



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

VIVIANE MEDEIROS DOS SANTOS

**AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (OSs) E A PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS DO ESTADO
BRASILEIRO**

Maceió
2014

VIVIANE MEDEIROS DOS SANTOS

**AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (OSs) E A PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS DO ESTADO
BRASILEIRO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientador(a): Maria Valéria Costa
Correia

Maceió
2014

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Maria Helena Mendes Lessa

S237o Santos, Viviane Medeiros dos.
As organizações sociais (OSs) e a privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto de contrarreformas do estado brasileiro / Viviane Medeiros dos Santos. – Maceió, 2014.
142 f. : il.
Orientadora: Maria Valéria Costa Correia.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2014.
Bibliografia: f. 136-142.

1. Organizações sociais . 2. Crise do capital. 3. Sistema Única de Saúde (SUS). 4. Contrarreforma. 5. Privatização. I. Título.

CDU: 364

VIVIANE MEDEIROS DOS SANTOS

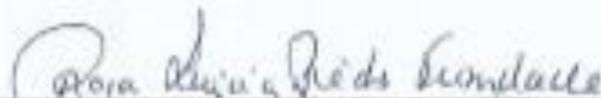
AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS (OSs) E A PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS DO ESTADO BRASILEIRO

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

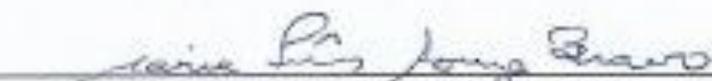
Banca Examinadora:



Prof. Dra. Maria Valéria Costa Correia (Orientadora)
Faculdade de Serviço Social da UFAL



Rosa Lúcia Prêdes Trindade
Faculdade de Serviço Social da UFAL



Prof. Dra. Maria Inês Souza Bravo
Faculdade de Serviço Social da UERJ

Maceió
2014

AGRADECIMENTOS

Ao final desta jornada, de aprendizado, leituras, debates, produções... regadas a choros e risos... de longas madrugadas de estudo, de descobertas, de amizades e adversidades, não poderia deixar de agradecer às pessoas que contribuíram para a concretização deste trabalho, sob diversas formas de atenção, carinho, força e incentivo que recebi. Considerando o risco de ser injusta, me arriscarei a nomear algumas pessoas que se fizeram importantes na conclusão desta dissertação.

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Valéria Correia, a quem devo reconhecimento e gratidão. Primeiro, por me encorajar, quando eu mesma duvidava que pudesse ir além; seus conselhos e estímulos foram, sem dúvidas, imprescindíveis para a continuidade da minha trajetória acadêmica. Agradeço, assim, mais uma vez por ter aceitado o desafio de estar junto comigo em mais uma jornada, que começou muito antes do mestrado, há seis anos, quando tive a oportunidade de integrar o Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais, sob sua coordenação. Agradeço pelo compromisso de sempre, pela paciência, companheirismo e pelas preciosas contribuições para o fortalecimento das reflexões aqui apresentadas.

Às professoras e doutoras Rosa Prêdes (UFAL) e Maria Inês de Souza Bravo (UERJ), por terem aceitado prontamente compor as bancas de qualificação e defesa e, principalmente, pelas significativas observações, sugestões e contribuições para a melhoria do debate acerca da privatização da política de saúde.

À minha família: à minha mãe, a quem devo a pessoa que sou, com as qualidades e defeitos que só ela entende, e por compreender as minhas ausências em longos fins de semanas que não passamos juntas. Ao meu padrasto, pelas conversas instigantes sobre política, economia e tudo mais que estivesse em pauta. Aos meus irmãos, pelos momentos de descontração e apoio, que me ajudaram a recarregar as forças para prosseguir no meu caminho, especialmente a meu irmão Valdemir e à minha cunhada Kelli, por nos terem dado nosso presente mais lindo e precioso, meu sobrinho Humberto.

Aos meus avós, pelo incentivo aos meus estudos, proporcionando-me um lar durante todo o período da minha vida acadêmica, sem o qual eu não teria a tranquilidade necessária para produzir, bem como pela paciência em meus ataques

de nervosismo decorrentes da elaboração da dissertação, mas, sobretudo, pelo carinho, amor, apoio e cuidado de sempre.

