivas, individuais e coletivas, através de práticas assistenciais centralizadas na figura dos hospitais e em procedimentos médicos.

Esta concepção de modelo de atenção à saúde seguia, em parte, a herança do pensamento médico ocidental do século XVIII, descrito por Foucault (1999), fundado no desenvolvimento da clínica e no surgimento do hospital, como forma de compreender a doença a partir da disfunção de seus elementos orgânicos e como espaço privilegiado de intervenção e sistematização de um saber sobre essa doença. De outra parte, as influências da Escola Norte-Americana, via modelo Flexneriano, fundamentado na especialização da medicina orientada ao indivíduo, tiveram profundas repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde. (SCHERER, 2005, p.54).

Tal modelo de atenção organizava seus serviços de saúde a partir do indivíduo e da demanda espontânea por atendimento, geralmente esta demanda se dava pela busca de assistência médico curativa. E o atendimento a população se estruturava com significativa centralidade no espaço hospitalar.

No Brasil, esse modelo esteve presente na assistência filantrópica e na medicina liberal, fortaleceu-se com a expansão da previdência social e consolidou-se com a capitalização da medicina nas últimas décadas do século XX, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Entretanto, não é exclusivo do setor privado, reproduzindo-se, também, no setor público. É predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral e pouco se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população (PAIM, 2003).

Os serviços de saúde pautavam-se pela centralidade na produção de procedimentos médicos, com relativa desvalorização da clínica médica e supervalorização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, geralmente realizados por instituições privadas de saúde e financiados pelo governo. Por organizar seus

serviços a partir da demanda espontânea, não atendia a população que não estava doente ou que não procurava atendimento para procedimentos de prevenção a eventuais problemas de saúde. Conseqüentemente, expressava um modelo de atenção que não garantia a integralidade da atenção nem a descentralização das ações e serviços de saúde.

Além dos motivos decorrentes da própria organização dos serviços de saúde, a forte presença do setor privado em sua estrutura dificultava a articulação entre os níveis de atenção. E era também um dos fatores da insuficiente articulação entre as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, pois promovia uma organização da distribuição de serviços de saúde baseada na necessidade financeira do mercado de saúde.

Tudo isso provocava uma baixa resolutividade dos serviços de saúde, que marcados pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença não prevenia o surgimento de doenças ou o agravamento delas justamente por estar focado nos procedimentos de cura, assim como não promovia a qualidade de vida da população.

De forma geral o conjunto dos serviços de saúde refletiam problemas organizativos e de capacidade resolutiva e o custo de sua manutenção crescia cada vez mais para os cofres públicos, crescia paralelamente a insatisfação dos usuários da saúde pública.

Esse modelo de atenção foi tornando-se insustentável do ponto de vista econômico e social, e grupos de trabalhadores e usuários passaram a se organizar e lutar por melhores condições de saúde. Tal mobilização ficou conhecida como movimento da Reforma Sanitária, e dentre suas reivindicações traziam as bandeiras da saúde como direito do povo e dever do Estado e das necessidades de uma atenção integral a saúde que considerasse os diversos determinantes do processo saúde doença, a partir de um conceito ampliado de saúde, e de um sistema público e único em todo o território nacional que a garantisse.

## 1.2 A Reforma Sanitária e a construção do SUS

A constituição brasileira de 1988 ao estabelecer o Sistema único de Saúde trouxe a possibilidade, garantida legalmente, de construirmos um sistema que assegurasse acesso universal e equânime às ações e serviços necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde e que levasse a melhorias dos níveis de saúde da nossa população e à plena satisfação desta com os serviços ofertados. Dessa maneira,

O SUS, fruto de um processo de longo debate e de lutas por melhores condições de saúde, surge como um novo paradigma na atenção à saúde, cujos princípios e diretrizes rompem com o paradigma clínico flexneriano, porém cria a necessidade de imprimir uma nova forma de produzir e distribuir as ações e serviços de saúde, ou seja, de configurar e definir este novo modelo de atenção em saúde (Scherer et al, 2005).

Portanto, há a necessidade, para a concretização do SUS, da construção de um novo modelo de atenção que atenda aos seus princípios e diretrizes.

Para Mendes (1993), o processo de construção do SUS está delimitado pelo processo de transformação do modelo de atenção a saúde, que o caracteriza em, pelo menos, três dimensões: político-jurídico, político-institucional e político-operacional.

Na primeira dimensão pode-se afirmar que o Sistema Único de Saúde já é uma realidade, tendo em vista seu aparato constitucional. Na segunda, têm avançado significativamente, principalmente a partir do processo de municipalização e descentralização da gestão, com a definição das responsabilidades dos Estados e Municípios nos sistemas locais de saúde. No entanto, a dimensão político-operacional, sem a qual o sistema de saúde não se materializa e, que consiste em

existência de serviços de saúde, públicos e privados, ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e à forma de produção e distribuição destes serviços, numa relação direta e de reciprocidade com uma dada população definida, em termos de suas necessidades, problemas e demandas de atenção à saúde (Scherer apud Castro & Westphal, 2005).

É a dimensão em que estão os maiores desafios, pois diz respeito à inovação das práticas cotidianas de atenção à saúde, de forma a garantir que toda a população tenha acesso aos serviços, e que sua saúde seja compreendida e tratada de forma integral e equânime, através de uma rede hierarquizada composta por serviços resolutivos (SCHERER, 2005).

Dentre as dificuldades para a construção de um modelo de atenção que atenda de forma mais completa os princípios do SUS, as necessidades de saúde da população e que supere as limitações dos modelos vigentes, podemos destacar as alterações dos contextos político-institucionais, decorrentes dentre outros fatores da mudança de governos e gestores dos estados e municípios, e as medidas restritivas de caráter financeiro, a exemplo das limitações e tetos para pagamento de trabalhadores.

Apesar desse contexto e suas limitações, desde a criação do SUS diversas propostas alternativas, decorrentes de saberes da academia e de trabalhadores da saúde, vêm sendo discutidas na tentativa de construir um modelo de atenção que esteja alinhado com os princípios e diretrizes do SUS. Destacam-se, entre outros, o modelo da Oferta Organizada, dos Distritos Sanitários, das Ações Programáticas de Saúde e da Vigilância em Saúde (Mendes, 1999). Mas, apesar da mobilização entorno do assunto, a maior parte dos estudos sobre o tema apontam a insuficiência dos modelos vigentes em responder as complexidades e diversidade dos problemas de saúde da população brasileira (CASANOVA e OLIVEIRA, 2009).

E apesar da importância e diversidade de modelos alternativos de atenção à saúde, ainda é pregnante no Brasil o modelo Médico Assistencial-privatista. Sua permanência tem provocado uma oferta de serviços desigual e descontextualizada dos cidadãos, e gerado respostas pontuais a problemas de saúde e sérias limitações para a garantia de resolutividade, equidade e integralidade, principalmente em função das práticas fragmentadas dentro do sistema de saúde que deveria ser integral.

Com o intuito de buscar soluções para tais problemas e avançar na construção do SUS diversas discussões tem sido travadas em universidades, ambientes de gestão e conferências de saúde e

desde a 8ª CNS discutem-se problemas identificados na prestação da atenção, entre os quais as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a inadequação face às necessidades, a qualidade insatisfatória e a ausência de integralidade das ações. Assim a 10ª CNS, em 1996, o tema central “SUS: construindo um modelo de atenção para a qualidade de vida”. A 11ª CNS, em 2000, apresentou como um dos subtemas de discussão “Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde”. Já na 12ª CNS, em 2003, o tema foi tratado transversalmente na maior parte dos eixos temáticos. Desse modo, diversas iniciativas têm sido empreendidas no sentido de superar tais limites e

construir modelos de atenção mais coerentes com o corpo doutrinário da Reforma Sanitária (PAIM, 2003P.555).

### 1.3 Vigilância em Saúde: Uma proposta para reversão do modelo de atenção

Diante do quadro em que se encontra o sistema de atenção à saúde, caracterizado pela baixa efetividade na prestação de serviços, tornou-se consenso entre estudiosos desse campo que o sistema de saúde brasileiro necessita, sem negar os modelos anteriores, rever a lógica tradicional que ainda o rege e buscar condições para que, de forma permanente, se aproxime dos indivíduos, tornando-se mais humanizado e resolutivo. Dessa maneira, princípios como promoção da saúde, processo de trabalho, qualidade na atenção, intersetorialidade e planejamento local, têm permeado as reflexões em torno da necessidade de reformulação dos modelos assistenciais vigentes (CASANOVA & OLIVEIRA, 2009).

Também tem sido colocada em pauta a necessidade de superação da centralidade na demanda espontânea, através do reconhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população e do planejamento de ações, que incluam ações de prevenção e promoção à saúde, e conseqüentemente a superação da supervalorização da produção de procedimentos para a maior valorização de uma abordagem mais reflexiva, contínua e resolutiva, que permita auxiliar na construção de estratégias mais efetivas.