Aos colegas do mestrado, que acompanharam esta caminhada, por compartilharem as angústias e as alegrias, pelos instigantes debates decorrentes dos inúmeros trabalhos e pela ajuda mútua, em especial a Rita, Maricelly, Danielle e Fernando.

Às amigas Verônica, Idalina, Edja, Bete, e ao amigo Lucas, com quem dividi os momentos da graduação, pela amizade, pela sempre presente companhia, mesmo na distância, nos telefonemas de apoio, pela descontração, mas, sobretudo, pelo que vocês são e significam para mim.

A todas as pesquisadoras do Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais, pelo companheirismo, amizade e saber compartilhado, em especial a Clara, pela amizade e pelo auxílio nas horas em que eu mais necessitava.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes, pela concessão da bolsa de estudo, possibilitando o acesso aos livros, aos eventos e a dedicação aos estudos.

Aos professores do mestrado, pelo conhecimento compartilhado, que foi de grande valia para meu desenvolvimento acadêmico durante o mestrado.

Ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, a todos os funcionários e estagiárias, pela atenção e disponibilidade, em especial à Quitéria, pela simpatia contagiante e pela ajuda de sempre.

Enfim, agradeço a todos que passaram pela minha vida e deixaram seu estímulo e carinho.

Desconfiai do mais trivial, na
aparência singelo. E examinaí, sobretudo, o
que parece habitual. Suplicamos
expressamente: não aceiteis o que é de
hábito como coisa natural, pois em tempo de
desordem sangrenta, de confusão
organizada, de arbitrariedade consciente, de
humanidade desumanizada, nada deve
parecer natural, nada deve parecer
impossível de mudar.

Bertolt Brecht

RESUMO

O presente trabalho objetiva analisar *As Organizações Sociais (OSs) e a Privatização do SUS no contexto de contrarreformas do Estado brasileiro*, visando identificar os reais interesses das OSs na prestação dos serviços de saúde do Brasil. O estudo teve como objetivo, inicialmente, inserir o debate sobre os novos modelos de gestão, sobretudo o modelo das OSs, no contexto mais amplo da crise do capital. Para alcançar o objetivo proposto recorreu-se à pesquisa bibliográfica, necessária à compreensão mais ampla de como tem se dado a privatização da saúde no contexto brasileiro de contrarreformas. Lançou-se mão, também, da pesquisa documental, a partir da consulta aos inquéritos civis elaborados pelos órgãos de controle interno e externo – Ministério Público Federal e Estadual, Tribunais de Contas dos Estados e da União – e de denúncias publicadas em jornais da mídia impressa e eletrônica. A pesquisa demonstrou que o ajuste estrutural do Estado, materializado nas contrarreformas, tem reproduzido os interesses de acumulação do capital através da priorização de políticas macroeconômicas e da privatização e mercantilização de políticas sociais, especial da política de saúde, esvaziando seu caráter público e universal, em que este, no intuito de manter suas taxas de acumulação, tem se apropriado do fundo público privadamente por diversas formas. No caso específico deste trabalho, destaca-se que a implementação do modelo das OSs tem se apresentado como uma das formas de apropriação do fundo público, especialmente na área da saúde. Com base nos dados da pesquisa, constatou-se que, diferentemente do discurso dos governos de uma maior eficiência dos serviços e otimização de recursos, a implantação do modelo das OSs nas unidades de saúde pública vem ocorrendo sob o lastro de inúmeras denúncias, de maiores gastos, ineficiência na prestação dos serviços e perdas trabalhistas. Todavia, foi verificado que a implementação e a ampliação desse modelo não vêm se dando sem resistências. A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde tem sido protagonista neste processo.