Nesse sentido, a necessidade de propostas mais abrangentes tem conduzido ao modelo de Vigilância da Saúde, pois

Ao articular o controle de danos, riscos e causas, o modelo da Vigilância da saúde não só sugere uma interação com as vigilâncias, a assistência médica e as políticas públicas transetoriais, mas também aponta para uma possível superação dos modelos hegemônicos no sentido da oferta organizada, das ações programáticas e da intervenção social organizada (Paim, 2000).

A Vigilância da Saúde tem como base de ação o território onde vive a população usuária dos serviços de saúde. O modelo busca compreender os problemas e necessidades de saúde da população e planejar suas ações e serviços de acordo com as condições locais. Contemplando, além do cuidado clínico-epidemiológico no âmbito individual e coletivo o uso de conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias, e as

determinações sociais, que afetam os distintos grupos populacionais, em função de suas condições de vida (TEIXEIRA e COSTA, 2003).

A abrangência da proposta de Vigilância da Saúde dá a está a possibilidade de se tornar referência no processo de reorientação do modelo de atenção. Principalmente tendo em vista a possibilidade de articulação com projetos e ações em curso, a exemplo do processo de municipalização das ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância ambiental em saúde, a partir do VIGISUS (Teixeira, et. AL 1998; Paim 1999).

#### 1.4 Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2006, expressa o intuito do Ministério da Saúde de reorientar a Atenção Básica à Saúde no Brasil e tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

A Estratégia de Saúde da Família pretende organizar os serviços e as práticas profissionais em saúde a partir da lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Dessa maneira constitui-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. E pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a Inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).

Os princípios e propostas da Vigilância em Saúde são fundamentais para a ESF, pois a multiplicidade de aspectos que condicionam o processo saúde doença de uma população exige que a atenção básica organize seu processo de trabalho a partir do território, principal pilar da Vigilância em Saúde, para que seja possível compreender e atuar de forma integral sobre os diversos determinantes de saúde dos indivíduos.

Segundo normativas ministeriais, a exemplo do PNAB, as equipes da ESF são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, que buscam mapear a situação de saúde da população do território em que trabalham. Tal mapeamento instrumentaliza o

processo de planejamento e das ações das equipes, que devem trabalhar de forma integrada para melhorar a situação de saúde da população.

Na prática, a concretização desse trabalho exige a participação democrática dos membros da equipe e a construção de vínculos dos trabalhadores com o território, pois após o processo de mapeamento iniciam-se os projetos e ações da equipe e para isso há a necessidade de desenvolver relações de vínculos e responsabilização entre as equipes e a população adscrita para garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006).

A ESF tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e o planejamento e execução de práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. Ela é composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais (GASTÃO e GUERRERO, 2010).

Dessa maneira é possível que a Estratégia de Saúde da Família se constitua, ainda, como um processo estruturante do modelo de Vigilância em Saúde, pois sua configuração contempla elementos que possibilitam que as equipes de saúde desenvolvam as práticas do modelo. Principalmente porque

O processo de trabalho favorece o planejamento de ações em saúde mais próximas às necessidades percebidas e vivenciadas pela população, nos diferentes territórios, subsidiando a sustentabilidade dos processos de intervenção. A ESF pode assumir, por conseguinte, postura ativa de intervenção em saúde, pois se assenta sobre a visão ampliada do processo saúde-doença, ultrapassando concepções marcadas pelo viés biologizante e curativo. Sob esse aspecto ela possui elementos conceituais capazes de superar o processo de medicalização e redirecionar a atenção à saúde da população numa dimensão ética e pautada em relações de cuidado, por meio do estabelecimento de vínculos com a família e a comunidade (CASANOVA & OLIVEIRA, 2009).

## 1.5 ESF no Município do Rio de Janeiro

O Município do Rio de Janeiro têm características bem específicas no setor saúde, parte delas é herança de sua história e seu importante papel como capital do país até a década de 60, pois sua condição de capital provocou a concentração de um grande número de hospitais públicos no município com o maior número de hospitais federais não universitários do país.

Entretanto, todo esse complexo médico-hospitalar do município tem dificuldades de articulação o que dificulta uma distribuição equitativa dos serviços de saúde. Outro fator importante que caracteriza a saúde pública no município do Rio é sua condição de Metrópole, e a sobrecarga causada em seus serviços em função do atendimento de moradores de municípios vizinhos (MATTOS, 2012).

A história do Sistema de Saúde do município do Rio passou por uma diversidade de conjunturas caracterizadas tanto pela orientação político-ideológica de seus gestores, quanto por orientações e restrições dos níveis Estadual e Federal. Como o recorte temporal deste trabalho localiza-se a partir da década de 90, com o governo de FHC e o incremento das medidas neoliberais no país, que tiveram como ferramenta principal o PDRE, cabe aqui um breve resgate da história das políticas públicas de saúde no município desde então.

Na década de 90 o município sofre com as restrições com gastos sociais impostas pelo governo Federal, principalmente com relação às necessidades de manutenção dos hospitais federais, e em especial com recursos humanos nestas unidades, como solução a esse problema o ministério da saúde incentiva à busca de alternativas privatizantes, a exemplo das fundações privadas de apoio.

Em 1995 com o governo do estado sob gestão de Marcelo Alencar, há a tentativa, por intermédio do programa HELP- Programa de Hospitais em Locais Populares, de implantar nos hospitais estaduais cooperativas semelhantes a Organizações Sociais para fazer a gestão das unidades e fornecer materiais e serviços de infraestrutura necessários às suas atividades (BRAVO & MENEZES, 2007).

O governo seguinte, de Anthony Garotinho, extingue o programa, mas as dificuldades de lidar com a rede hospitalar seguiram e em 2005 durante a prefeitura de Cezar Maia o município vive um momento importante da crise da saúde, pois depois da decisão do então prefeito de devolver ao governo federal 28 unidades de saúde.

O Ministro da Saúde à época, Humberto Sérgio Costa Lima, determinou estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro - Decreto nº 5.392, de 10 de março de 2005 - e requisitou a gestão de quatro hospitais federais que haviam sido municipalizados – Lagoa, Ipanema, Andaraí, Cardoso Fontes - e de dois municipais – Souza Aguiar e Miguel Couto. Além disso, o decreto desabilitou a gestão plena de saúde do município e passou para o Estado a responsabilidade pela gestão (Mattos, 2012).

Em 2007 no primeiro mandato de Sérgio Cabral no governo do Estado há maior articulação com os governos federal e municipal, e o município do Rio recupera a gestão plena da saúde, mas coloca-se em pauta propostas de novos modelos de gestão para os hospitais e em 2007 é escrito o projeto de Lei Complementar 92 das Fundações Estatais do Direito Privado (FEDP).

Além de problemas de gestão e de governabilidade, também configurava o setor saúde a predominância de um modelo de atenção à saúde que segundo o atual secretário municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Hans Dohmann afirmou em palestra na 2ª Reunião de Trabalho da Rede de Desenvolvimento Tecnológico para Território Integrado de Atenção à Saúde (Rede PDTSP Teias) “*considerava a ausência de doenças e não levava em consideração os reais fatores que influenciam no processo de adoecer: Saúde é cidadania, cidadania é saúde*”.

Hans Dohmann afirmou ainda que “*a saúde na cidade era caracterizada pela falta de acompanhamento clínico da população pelas equipes de saúde, com desorganização dos fluxos de atendimento, baixa valorização dos profissionais, poucos agentes comunitários de saúde e número insuficiente de unidades básicas de saúde*”.

Obviamente que tanto as questões da ordem da gestão de recursos e infraestrutura, quanto às de organização do cuidado influenciam no serviço que é prestado ao usuário assim como na resolutividade de seus problemas. A desorganização da rede de serviços no Rio de Janeiro tem causado problemas bem conhecidos pela população. Longas filas, incerteza do atendimento ou da realização do exame necessário, falta de planejamento e promoção de qualidade de vida e a centralidade da doença apresentam-se cotidianamente para o cidadão que procura o serviço de saúde.

Frente a este quadro, em 2009, Eduardo Paes é eleito prefeito do Rio. Sua campanha trazia o lema “*A saúde é prioridade número 1 do nosso governo*”, e com o

objetivo de melhorar os serviços municipais de saúde, seu plano de governo previa na área da saúde a ampliação da rede de serviços e da cobertura da Atenção Básica, neste caso principalmente por intermédio do Programa de Saúde da Família.

A partir de então, no Rio de Janeiro, a Estratégia de Saúde da Família passou a ser o modelo de Atenção Primária a Saúde definido pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da cidade para oferecer serviços fundamentais de saúde à população carioca. No município a estratégia também se organiza a partir de uma base territorial, instalando Unidades de Saúde da Família (USF), Clínicas da Família e outras estruturas de saúde de acordo com o perfil da população adscrita, e essas unidades de saúde pretendem ser a porta de entrada da população no Sistema Único de Saúde.

Durante a gestão do prefeito, segundo dados da prefeitura, a cobertura de atenção primária saiu de 3,5% em 2008 para 27,3% em 2011, deixando de ocupar a pior posição do país. Esse processo deu-se principalmente a partir da ampliação da estrutura física das unidades de saúde, que de acordo com o Plano de Governo (2013-2016) do então prefeito, contou com a construção de 52 Clínicas da Família e reforma de 66 unidades antigas; e com a contratação de Organizações Sociais para fazer a gestão das unidades.

As Organizações Sociais foram implantadas no município pelo atual prefeito que sob o argumento da ineficiência da administração direta aprovou em caráter de urgência a Lei nº 5026 de 19 de maio de 2009 que regulamenta as OSs no Rio de Janeiro. A partir disso diversas entidades passaram a qualificar-se como OSs e a concorrer a editais para a gestão de unidades públicas.

Até o final do ano de 2010, a prefeitura através da COQUALI havia habilitado 27 entidades privadas como OSs, sendo estas em sua maioria para atuar no campo da saúde. Neste mesmo período foram lançados 26 editais referentes à gestão de unidades – majoritariamente Unidades de Pronto Atendimento e Clínicas da Família – e programas de saúde (Mattos, 2012).

No município a administração da maior parte da estrutura pública de saúde na Atenção Básica passou a ser gerida por Organizações Sociais (OSS). O trabalho dessas entidades é regulado por Contrato de Gestão, isto é, através deste se estabelecem os compromissos das entidades para com o município contratante e vice versa. Nestes contratos se afirmam compromissos periódicos, objetivos e metas da entidade, como a quantidade de atendimentos médicos diários, por exemplo.

No entanto, importantes questionamentos de trabalhadores e usuários em relação ao modelo de OSs e seu caráter privatizante têm sido feitos principalmente em relação ao repasse de recursos públicos a entidades privadas que não são obrigadas a fazer licitações para compras e contratação de serviços; e a fragilização dos vínculos dos trabalhadores a partir da contratação via CLT ao invés do RJU.

Portanto, a discussão entorno dessa novidade na gestão de serviços públicos de saúde no município é fundamental para que possamos compreender as implicações que ele traz tanto do ponto de vista dos processos, quanto dos resultados sanitários. Principalmente quando se pretende mudar o modelo de atenção a saúde. Nesse sentido, os capítulos seguintes trarão algumas análises e apontamentos de forma a questionar se o modelo de gestão implantado no Rio permite a mudança de modelo de atenção à saúde pretendida.

## 2 AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Para compreender a forma como se deu a implementação das Organizações sociais na gestão de serviços públicos de saúde é necessário compreender o contexto histórico no qual surge essa proposta de modelo de gestão.

A década de 90 é marcada, no Brasil, pelo agravamento da crise fiscal e da inflação. Somando-se a isso a influência que os países centrais capitalistas e sua política de Estado Mínimo impunham aos países considerados em desenvolvimento e um governo alinhado com o ideário neoliberal, fizeram com que o nosso país assumisse políticas públicas de caráter liberalizantes, sob a alegação de que o Estado de bem Estar não havia sido bem sucedido e havia provocado os problemas econômicos que o país enfrentava.

Os anos 90 apresentam uma complexa conjuntura para a implementação do Sistema Único de Saúde, caracterizada pela necessidade de implementação da agenda construída pelo movimento sanitário nos anos 80, na contra partida de um movimento de políticas econômicas e sociais fortemente marcadas pelo ideário neoliberal (LIMA, 2001). Que no país se expressaram, para a autora

Através de: a) adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, nas medidas de estabilização da moeda; b) privatização de empresas estatais; c) adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, incluindo a agenda de reforma da previdência e a reforma do aparelho do Estado; d) mudanças nas relações de trabalho, com aumento do segmento informal, do desemprego estrutural e "fragilização" do movimento sindical; entre outras (2001, p.1).

No Brasil, principalmente a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002), foram introduzidas uma série de alterações significativas no modo de pensar a gestão da máquina pública e a oferta dos serviços sociais. Como forma de enfrentar os problemas da gestão pública e de superar o modelo burocrático da administração, o governo colocou em prática a chamada Administração Gerencial, que consistia basicamente na divisão das funções do Estado em setores e a caracterização de quais se consideravam estratégicas, e que sendo assim só poderiam ser administradas pelo Estado, e quais apesar de serem consideradas importantes por relacionarem-se com

direitos humanos fundamentais, deviam ser financiadas, mas não necessariamente administradas pelo Estado.

Desta forma, sob o argumento de ineficiência da administração direta Estatal, abria-se um espaço maior para a iniciativa privada, que passava a poder atuar também nos serviços sociais como educação, saúde e cultura e se diminuiria a intervenção do Estado na prestação desses serviços, passando a ser somente a de financiamento e regulação.

## 2.1 Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado laborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, em 1995, foi aprovado no mesmo ano pela Câmara da Reforma do Estado e pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso.

Foi uma ferramenta utilizada pelo governo federal para legitimar as mudanças chamadas gerenciais, pois o documento diagnosticava uma crise do Estado, que existiria em função do modelo de desenvolvimento que o país havia adotado. Fortemente presente no setor produtivo, o Estado havia desviado de suas funções básicas, o que teria provocado uma deterioração dos serviços públicos além do agravamento da crise fiscal e conseqüentemente da inflação.

O documento apresentou uma distinção entre os principais setores característicos de ação do Estado, que seriam o Núcleo Estratégico, que abrangeria o Legislativo, Judiciário, Presidência da República, o primeiro escalão dos Ministérios e o Ministério Público e onde seriam formuladas leis e políticas públicas, entre outras decisões estratégicas; As Atividades Exclusivas do Estado, que são: Regulamentação, Fiscalização, Fomento, Segurança Pública e Seguridade Social Básica; e Os Serviços Não Exclusivos, que são os serviços sociais de forma geral como educação, saúde e cultura.

Essa distinção serviu de base para a análise, baseada nas características particulares, do tipo de propriedade e de administração que cada um desses setores deveria ter. Dessa forma definiu-se que o Núcleo Estratégico que tem como objetivo ser

eficaz une a administração burocrática a gerencial, enquanto que os outros setores que tem o objetivo de serem eficientes utilizam somente a administração gerencial.

Quanto à propriedade o documento definiu que no Núcleo Estratégico e as Atividades Exclusivas só podem ser estatais, enquanto que os Serviços Não Exclusivos, por não utilizarem o poder do Estado não devem ser estatais, por outro lado não podem ser totalmente privados porque são financiados pelo Estado devido ao fato de serem considerados direitos humanos. Dessa forma a melhor forma de propriedade para este setor seria a propriedade pública não estatal, pois assim gozam de maior autonomia administrativa.

Nesse sentido, o documento destaca que a reforma do aparelho do Estado seria fundamental para resgatar a autonomia financeira e a capacidade do Estado de implementar políticas públicas, e que através dela seria feito o ajustamento fiscal, reformas econômicas orientadas para o mercado, reforma da previdência social, além de reformas na administração pública que permitissem uma administração gerencial.

Como, segundo o documento, assumir diretamente funções de execução não havia dado certo, tendo causado os problemas já citados, a solução para tais problemas, assim como a garantia para evitar que se repetissem, também estaria na Reforma do Estado. Pois por meio dela se daria à transferência para o setor privado de atividades que pudessem ser controladas pelo mercado e para o setor “público não estatal”, a execução de serviços que embora devam ser financiados pelo Estado, não envolve o poder do Estado e, portanto, podem ser executadas por entidades públicas de direito privado.

Dessa forma o Estado reduziria o seu papel de executor, permanecendo apenas no Núcleo Estratégico e nas Atividades Exclusivas do Estado, mantendo-se como provedor e regulador, que deve financiar, regulamentar e fiscalizar os serviços prestados por outrem.

Busca-se com isso o fortalecimento das funções de regulamentação e coordenação, e descentraliza-se para os níveis Estadual e Municipal as funções executivas dos serviços sociais e de infraestrutura. Para tal os estados e municípios teriam um aumento na dotação orçamentária que recebem.

A área da saúde por estar, segundo o documento, dentro dos serviços não exclusivos do Estado, para ser mais eficientes, deveria também ter sua execução administrada por entidades públicas não estatais, nesse caso especificamente por Organizações Sociais que seriam “*entidades de direito privado que, por iniciativa do poder executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito a dotação orçamentária*” (BRASIL, 1995).

A proposta de transformar entidades estatais de serviços em Organizações Sociais está dentro do projeto de “publicização”, a partir do qual se acreditava possível aumentar a eficiência dos serviços sociais devido ao fato destas instituições ganharem autonomia na gestão de suas receitas, assim como ao fato de a concorrência estimular a eficiência das mesmas.

A maior eficiência das Organizações Sociais estaria baseada nos contratos de gestão e na cobrança a posteriori e ao fato das OS não seguirem a legislação pública estatal de compras e licitações, mas a lei geral de licitações e poderem ainda contratar pessoal via Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Essas alterações de caráter gerencial dariam as OS a autonomia necessária para reavivar a eficiência dos serviços sociais, enfraquecidos em função da crise do Estado gerada pela administração burocrática.