Palavras-chave: Organizações Sociais. Crise do capital. SUS. Contrarreforma. Privatização.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the Social Organizations (OSs) and the SUS Privatization in This paper aims to analyze the Social Organizations (OSs) and the SUS Privatization in contrarreformas context of the Brazilian state, to identify the real interests of OSs in the provision of health services in Brazil. The study aimed to initially enter the debate on the new management models, especially the model of OSs, in the broader context of the crisis of capital. To achieve the proposed objective resorted to literature, necessary to the broader understanding of how has given the privatization of health in the Brazilian context of contrarreformas. It employed, too, the documentary research, based on consultation with civil inquiries prepared by the organs of internal and external control - Federal and State Prosecutors Office, Audit Courts of the States and the Union - and reports published in media newspapers print and electronic. Research has shown that structural adjustment state, embodied in contrarreformas, has played the accumulation of capital interests by prioritizing macroeconomic policies and the privatization and commodification of social policies, especially health policy, emptying its public and universal character, in this, in order to maintain their rates of accumulation, has appropriated the public fund privately in many ways. In the specific case of this study, it is emphasized that the implementation of the OSs model has emerged as one of the forms of appropriation of public funds, especially in health. Based on the survey data, it was found that, unlike the speech of governments to greater efficiency of services and optimization of resources, implementation of the model of OSs in public health units has occurred under the ballast numerous complaints from higher spending, inefficiency in service delivery and labor losses. However, it was found that the implementation and expansion of this model does not come without giving up resistors. The National Front against the Privatization of Health has been protagonist in this process.

Keywords: Social Organizations. Capital crisis. SUS. Counter. Privatization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Quadro Comparativo entre Modelos de Gestão para a Saúde. Fonte: elaboração própria.....	118
Figura 2 – Mapa 1 – Contratação de serviço de saúde através de Organização Social – 2013.....	122
Figura 3 – Mapa 2 – Mapeamento do número de unidades geridas por OSs no Brasil – 2014.....	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Procedimentos Hospitalares do SUS (Média/Alta Complexidade). Fonte: Elaboração Própria.....	102
Tabela 2 – Produção Ambulatorial do SUS – Brasil. Fonte: Elaboração própria.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
FEDP	Fundação Estatal do Direito Privado
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FNCPS	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IED	Investimentos Externos Diretos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MP	Medida Provisória
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
MTP	Ministério Público do Trabalho
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil

OCDE	Organização Europeia para o Comércio e Desenvolvimento
OMC	Organização Mundial do Comércio
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PDRE	Plano de Reforma do Aparelho do Estado
PIB	Produto Interno Bruto
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PL	Projeto de Lei
PLP	Projeto de Lei Complementar
PNP	Programa Nacional de Publicização
PPP	Parceria Público-Privada
PT	Partido dos Trabalhadores
RJ	Rio de Janeiro
RJU	Regime Jurídico Único
SP	São Paulo
STF	Supremo Tribunal Federal
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. AS POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO DE CRISE DO CAPITAL, FINANCEIRIZAÇÃO E NEOLIBERALISMO	19
1.1 Crise do capital e reestruturação produtiva, financeirização e neoliberalismo	19
1.2 Neoliberalismo e as políticas sociais	50
2. A PRIVATIZAÇÃO DO SUS NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS DO ESTADO BRASILEIRO VIA OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO NA SAÚDE	59
2.1. A constituição do SUS e o Movimento de Reforma Sanitária	60
2.2. As contrarreformas na política de saúde e novos modelos de gestão	73
2.2.1 A contrarreforma nos governos de FHC e a privatização do SUS	79
2.2.2 A contrarreforma do Estado nos governos do PT: tendências regressivas na política de saúde	92
3. A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE VIA OSs: retrocessos no SUS	105
3.1 As Organizações Sociais na saúde: apropriação privada do fundo público	105
3.2 Os reflexos das OSs na gestão do SUS: contradições e prejuízos	115
3.2.1 Contradições que envolvem a justificativa para implantação das OSs	115
3.2.2 Panorama das OSs no Brasil	122
3.2.3 Prejuízos com a implantação das OSs.....	126
3.3 As resistências ao processo de privatização do SUS via OSs: o protagonismo da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS	145

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de estudo “As Organizações Sociais (OSs) e a Privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto de contrarreformas do Estado brasileiro”. O interesse pelo tema mencionado deve-se à minha inserção, desde o segundo ano da graduação, no grupo de pesquisa intitulado “Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais”, coordenado pela Profa. Dra. Maria Valéria Costa Correia¹, a partir do desenvolvimento dos projetos de iniciação científica “A privatização do Sistema Único de Saúde em Alagoas: repasse de recursos públicos para o setor filantrópico/privado e o controle social”, e do projeto de pesquisa “A privatização do Sistema Único de Saúde: repasse de recursos públicos para o setor filantrópico/privado e os novos modelos de gestão”, dos quais fui bolsista pelo *Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica* (PIBIC). A aproximação com o tema das Organizações Sociais (OSs) também se deu a partir da inserção no Projeto de Extensão “Acompanhamento às mobilizações e ao funcionamento do Fórum em defesa do SUS”, desenvolvido no referido grupo de pesquisa. Neste projeto colaborei na atualização do documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as OSs no Brasil”, da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