E o controle a posteriori, feito pelo poder executivo, e baseado no contrato de gestão e nos acordos e metas estabelecidas garantiria que as entidades não fossem apropriadas por grupos para atender a interesses individuais (BRASIL, 1995).

Apesar do amplo apoio político e legitimação legal que as propostas do Plano Diretor tiveram do governo federal, a efetivação dos projetos relacionados à área da saúde de forma geral não foi de imediato, tendo somente alguns estados e mesmo hospitais isoladamente aderido ao modelo logo após a edição da Medida Provisória que cria as OS, em 1998. O exemplo mais recorrente e de maior abrangência se refere à implantação do modelo de gestão da assistência à saúde através da criação da figura das Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Estado de São Paulo em 1998, inicialmente voltada à assistência hospitalar, e mais tarde estendida a unidades ambulatoriais, de análises clínicas e a centros de atendimento a grupos específicos, respondendo por expressiva parcela do volume de serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde naquele estado sob o comando da esfera estadual (Levi, 2009).

## 2.2 Saúde no governo Lula

Com a eleição de Lula para presidente da República em 2002, esperava-se que o projeto privatista do governo anterior fosse freado e que a área da saúde passasse a ser planejada a partir dos pressupostos do movimento de Reforma Sanitária. No entanto, o que se observou foi uma disputa constante entre as duas concepções, a reformista e a privatista. A primeira, expressa, com exemplos, como a escolha de pessoas comprometidas com o projeto de Reforma Sanitária para o segundo escalão do Ministério da Saúde, o estabelecimento de representantes da CUT para a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde, e como convocação antecipada em um ano da 12ª Conferência Nacional de Saúde (A 12ª CNS tinha “o objetivo principal de reafirmar o direito à saúde”, com os principais temas divididos em eixos temáticos relacionados a diretrizes da Reforma Sanitária. Conferência Nacional de Saúde, 2004).

A segunda concepção se concretizava com a continuidade da política de saúde baseada na focalização, na precarização e na terceirização de recursos humanos, e no desfinanciamento (BRAVO, 2004). Observa-se após o distanciamento histórico, que diante essa correlação de forças, o primeiro mandato de Lula se caracterizou mais pela reafirmação e continuidade de políticas anteriores, e não pelo investimento em reformas estruturais e de caráter integralizante no SUS.

O segundo mandato é marcado pela apresentação e apoio, por parte do ministro da Saúde José Gomes Temporão, de novos modelos jurídico-institucionais para a rede pública de hospitais. O mais relevante foi o projeto de Fundações Públicas de Direito Privado, apresentado no programa Mais Saúde do Ministério da Saúde – também chamado de “PAC da Saúde” (Brasil, 2010) –, que orientava as políticas públicas de saúde na época, e concretizado através do encaminhamento em 2007 do Projeto de Lei Complementar nº 92 (PLP 92/2007) ao Congresso Nacional. Apesar de ter sido reprovado na 13ª Conferência Nacional de Saúde o projeto foi mantido no Programa, caracterizando-se, pois, como um desrespeito à participação social e uma banalização de espaços legítimos de formulação democrática de políticas.

Apesar da tramitação do Projeto de Lei das Fundações Estatais de Direito Privado ter sido paralisada no Congresso Nacional em função de uma ampla mobilização nacional, a partir de 2007, em alguns estados e municípios, como Bahia e

Sergipe, foram aprovadas leis específicas e implementadas as Fundações. Também nesse período, em outros entes federativos foram expandidas a adoção de modelos de gestão privatizantes, como as Organizações Sociais (Oss) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).

O segundo mandato de Lula encerra-se ainda com a edição, na última semana, da Medida Provisória nº520/2010 em 31/12/2010, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), propondo “uma modelagem jurídico-institucional para a prestação dos serviços administrativos e médico-hospitalares pelos hospitais universitários da administração pública federal” (Brasil, 2010), permitindo a contratação de trabalhadores via CLT e o uso de regulamentações específicas para licitações e contratos de compras e serviços. Tal projeto também abre brechas para que a nova empresa seja habilitada para administrar qualquer outra unidade hospitalar do SUS.

### 2.3 Saúde no governo Dilma

Dilma é eleita à presidência da República, e com o apoio de Lula, já se esperava que a candidata desse continuidade aos projetos de seu antecessor. Na saúde a presidente manteve as políticas setoriais e focais anteriores, e avançou em projetos apresentados por Lula relacionados a implementação de novos modelos de gestão.

Com a não aprovação no período regimental da MP 520/2010, editada por Lula, Dilma reapresenta a proposta no formato de Projeto de Lei (PL 1749/2011), para enfim criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com sua tramitação concluída no Congresso Nacional em dezembro de 2011 (Brasil, 2011).

Além da centralidade em políticas setoriais e focais o governo Dilma tem mantido o padrão dos governos anteriores de baixa intervenção concreta no sistema de saúde nas esferas subnacionais, no que se refere a posicionamento político em relação às políticas privatizantes cada vez mais amplas nesses entes. A imobilidade política do Ministério da Saúde - afinal são recursos federais que financiam boa parte dessas políticas – não contribuiu para tornar o SUS mais integrado e eficiente e assim garantir o direito da população à saúde. Isso é agravado com outras escolhas do atual governo e de sua base aliada, como a aprovação recuada da regulamentação da Emenda

Constitucional nº 29, e o contingenciamento orçamentário do Ministério da Saúde em 2012.

#### 2.4 Escolhas Político Gerenciais no Rio de Janeiro a partir de 2009

A cidade do Rio de Janeiro tem refletido nos últimos anos as políticas desenvolvidas no âmbito federal. Na área da saúde, sob o governo do prefeito Eduardo Paes (2009-2012), o município ampliou as parcerias público privadas, especialmente através da contratação de Organizações Sociais para a administração de serviços de saúde.

Com a aprovação da Lei nº 5026 de 19 de maio de 2009, a prefeitura do Rio de Janeiro passou a poder firmar contrato com pessoas jurídicas de direito privado, qualificadas como Organizações Sociais. A Lei também dispõe sobre os requisitos para que entidades se qualifiquem como OS, sobre organização do Conselho de Administração dessas entidades, do Contrato de Gestão dessas com o governo municipal, e do fomento as atividades sociais.

A atual gestão municipal aumentou significativamente a cobertura da Estratégia de Saúde da Família a partir da construção de prédios e outros equipamentos de saúde. Entretanto, não investiu em recursos humanos próprios de forma a garantir quadros suficientes e motivados para o serviço. E sob o argumento de ineficiência e baixa qualidade gerencial dos serviços públicos entregou a gestão da maior parte da estrutura pública de saúde Básica às Organizações Sociais.

O que se tem observado desde a entrada das OS na gestão de tais serviços é que, apesar da sua eficiência desejada pela prefeitura e pela secretaria de saúde do município com a mudança do modelo de gestão, velhos problemas persistem, como a longa espera por atendimento nos postos de saúde, hospitais e UPAS em função da falta de médicos e a demora na marcação de consultas em especialidades. Não obstante, novos problemas são criados como o pagamento de salários maiores para trabalhadores não concursados terceirizados e a compra de materiais a preços muito acima dos normalmente cobrados no mercado, muitas vezes feitas sem licitações, como comprovam análises do TCM (G1, 2012).

Esses novos problemas se tornam ainda mais complexos se avaliarmos do ponto de vista dos processos de trabalho das unidades de saúde e dos serviços prestados a população. Pois implicam, por exemplo, na menor intervenção dos trabalhadores nos processos, já que esses não têm garantido sua estabilidade podendo ser despedidos por motivos pessoais e/ou políticos. E a rotatividade dos profissionais atrapalha a manutenção de projetos nos territórios.

### 3 GESTÃO DE RH E PRECARIZAÇÃO

Com o avanço das políticas neoliberais e a consequente redução do Estado nas áreas sociais a partir dos anos 90, a implementação da agenda do movimento de Reforma Sanitária nesse período se deu numa conjuntura complexa. Assim, a construção do SUS reflete de várias maneiras o novo cenário político, sendo possível observar tanto avanços quanto dificuldades em áreas estratégicas para a implementação do sistema de saúde (LIMA, 2001).

Nesse contexto a descentralização de serviços e gestão do SUS para Estados e Municípios, apesar de ser entendida como estruturante para as políticas nacionais de saúde, encontra desde seu nascedouro sérias dificuldades de se realizar plenamente de acordo com as perspectivas do movimento da Reforma Sanitária, que advoga que a diretriz da descentralização deve sempre estar atrelada a questões mais abrangentes, como a estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais (Teixeira, 1990), e a perspectiva de construção de sistema, implicando o estabelecimento de relações interinstituições, interníveis de governo e interserviços (Viana, 1995).

É certo, porém que, mesmo com tais dificuldades e eivado de contradições, a descentralização brasileira conseguiu avançar no plano prático, muito porque descentralizar também é preceito preconizado pelos ideais neoliberais, apesar de ter base político-ideológicas diferentes e outros enfoques e intenções, e dessa forma se construiu relativo consenso a cerca da descentralização que favoreceu o avanço desse processo (LIMA, 2001).