A escolha da pesquisa pelo modelo de gestão das Organizações Sociais na saúde não se deu de modo aleatório. Optou-se por discorrer sobre as OSs por ser este o modelo de gestão mais consolidado e disseminado como forma de privatização do Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa desenvolvida partiu dos seguintes questionamentos: como tem ocorrido a privatização da saúde através da implantação das OSs como novo modelo de gestão, no contexto de contrarreformas do Estado brasileiro? Quais os interesses do capital presentes na área da saúde com os novos modelos de gestão, especialmente com as OSs? E quais os retrocessos para o SUS com a implementação das OSs como modelo de gestão?

A forma de privatização que se discute neste trabalho foge dos parâmetros conceituais da privatização clássica, em que o Estado abdica de ser o próprio agente econômico produtivo e empresarial, através da venda direta dos serviços para empresas. Parte-se do pressuposto de que a privatização via OSs realiza-se

¹ Professora Doutora da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas.

mediante uma transmutação das velhas formas de privatização, conceituadas por alguns autores como *privatizações não clássicas*, “porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão com mais e não menos Estado!” (GRANEMANN, 2011, p. 54).

Assim, este trabalho investigativo tem como objetivo geral analisar os interesses do capital na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) através da implementação das Organizações Sociais (OSs). E como objetivos específicos: situar o processo de privatização da saúde, a partir dos novos modelos de gestão, no contexto de crise do capital e de contrarreformas do Estado brasileiro; identificar os interesses do capital na área da saúde com os novos modelos de gestão, especialmente com a implantação das OSs; investigar quais os retrocessos para o SUS advindos do processo de implementação das Organizações Sociais como modelo de gestão na saúde.

No que se refere ao procedimento metodológico desta pesquisa, optou-se pela pesquisa de natureza exploratória, em virtude da pouca produção teórica crítica acerca do objeto, na tentativa de apreender o movimento da realidade. Para se alcançar os objetivos gerais e específicos definidos neste trabalho, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica abrangendo as referências teóricas fundamentais para a análise dos interesses do capital expressos nos novos modelos de gestão – especialmente com a implantação das OSs –, no contexto de crise do capital e de contrarreformas do Estado brasileiro.

A pesquisa documental deu-se a partir da consulta aos inquéritos civis, elaborados pelos órgãos de controle interno e externo – Ministério Público Federal e Estadual, Tribunais de Contas dos Estados e da União –, e de denúncias publicadas em jornais da mídia impressa e eletrônica, que explicitam os retrocessos para o SUS advindos do processo de implementação das Organizações Sociais como modelo de gestão na saúde. Utilizou-se a pesquisa documental também para acessar a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), vinculado ao Ministério da Saúde, bem como do relatório da Pesquisa de Informações Básicas Estaduais – Perfil dos Estados Brasileiros (Estadic/IBGE) do ano de 2013. Tais informações permitiram, respectivamente, o levantamento do número de unidades

de saúde administradas por OSs no Brasil e dos estados brasileiros que contratam estas entidades para gerir suas unidades de saúde.

As contradições em que se acha imerso o objeto com suas múltiplas determinações e estrutura necessitou de um embasamento do método histórico-dialético marxiano, visto ser este o que melhor consegue apreender as íntimas relações que envolvem o objeto de pesquisa, possibilitando descortiná-lo para além de sua aparência fenomênica. Netto (2011) ressalta que o objeto de pesquisa tem uma existência objetiva que independe da consciência do pesquisador. De acordo com esse autor, é preciso ir além da aparência dos fenômenos – imediata e empírica – para apreender a essência – a estrutura e a dinâmica do objeto. Já segundo Marx, o método de pesquisa “tem de captar detalhadamente a matéria, analisar as suas várias formas de evolução e rastrear sua conexão íntima; só depois de concluído esse trabalho é que se pode expor adequadamente o movimento real” (MARX, 1985, p. 20). Diante da dinamicidade e complexidade da realidade em que se encontra o objeto, torna-se necessário um processo de abstração que possa ir além da aparência – imediata e empírica – para que se consiga alcançar sua essência, “sua estrutura e dinâmica (mais exatamente: para apreendê-lo como um processo)” (NETTO, 2011, p. 25). Marx considerou esse processo de abstração como “o caminho de volta”, em que depois de alcançadas as determinações mais simples do processo, realiza-se a viagem de retorno, buscando apreendê-lo em sua totalidade de determinações e relações diversas².