O processo de descentralização que predominou no Brasil foi do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também de gestão, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal (LIMA, 2001). Com o avanço desse processo observou-se um aumento dos estabelecimentos públicos de saúde e de empregos públicos nos municípios devidos, principalmente, a expansão da atenção básica (JUNQUEIRA ET AL, 2010).

A necessidade dos municípios ampliarem seus quadros profissionais porém foi condicionada por algumas restrições do governo federal, entre elas, e principalmente, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que determina um limite de 60% de gastos com recursos humanos para os municípios. Ainda à época, e orientada também pelo governo Federal como ação coordenada com a LRF, são apresentadas alternativas de utilização

de outras formas de contratação, como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), que permitissem maior “autonomia e flexibilidade” na gestão dos Recursos Humanos, e a não contabilização como gastos de pessoal dentro dos limites da LRF, coerente com a nova caracterização do Estado proposto pelas Reformas neoliberais.

Dessa maneira iniciou-se um processo de desvalorização e restrição da contratação de trabalhadores regidos pelo Regime Jurídico Único dos servidores (RJU), garantido constitucionalmente aos servidores da administração pública direta. Importa destacar que o RJU foi elaborado originalmente orientado para garantir: a inserção em empregos públicos a partir de concurso ou processo seletivo público como forma de promover um processo mais democrático de acesso a empregos públicos, assim como a entrada de quadros profissionais mais qualificados; plano de carreira como forma de incentivar a produtividade e qualidade do trabalho; e a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários e da estabilidade empregatícia como forma de valorização da força de trabalho, no sentido de gerar maior satisfação com o trabalho, e de possibilitar maior compreensão do processo de trabalho, necessária para a intervenção consciente e crítica no mesmo. Ou seja, condições que os legisladores acreditavam favorecer assim a implementação das políticas públicas, como o SUS.

Porém, de forma inversa e contraditória, o Estado brasileiro à época, expande e incentiva a contratação para as funções públicas através dos mais diversos tipos de vínculos empregatícios e formas de seleção, quebrando a unicidade de regime pretendida pelo RJU. De forma geral nesses novos dispositivos, os trabalhadores são selecionados sem a realização de concursos pública – através de outras formas de seleção como entrevista e indicação – e com vínculos que não garantem direitos trabalhistas e/ou sociais nem a estabilidade no emprego.

Os defensores da utilização de Organizações Sociais e OSCIPs na gestão de serviços públicos de saúde argumentam que a maior autonomia e flexibilidade da gestão de Recursos Humanos que o modelo traz são exatamente por tornar possível a partir da contratação de trabalhadores por outros regimes que não o RJU, a exemplo do regime de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Veem como um “avanço” a possibilidade de contratação de forma mais flexível sem a obrigatoriedade de realização de concurso público exigido pelo RJU e pela Constituição Federal para cargos públicos, pois dessa maneira os critérios de seleção podem ser escolhidos de acordo com os interesses do

gestor. Como outra “modernização”, alegam que os trabalhadores geridos por tais modelos têm sua estabilidade profissional flexibilizada, podendo ser contratados e demitidos de acordo com as necessidades percebidas pelo gestor do serviço (BRESSER-PEREIRA, 1997; BRASIL, 1997).

Percebe-se dessa maneira a conformação de um cenário contraditório no SUS, pois ao passo que o processo de descentralização pretende promover maior adequação dos serviços de saúde às realidades locais a partir de uma maior autonomia e participação dos trabalhadores, a conformação de novas formas de contratação e vínculos precarizantes dificulta a participação do trabalhador como sujeito capaz de analisar seu contexto de trabalho, identificar problemas e tomar decisões comprometidas apenas com a melhora dos serviços prestados e não com a necessidade de manutenção de seu cargo.

Para Barbosa a não garantia de estabilidade empregatícia, possibilitada pelo modelo de Organizações Sociais, promoveria o aumento da produtividade dos trabalhadores, já que, estes, interessados em manter seus cargos seriam mais facilmente explorados pela gestão do serviço para que se alcance as metas estabelecidas no Contrato de Gestão, dessa maneira, o autor afirma que

As vantagens competitivas observadas pelo modelo OSS decorrem de uma maior autonomia na contratação de seus recursos humanos e em sua capacidade de usar esta autonomia para promover rápida reposição de pessoal e **explorar**, com base nesta autonomia, uma maior capacidade de utilização destes recursos, uso este condicionado pelos compromissos estabelecidos nos contratos de gestão, que fixam metas de produção e de produtividade a estas unidades (2010, p.9).

Tal análise, segundo Mattos, não considera, entretanto, que a configuração do modelo de Organizações Sociais não abarca a possibilidade de construção de planos de cargos, carreiras e salários e que esse fato somado aos processos de trabalho baseados na lógica do produtivismo gera, mesmo em situações em que oferece salários mais atrativos que o mercado, um alto índice de rotatividade de profissionais. Para a autora

Desfavorecidas pelo próprio Estado, as políticas sociais públicas são submetidas à lógica e ao interesse do mercado. Disto resulta a intensificação da precarização do trabalho no serviço público pelo fim da estabilidade ao permitir contratos por CLT. A consequência é alta rotatividade de profissionais o que compromete a continuidade e qualidade do serviço

prestado. O prejuízo à população usuário advém, ainda, da necessidade exclusiva do cumprimento de metas quantitativas sem qualquer compromisso com a qualidade do atendimento à saúde (2012, p. 162).

Configura-se, dessa maneira, ainda, um prejuízo no serviço prestado a população já que a lógica quantitativa do modelo somada a alta rotatividade dos profissionais dificulta a continuidade de projetos, tal fato foi constatado inclusive pelo Ministério da Saúde, que em 2006 lançou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) e em um dos documentos de apresentação do programa, ao analisar a situação dos vínculos precários dos trabalhadores do nosso sistema de saúde, afirma

Em uma área considerada essencial, como a saúde, a ausência desses direitos e benefícios ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas programas de atenção à saúde da população (2006, BRASIL).

Tanto o CONASS e quanto o Conasems acompanham as diretrizes do DesprecarizaSUS, assinando conjuntamente com o Ministério da Saúde os documentos do Programa, e também editam documentos que apontam a questão da precarização como um eixo central a ser enfrentado para consolidação do SUS (BRASIL, 2007; BRASIL, 2004). Existem ainda diversos acórdãos e orientações dos órgãos de controle público voltados para substituição da mão de obra terceirizada por funcionários concursados, consubstanciado em diversos TAC (termos de ajuste de conduta) entre Ministérios Públicos e órgãos gestores das três esferas de gestão, praticamente obrigando à desterceirização.

No entanto, apesar desse aparente consenso criado nos início dos anos 2000, nos anos mais recentes tem havido uma verdadeira “epidemia” de terceirização (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011), a maioria delas sendo realizadas através de novas modalidades jurídicas de gestão, de orientação radicada na reforma bresseriana (OS e OSCIP), ou em similares mais recentes e atualizadas (Fundações de direito privado e Empresas estatais).

Com a expansão desses novos modelos gerencialistas nos últimos anos, tem havido um processo de expansão no SUS de trabalhadores precarizados pelos mais diversos tipos de vínculos, e uma desaceleração na criação de novos postos de trabalho

para o quadro de funcionários públicos regidos pelo RJU. Em alguns casos há até diminuição desse quadro, com o incentivo a demissões voluntárias em prol da substituição por terceirizados.

Esse incremento está associado a um conjunto de medidas caracterizadas como reforma oficial e outras associadas, ao que Nogueira (1999) denomina como reforma informal, tais como a

terceirização de serviços finais através de empresas privadas, de cooperativas de funcionários, cooperativas de agentes comunitários, etc.; “triangulação” através de fundações de apoio, Organizações Não Governamentais vinculadas ao Estado e outras entidades; uso indiscriminado de contratos temporários e cargos comissionados; Contratação de pessoal permanente mediante mecanismos precários, tais como bolsas de trabalho, pró-labore, etc (1999,p.9).

Esse processo é prejudicial aos trabalhadores, pois através da dispensa de concurso público para contratação de pessoal, abre-se margem para o clientelismo nos processos de contratação, bem como para a precarização do trabalho frente à flexibilização dos vínculos, além da formação de “currais eleitorais” em diversos estados e municípios do país, suprimindo o caráter democrático do concurso público e a meritocracia (BRAVO, 2009; JUNIOR, 2011).

Apesar de esses novos aparatos serem defendidos por alguns gestores como uma saída republicana para o problema de RH no SUS, inclusive argumentando que diminuem a precarização, são diversos os indícios de que tanto do ponto de vista dos direitos trabalhistas, da eficiência gestora, bem como da qualidade do cuidado, essas novas experiências têm se mostrado prejudiciais.

Há ainda uma enorme lacuna acadêmica sobre os efeitos dessas iniciativas privatizantes sobre o sistema de saúde e seus trabalhadores, mas relatos de órgãos de controle e de movimentos sociais organizados tem cada vez mais se avolumado, demonstrando o quão contraditório tem sido a implementação do SUS através de estruturas privadas ou pseudo estatais.

Um importante exemplo é o Documento: “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, elaborado pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2011), e que traz um relatório dos prejuízos causados pelas Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

(OSCIPs) no sistema de saúde pública. Entre os fatos relatados no documento estão prejuízos causados por tais modelos a sociedade, aos trabalhadores e ao Erário. O documento traz denúncias de desvio e má utilização de recursos nessas entidades em função da dispensa de licitações para processos de compra e contratação de serviços; de serviços que embora estejam sendo pagos pelos Estados não estão sendo realizados; e de precarização do trabalho em saúde.

Este último ponto, a precarização, principalmente em função dos prejuízos causados aos trabalhadores no que diz respeito à perda de direitos trabalhistas e vantagens, absorvidos nos regimes jurídicos dos servidores, quais sejam: vencimentos Garantidos por lei, conforme planos de cargos e salários prescritos pela lei 8.142/90 do SUS; recebimento de salário nunca inferior ao mínimo nacional; garantia de isonomia salarial de acordo com nível de escolaridade, cargos assemelhados e complexidade da função (Bravo, 2009).

O Rio de Janeiro segue essa tendência privatizante, contraditória ao SUS, e a partir da necessidade real de ampliação da cobertura da atenção básica, e de atender aos Termos de Ajuste de Conduta que o Ministério Público impõe ao gestor municipal do Rio de acabar com sua terceirização por cooperativas, associações e Organizações Não Governamentais (ONGs), o governo municipal opta por contratar trabalhadores e infraestrutura por intermédio de OS (Lei nº 5026). E dessa maneira reproduz o processo de precarização do trabalho em saúde que acontece em todo o país.

No município do Rio as OSs passaram a ser utilizadas na gestão de equipamentos públicos de saúde a partir de 2009, primeiro mandato do atual prefeito. O modelo de gestão tem sido amplamente utilizado na atenção Básica.

Embora o atual governo explicita em documentos oficiais e falas públicas seu compromisso com a ampliação e melhora dos serviços de saúde, principalmente por intermédio da atenção básica e tendo a Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo de atenção a saúde, sua escolha pelo modelo de OSs traz questões importantes e que complexificam esse processo.

O trabalho das OSs no Rio é regulado por contrato de gestão, isto é, através dele se estabelecem os compromissos das entidades para com o município contratante e vice versa. Nestes contratos afirmam-se compromissos periódicos objetivos e metas da entidade, como a quantidade de atendimentos médicos diários, por exemplo. Segue, de

forma geral, o modelo produtivista, gerencial, que fere muitas vezes a implementação efetiva do modelo de cuidado baseado na identificação de prioridades e necessidades do território.

O contrato de gestão é um instrumento que reflete a lógica do Estado Gerencialista e não executor, mas financiador dos serviços sociais. Desta maneira o Estado regula a atuação das entidades contratadas basicamente pelo cumprimento ou não das metas previstas no contrato, não se levando em conta os processos, mas os resultados. Há ainda a possibilidade de aquisição de bens e serviços sem processos licitatórios, assim como a desobrigação de prestar contas a órgãos externos da administração ou ao Controle Social, porque essas são atribuições do Conselho Administrativo, que funciona como as OSs determinarem, abrindo inclusive precedentes para o desvio do Erário (BRAVO, 2009).

Dessa maneira, indícios de perda de eficiência através de compras superfaturadas e corrupção nos processos de compra, já verificados pelo TCM-RJ, podem ser consequências da autonomia para a gestão de recursos públicos dados a tais entidades privadas.

Mesmo assim, a lógica do atual governo considera que apenas os resultados são importantes, ou melhor, os números produzidos pelas entidades, a quantidade de consultas e não a qualidade desta ou os processos a partir dos quais são viabilizadas. O orçamento orientado para o pagamento de OSs tem continuamente aumentado desde 2009, tendo o município em 2012 destinado cerca de um quarto do total dos recursos da saúde para estas instituições, e a promessa de campanha do prefeito reeleito em finais de 2012 de ampliação da cobertura da ESF através de OSs.

Com a utilização do modelo, apresentam-se também, questões da ordem da organização do trabalho como a estratificação dos trabalhadores da saúde em função, dentre outras questões, dos maiores salários pagos aos trabalhadores da OSs em relação aos servidores concursados, e do privilégio dos profissionais médicos, que recebem os maiores salários da equipe, o que dentro da lógica da Saúde da Família não se explica já que sua concepção de saúde vai além dos procedimentos médicos. Isto é, o médico no modelo de OSs têm sua atuação restringida à realização de consultas e visitas domiciliares, duas ações mais valorizadas de forma geral pelos contratos de gestão, combinados a isso os maiores salários desses profissionais promove um deslocamento do foco da atenção básica, que é a prevenção e promoção da saúde, para os

procedimentos médico-centrados, como a realização de consultas, já que estes são quantificáveis e por isso constam nos contratos de gestão.

Embora ainda não haja estudos sistematizados sobre a utilização de OSs no Rio de Janeiro, as questões apontadas acima levam a possibilidades de questionamentos a respeito da viabilidade da melhoria da qualidade dos serviços de saúde do município, assim como a reorientação da Atenção básica por intermédio da Estratégia de Saúde da Família com a utilização deste modelo.

#### 4 MODELO DE GESTÃO *VERSUS* MODELO DE ATENÇÃO

A expansão da utilização das OSs, reflexo do avanço do processo de Reforma Neoliberal do Estado, tem se mostrado antagônico aos princípios do SUS e da Reforma Sanitária em diversos aspectos, mas fundamentalmente por expressarem concepções distintas de Estado. O SUS está alinhado com uma visão de sociedade em que o bem estar do povo está em primeiro lugar, enquanto que a Reforma do Estado supõe que por intermédio do mérito e do consumo se obterá saúde, pois supõe que as políticas sociais podem ser desenvolvidas de modo análogo aos serviços privados. Na área de serviços públicos, a expressão desse processo se dá pela desobrigação do Estado em prover diretamente os direitos sociais historicamente conquistados pelo povo.

O que se pretende aqui é a adaptação da gestão do estado à concepção de "estado mínimo", onde suas funções se restringem àquelas ligadas aos negócios jurídicos, de segurança e administração próprias do governo. A reforma administrativa para o setor saúde pode-se concluir, não saiu da cabeça iluminada de alguns burocratas de plantão no palácio, é a materialização da proposta neoliberal que se tem para o país, direcionada então para a mercantilização do setor saúde (Graneman, 2007).

Nesse sentido, propostas como as Organizações Sociais dão materialidade a um novo modelo de sistema de saúde, que atende ao desvio gerencialista ao organizar seus serviços a partir da lógica do mercado ferindo assim os princípios do SUS, principalmente porque deixa de ser organizado a partir dos usuários e passa a ser centralizado em procedimentos e metas quantificáveis, mas que não necessariamente atendem as necessidades de saúde dos usuários. Também segue o preceito liberal da focalização do cuidado, ou seja, o Estado provendo ou financiando serviços de saúde apenas para as pessoas que não podem pagar pelos planos de saúde.

Existe a possibilidade de a população ser prejudicada em relação ao acesso aos serviços de saúde a serem prestados pelas OSs, pela tendência à crescente diminuição de oferta de serviços neste tipo de gestão que tem como lógica o lucro. As Organizações Sociais trabalham com metas. Se houver uma demanda maior do que a meta estabelecida no contrato de gestão firmado, as necessidades da população serão negadas porque estarão fora das metas contratualizadas. Para as entidades privadas, os recursos financeiros estão acimadas necessidades da população (Correia, 2011).

O modelo de gestão mostra-se assim incompatível com a proposta de reorientação da Atenção Básica e a busca por um modelo de atenção à saúde centrado no usuário, na vigilância da saúde, no território e nos diversos determinantes do processo saúde doença, principalmente porque sua lógica de metas focadas em procedimentos médicos reafirma um modelo de saúde centrado na doença.

Isso porque as *flexibilidades* trazidas pelo modelo se confrontam em várias dimensões com a Estratégia de Saúde da Família e com um modelo de atenção promotor de saúde. Exemplos disso são:

- a grande rotatividade de profissionais que dificulta a conformação de vínculos com a comunidade, indispensáveis ao processo de identificação dos problemas de saúde do território e de planejamento das ações da equipe;

- a dificuldade de organizar uma rede de referência e contra referência articulada em função da diversidade de entidades responsáveis pela gestão dos serviços de saúde;

- a precarização do trabalho, tanto em função dos vínculos precários como da organização do processo de trabalho baseado em metas e a intensiva cobrança quantitativa, que dificulta a participação crítica dos trabalhadores, por estarem sujeitos permanentemente à demissão por ordem pessoal ou política, e enfraquece seu poder de organização como classe, sobretudo diante do cenário de serem contratados por várias instituições privadas com diversos padrões de salários e contratos trabalhistas, o que dificulta seu reconhecimento como pertencente a uma única categoria;

- a limitação e desvalorização da participação comunitária na organização e Controle Social dos serviços. A Lei 9.637/98 não contempla os controles próprios do regular funcionamento da Administração Pública e não se prevê sequer o Controle Social. Desconsidera resoluções de diversas instâncias do Controle Social dos estados, municípios e da nação, como é o caso da deliberação do Conselho Nacional de Saúde nº 001, de 10 de março de 2005, contrária “à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS) [...]”(BRASIL, 2005).