O presente trabalho foi desenvolvido em três seções. Na primeira, intitulada “As políticas sociais no contexto de crise do capital, financeirização e neoliberalismo”, procurou-se ilustrar o panorama geral em que estão assentadas as mudanças nas políticas sociais, do ponto de vista global. Estas vêm ocorrendo desde a crise estrutural do capital mundial, nos anos 1970, e repercutem em todos os aspectos da vida social. Destacam-se as mudanças no setor produtivo determinadas pela crise, com o processo de reestruturação produtiva e de financeirização do capital, processo que tem fortes implicações para as políticas sociais, expressas na captura do fundo público pelo capital financeiro. Analisa-se também a influência da ofensiva neoliberal nos ajustes estruturais do Estado, haja vista que estes têm repercutido no planejamento e na execução das políticas sociais

²Cf. Netto (2011).

– como é o caso da política de saúde.

Na segunda seção, intitulada “A privatização da saúde no contexto de contrarreformas do Estado via novos modelos de gestão”, realizou-se um estudo sobre o contexto socioeconômico e político em que está imerso o processo de privatização do SUS, tendo como mediação as contrarreformas do Estado brasileiro, marco da desestruturação na política de saúde, efetivadas com a implantação de modelos de gestão privatizantes. Após resgatar o processo de conquista do SUS, protagonizado pelo Movimento da Reforma Sanitária, marco da trajetória da política de saúde brasileira, adentrou-se no cenário que configura as diretrizes da atual política de saúde, com ênfase na privatização do SUS pelos novos modelos de gestão; estes constituem novos espaços de valorização do capital.

Por fim, na terceira seção, intitulada “A privatização da saúde via OSs: retrocessos no SUS”, discute-se a apropriação privada do fundo público da saúde via privatização da gestão, bem como os reflexos e prejuízos ao SUS advindos da adoção das OSs na gestão das unidades de saúde. Após pesquisa documental em inquéritos civis, elaborados pelos órgãos de controle interno e externo – Ministério Público Federal e Estadual, Tribunais de Contas dos Estados e da União –, e de denúncias publicadas em jornais, constataram-se os reflexos da privatização do SUS com a transferência da gestão para as OSs. Ressaltou-se também o protagonismo de novos sujeitos políticos coletivos, que vêm resistindo ao processo de privatização da saúde pública, destacando-se o importante papel da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS). Esta congrega movimentos sociais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários, num movimento contra-hegemônico em defesa da saúde pública/estatal e contra a privatização, retomando as bandeiras e princípios defendidos pela Reforma Sanitária Brasileira.

Desvendar os processos que se apresentam na política de saúde – no contexto do capitalismo contemporâneo e sob a égide neoliberal de restrição de direitos, privatização e precarização das políticas públicas – fornece uma importante contribuição para o Serviço Social, pois a saúde pública é uma das áreas que mais empregam esse profissional. Esta nova configuração da política de saúde tem trazido impactos para usuários e profissionais de saúde, visto que 75% da população brasileira usam exclusivamente o SUS. Os impactos sobre o trabalho dos

assistentes sociais³ tem se apresentado “em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais” (PARÂMETROS DA ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2010, p. 21). A profissão, nessa conjuntura, tem por desafio articular os demais profissionais da saúde e movimentos sociais em defesa do projeto da Reforma Sanitária⁴.

Assim, a realização deste trabalho visa contribuir para desvendar os reais interesses do capital – aqui personificados nas Organizações Sociais – na política de saúde brasileira e seus reflexos no desmonte do SUS. A discussão torna-se relevante no debate contemporâneo sobre a consolidação e universalização da saúde, em meio ao cenário regressivo de grandes ofensivas, muitas vezes veladas. Esta dissertação busca, portanto, contribuir com os movimentos sociais que têm resistido a todo esse processo, nas estratégias coletivas que possuem como perspectiva o fortalecimento do SUS baseado no projeto da Reforma Sanitária.