- se apresenta como um grande risco para a efetivação dos direitos sociais, ameaçando assim a perda do que foram conquistadas através lutas sociais: a constitucionalidade do direito à saúde. São amplos os exemplos de sucateamento dos

serviços públicos nos estados e municípios que implantaram as OSs, onde se constata a quebra de acesso aos serviços de saúde (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

Diante deste quadro, a utilização das OSS não só não instrumentaliza o processo de mudança do modelo de atenção como reafirma o modelo centrado na doença e confunde trabalhadores e usuários do sistema de saúde que diante dos números divulgados pelo governo e do desconhecimento da realidade concreta pensam que o serviço prestado está melhorando, quando na verdade, apesar da expansão de estruturas físicas, as novas unidades de saúde permanecem com falta de médicos e medicamentos, as filas permanecem e a demora do atendimento e o sofrimento da população se perpetuam. Isso porque a melhora da qualidade dos serviços de saúde não se realiza no modelo de gestão utilizado, pois este fundamentalmente tem a doença como fonte de lucro.

Diante dos fatos não é difícil identificar que as Organizações Sociais, assim como qualquer outro modelo privatizante, são antagônicas com os princípios do SUS e de modelos de atenção que promovam a saúde a partir da equidade e da integralidade de suas ações. Isso se explica pelo entendimento de saúde intrínseco a cada um: no SUS se entende a saúde como direito universal e dever do Estado, enquanto que as OSS baseiam-se na ideia de que a saúde possa ser vendida e comprada e assim mercantilizam um direito tão fundamental, garantido constitucionalmente e historicamente conquistado pelo povo.

Essa incompatibilidade de concepções de políticas públicas, sociedade e saúde têm sido questionadas desde a ocasião da formulação legal das Organizações Sociais. Os movimentos sociais, Conferências e Conselhos de Saúde rejeitaram fortemente tanto a Lei de criação das OS, quanto à implementação pelos Estados e Municípios desse instrumento, utilizando argumentos diversos, tanto os relacionados aos riscos ao direito à saúde e ao cuidado de qualidade, quanto aqueles que criticam o repasse de fundos públicos para entidades privadas executarem um serviço entendido como de responsabilidade exclusiva do Estado. Há ainda arguições quanto à constitucionalidade da lei de criação das OS, com ADIN 1.923/98, ajuizada pelos Partidos PT e PDT (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

Embora o julgamento de tal ação esteja tramitando no Supremo Tribunal Federal há cerca de 14 anos, com apenas 2 votos dos seus Ministros, existem diversas evidências que indicam que as defesas jurídicas e econômicas das Organizações Sociais também não se sustentam frente aos prejuízos causados pelo modelo ao SUS (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

Só pra citar algumas práticas irregulares das OSs frente à Constituição estão:

-A transferência de serviços públicos a administração de entidades privadas, quando o que está previsto na constituição em seu artigo 199 é que a oferta de tais serviços é dever diretamente do Estado e que é a possibilidade de recorrer a serviços ofertados pela iniciativa privada é uma opção somente “Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial a população de determinada área”, isto é, a utilização em caráter complementar de serviços privados e não substitutivos como vem sendo feito com a utilização de OSs (JUNIOR, 2011).

-A possibilidade do modelo de fazer compras e contratar serviços sem licitação não leva em consideração o art. 37, XXI, da CF/88, que “visa à proteção do patrimônio público, à garantia da moralidade administrativa e do tratamento isonômico de todos os que contratam com a administração e que impõe o dever de licitação pública para a realização de gastos com recursos do erário” e dessa forma colocam em risco a integridade do patrimônio público (MPF, 2010). Além de abrir margem para desvio e corrupção de recursos públicos.

Em todos os estados e municípios onde esse tipo de gestão já foi instalado existem denúncias de desvios de recursos públicos sendo investigadas pelo Ministério Público Estadual e/ou pelo Ministério Público Federal (CORREIA, 2011).

-A contratação, por intermédio das OSs, de trabalhadores sem concurso público, abrindo precedentes para o clientelismo, assim como para a precarização do trabalho frente à flexibilização dos vínculos. Além de favorecer a criação de “currais eleitorais” nos estados e municípios (JUNIOR, 2011).

Mesmo diante destas questões, enquanto a ação de inconstitucionalidade das OSs não é julgada pelo STF, o processo de desconstrução do SUS avança em todo o país em governos de variadas orientações político ideológicas, pois enquanto não

houver uma decisão do Supremo contrária à utilização do modelo não podem ser acusados de estarem cometendo ilícitudes (CORREIA, 2011).

No Rio de Janeiro a entrega da administração de serviços públicos de saúde a OSs já tem apresentado problemas semelhantes aos que ocorrem em outros municípios onde o modelo é utilizado. Diversas irregularidades já foram observadas tanto por trabalhadores, como pelos usuários, movimentos sociais, Ministério Público, órgãos de controle e parlamentares comprometidos com a saúde pública. São irregularidades relacionadas ao cuidado, às condições de trabalho, no campo da gestão e até de desvios de recursos e corrupção.

Segundo apuração do TCM, em 2011 pelo menos 20% das equipes nas Clínicas de Saúde da Família estavam sem médicos.

O jornal “O Dia” do dia 16 de agosto de 2011 em uma de suas matérias mostrou que os salários oferecidos pelas OSs aos médicos são maiores que os pagos aos servidores públicos concursados, o piso das OSs é de R\$ 7,5 mil, enquanto que os servidores públicos recebem em média R\$1,8 mil. Segundo o jornal, mesmo assim o *Programa Saúde da Família da prefeitura esbarra na falta de médicos. Apesar dos bons salários oferecidos, entre R\$ 7,5mil e R\$15 mil, Organizações Sociais (OSs) contratadas para administrar Clínicas da Família e UPAs têm dificuldades para completar suas equipes.*

Paulo Pinheiro vereador do PSOL e vice-presidente da Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social da Câmara de vereadores do Rio, afirmou ao jornal que a perspectiva de um emprego sem possibilidade de ascensão estimula a rotatividade e a permanência de quadros incompletos. Ele aponta a necessidade de recomposição do quadro de servidores da área de Saúde, por meio de novos concursos, a implementação de um plano de cargos, carreiras e salários e o reajuste das remunerações, com valores compatíveis com o mercado.

Relatório do Tribunal de Contas do Município sobre entidades contratadas para gerirem Unidades de Pronto Atendimento municipais revelou gastos excessivos os *preços pagos por essas instituições através de repasses do município por serviços, medicamentos e produtos, são muito maiores do que os valores desembolsados pela Prefeitura do Rio em unidades de saúde administradas diretamente pelo poder público.*

### O relatório do TCM aponta que

a prefeitura paga, através do Iabas, 56% a mais por serviços de limpeza, 168% por remédios (antibióticos, antitérmicos, analgésicos e anti-inflamatórios) e 51% a mais por gases medicinais do que nos centros de saúde. Em um ano, poderiam ser economizados pelo menos R\$ 411 mil, caso os preços fossem iguais aos dos produtos e serviços adquiridos diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde (jornal “O Dia” 25 de outubro de 2011).

Outro apontamento: além dos valores muito maiores pagos pelas OSs na compra de insumos, a falta de medicamentos e a dificuldade de marcar e fazer consultas nas unidades de saúde geridas por essas entidades permanece sendo uma realidade.

Paciente do Centro Municipal de Saúde Belizario Penna, em Campo Grande, Michele Machado, 31 anos, sofre de depressão. E também com a falta de remédios na farmácia do posto. Psiquiatra lhe receitou cloridato de fluoxetina há 8 meses, mas ela nunca encontrou o remédio no posto, apesar de o item estar na lista obrigatória do Ministério da Saúde (jornal “O Dia” 25 de outubro de 2011).

Esses fatos reafirmam que, apesar da defesa econômica e gerencial das OSs feita pela Prefeitura, é bastante provável de que o modelo OSS tenha fragilidades do ponto de vista da gestão financeira, quando em comparações com a gestão de unidades de saúde diretamente pelo ente estatal. Invariavelmente a defesa das OS se baseia na afirmação de que as unidades de saúde por elas geridas têm melhores indicadores de desempenho no gerenciamento de recursos do que as unidades geridas diretamente pelo setor público. Contudo, indícios apontam de que o modelo tem se mostrado menos eficiente do que a administração direta em vários aspectos. E têm demonstrado representar mais o interesse os interesses da iniciativa privada, proporcionando-lhe lucro através da mercantilização de políticas de saúde (MATTOS, 2012), do que da população usuária que permanece sofrendo na busca por atendimento.

Assim, a adoção das OS e sua flexibilização – leia-se dispensa de licitações e profissionais contratados sem concurso público – diminuiria o burocratismo típico da administração pública, dando agilidade e eficiência ao atendimento. O que se percebe, na verdade, é a saúde submetida à lógica do mercado de produtivismo com a imposição de metas diárias de atendimento para os profissionais de saúde (Mattos, 2012).

Tal perda de eficiência, coadunado com a incompatibilidade do modelo OS com a proposta de cuidado preconizada pelo SUS, parecem comprometer bastante a pretensão afirmada pela atual prefeitura do Rio de Janeiro, de *ampliar e melhorar* os serviços de saúde do município através da Estratégia de Saúde da Família através de OS. Buscar transformar a lógica da atenção a saúde voltada para a doença no sentido de um modelo de atenção voltado para a qualidade de vida e promoção da saúde, parece não ser possível dentro do modelo das OSs.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre novos modelos de gestão para as políticas públicas, e para o SUS em particular, versa para os defensores dos modelos privatizantes (OSs, OSCIPs, Fundações de direito privado, etc) sobre como sua implementação poderá trazer ganhos de eficiência e qualidade para o serviço e para a população, visto que o modelo público de gestão não é bom. Junto com isso, vem ainda a crítica àqueles que se opõe a esses modelos, de serem “ideológicos”, e no referente aos trabalhadores e sindicatos resistentes, de serem corporativos e defenderem benesses e vícios.

Este trabalho se posiciona no outro vértice, procurando mostrar: 1) que a melhoria de qualidade dos serviços e a eficiência dos gastos públicos estão longe de serem alcançados quando da implementação desses dispositivos; 2) que a queixa dos trabalhadores diante desses novos modelos é motivada por condições reais de ataque a seus direitos; 3) e por fim, que a própria precarização dos trabalhadores, dialeticamente influi na qualidade do cuidado ao cidadão.

Porém, algumas condições limitaram a pesquisa. Primeiro, o próprio caráter de ineditismo do objeto da pesquisa no que se refere ao território de nossa investigação, pois muito em função da implementação ainda recentes das Organizações Sociais na área da saúde do Rio de Janeiro, há ainda pouco acúmulo de discussão, debate e estudos, o que dificultou o acesso a outros materiais que permitissem dialogar com nossos questionamentos. Por outro lado, condições fáticas relacionadas à distância na EPSJV em 2012 inviabilizaram a possibilidade de realizar trabalho de campo, que poderia compensar parcialmente a pouca produção atual sobre o tema. Assim, o presente trabalho não se pretende conclusivo, e apresenta diversas lacunas a serem preenchidas futuramente tanto pelo aprofundamento teórico, quanto pela observação e análise da realidade concreta que se conforma a partir da utilização desse modelo de gestão na atenção básica do Rio de Janeiro. O aprofundamento dessa discussão se apresenta como fundamental e urgente, tanto em função da propalada intenção do governo municipal de expandir o modelo OS, mas também frente a constatação de que, cada vez mais, estratégias desse tipo têm sido adotadas em outros territórios, por todo o Brasil.

No entanto, a partir da revisão de literatura, de análise de materiais produzidos por movimentos sociais, órgãos de controle e matérias jornalísticas, foi possível algumas encontrar pistas e levantar algumas questões sobre os impactos da

implementação das OS, na âmbito nacional e no município do Rio de Janeiro. Destacamos a constatação de que a entrega de serviços sociais a entidades privadas coaduna com a desresponsabilização do Estado de questões que constitucionalmente lhe são próprias e com a proposta neoliberal de diminuição do papel do Estado nas áreas sociais, o que implica na ameaça à efetivação de direitos sociais historicamente conquistados pela classe trabalhadora (MATTOS et al, 2012).

O Rio de Janeiro, a partir do governo Paes – claramente alinhado com os ideais gerencialistas – entregou a gestão de serviços de saúde pública a OSs e justifica tal escolha através do questionável argumento de ineficiência do Estado nesse âmbito.

No entanto, apesar do pequeno período de tempo desde a entrega dos equipamentos de saúde municipais às OSs, já existem indícios e fatos que apontam a menor eficiência deste modelo em relação à administração direta. Assim como as novas dificuldades trazidas pelo modelo para a área da saúde no município.

Tais dificuldades se configuram especialmente em relação à Estratégia de Saúde da Família, que tem várias dimensões de seu funcionamento limitadas pelo novo modelo de gestão. Dessa maneira é possível questionar de diversas formas a viabilidade de mudança do modelo de atenção no município e a busca de um modelo mais integral e equânime diante da entrega da gestão a entidades privadas. Principalmente tendo em vista que a privatização da saúde confronta a constituição brasileira e os princípios do SUS, pois pretende organizar os serviços de saúde a partir da lógica do mercado dificultando assim a realização da saúde como um direito universal.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, Nelson Bezerra. **Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado**, Goiás, Ciência e Saúde Coletiva, 2010.

BRASIL. **Projeto de Lei Complementar 92, de 13 de julho de 2007 - Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público (“Fundações estatais de direito privado”)**. Acesso em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=360082> em 09 de setembro de 2012.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010 - Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências**. Acesso em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm) em 09 de setembro de 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**. Acesso em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm) em 09 de setembro de 2012

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei 1749, de 05 de julho de 2011 - Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. – EBSEH e dá outras providências**. Acesso em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=511029> em 09 de setembro de 2012

\_\_\_\_\_. MARE. Secretaria da reforma do estado. **Organizações sociais**. Brasília: MARE, 1997. 74 p. (Cadernos MARE da Reforma do Estado; v. 2)

\_\_\_\_\_. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. 1995. Acesso em <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf> em 11 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. 5ª Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 164 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

\_\_\_\_\_. Conferência Nacional de Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS : **DesprecarizaSUS : perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Saúde. Deliberação nº001, de março de 2005.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 5. Brasília: CONASS, 2007. 116p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Carta de Natal**. Documento político aprovado no plenário do XX Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Natal, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília/DF 2007.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. Política de Saúde no Rio de Janeiro: Algumas reflexões a partir dos anos 1980. In: **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. BRAVO, M. I. S. *et al* (org.). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

\_\_\_\_\_, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58 p. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, v. 1.)

CASANOVA, Ângela Oliveira; OLIVEIRA, Cátia Martins. **Vigilância da Saúde no espaço de práticas da atenção básica**, Rio de Janeiro: Fiocruz, Ciência e Saúde Coletiva, 2009.

CASTRO, C.G.J.; WESTPHAL, M.F. Modelo de atenção. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Orgs.) **Gestão de serviços de saúde**. São Paulo: EDUSP, 2001. p.91-111.

CORREIA, Maria Valéria Costa Correia. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.

COSTA, E.A. **Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas**. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003. (Cooperação Técnica ISC/Anvisa).

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. Documento: “contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil”. In: **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011.

\_\_\_\_\_. **FUNDAÇÕES ESTATAIS: PROJETO DE ESTADO DO CAPITAL**. In: **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. BRAVO, M. I. S. *et al* (org.). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

G1 GLOBO.COM. **TCM acha prejuízo de milhões de reais em contratos na Saúde do Rio**. Acesso em <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/04/tcm-acha-prejuizo-de-milhoes-de-reais-em-contratos-na-saude-do-rio.html> em 10 de julho de 2012

JUNIOR, Francisco Batista. **Gestão do SUS: O que fazer?** In: **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. BRAVO, M. I. S. *et al* (org.). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

LIMA, Luciana Dias; LEVCOVITZ, Eduardo; MACHADO, Cristiani Vieira. **Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas**, Rio de Janeiro: UERJ, Ciência e Saúde Coletiva, 2001.

MATTOS, Vivian de Almeida. **Serviço Social – cotidiano profissional das unidades de pronto atendimento geridas por Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

MATTOS, Vivian Almeida; CARDOSO, Aline Miranda; OLIVEIRA, Verênica Cristina. **“SAÚDE PRESENTE”, ESTADO AUSENTE? a contrarreforma do Estado em curso no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

MOLINARO, Alex Alexandre. **Do Estado Gerencial Ao Estado Precário: O Emprego Público Federal Na Década De 1990**. 2004, 126p, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 2001, Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Problemas de gestão do trabalho do SUS**. Acesso em [http://www.google.com/interstitial?url=http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas\\_gestao\\_regulacao.pdf](http://www.google.com/interstitial?url=http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas_gestao_regulacao.pdf) , em 25 de agosto de 2012.

PAHIM, Maria Luiza Levi. **Organizações Sociais de Saúde do estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde** / Maria Luiza Levi Pahim. -- São Paulo, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes. **SUS: MODELOS ASSISTENCIAIS E VIGILÂNCIA DA SAÚDE**, Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador/BA. 2009.

PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **Neoliberalismo e Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em:  
<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>> Acesso em 09/06/2011.

*SCHERER, et al. Rupturas e Resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a Estratégia de Saúde da Família com base nas categorias Kuhnianas, Interface, Comunic. Saúde. Educ, 2005.*

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A.L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, VII(2): 7-28, 1998.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. Reforma do Estado e política social: notas à margem do tema. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.