³ Nesse sentido, o estudo de Mattos (2012) é relevante. A autora busca “analisar o exercício profissional dos assistentes sociais inseridos nas unidades de pronto atendimento (UPA) municipais da cidade do Rio de Janeiro geridas por Organizações Sociais (OS), visando identificar os reais limites e possibilidades colocados para a efetivação do projeto ético-político do Serviço Social brasileiro”.

⁴ Cf. PARÂMETROS DA ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2010.

1. AS POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO DE CRISE DO CAPITAL, FINANCEIRIZAÇÃO E NEOLIBERALISMO

A análise do objeto deste trabalho – *As Organizações Sociais (OSs) e a privatização do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto de contrarreformas do estado brasileiro* – requer algumas mediações necessárias à sua compreensão. Esta seção se propõe a abordar um dos objetivos específicos desta pesquisa: *fazer um estudo bibliográfico que situe os interesses do capital no processo de privatização*. A fim de alcançar tal objetivo, busca-se abordar alguns aspectos que perpassam este contexto, possibilitando apreender a essência do objeto, dada a sua dinâmica no real, principalmente por estar em fase de implementação. Tais mediações estão postas a partir da crise capitalista dos anos 1970, entre as quais se destacam: o processo de reestruturação produtiva, a financeirização do capital e a ofensiva neoliberal.

Esta primeira seção tem como fim ilustrar o panorama geral em que estão assentadas as mudanças nas políticas sociais, do ponto de vista global, que vêm se desencadeando a partir da crise estrutural do capital mundial, nos anos 1970, e que repercutem em todos os aspectos da vida social.

Num primeiro momento, dá-se ênfase às mudanças no setor produtivo determinadas pela crise e às implicações dessa reestruturação na reconfiguração do trabalho. Isso ocorre sob a direção do processo de financeirização do capital, que se exacerbou com o advento da crise, o qual vem se refletindo de forma direta na mercantilização e privatização das políticas sociais, em especial a saúde.

Finaliza-se esta seção com a análise das mudanças no setor ideopolítico materializadas no ajuste estrutural do Estado, no bojo da ofensiva neoliberal, em suas diversas facetas. Este reordenamento do papel do Estado tem repercutido no planejamento e execução das políticas sociais – como é o caso da política de saúde, que vem sofrendo investidas para o seu desmantelamento, evidenciando a primazia do capital sobre o trabalho.

1.1 Crise do capital e reestruturação produtiva, financeirização e neoliberalismo

Neste primeiro item, busca-se discorrer sobre as estratégias sinalizadas anteriormente pelo capital a fim de superar mais uma de suas crises – a crise dos

anos 1970. Nesse sentido, será abordado como se deu o processo de reestruturação produtiva, financeirização e neoliberalismo, quais os elementos que os caracterizam e as mudanças que se deram em virtude da sua implementação.

A concepção sobre a crise capitalista contemporânea tem sido entendida pelos adeptos dos segmentos burgueses como uma crise do Estado, limitando sua visão no entendimento de que as causas da crise e do recrudescimento econômico dos países de capitalismo central deram-se devido à forte intervenção do Estado em gastos sociais e na economia. Esta concepção é defendida pelos teóricos neoliberais, como Hayek⁵.

Contra-pondo-se a esta visão, os autores da tradição marxista têm defendido a concepção de que a crise dos anos 1970 é uma crise estrutural. Mészáros é um dos autores que defendem esta concepção, para quem “a crise que experimentamos hoje é fundamentalmente uma crise estrutural.” (2011, p. 795). Compartilhando os argumentos de Marx, Mészáros afirma que a dinâmica do capital se acha associada às crises, visto que “crises de intensidades e duração variadas são o modo *natural* de existência do capital” (2011, p. 795). Todavia, segundo o autor, o capital progride para além de suas barreiras nos períodos de crises, em que busca com dinamismo expandir sua dominação.

Marx já mencionava no *Manifesto do Partido Comunista* a recorrência das crises no sistema capitalista:

Basta mencionar as crises comerciais que, repetidas periodicamente e cada vez maiores, ameaçam a sociedade burguesa. Nessas crises, grande parte não só da produção, mas também das forças produtivas criadas, é regularmente destruída. Nas crises irrompe uma epidemia social que em épocas anteriores seria considerada um contrassenso – a epidemia da superprodução. A sociedade se vê de repente em uma situação de barbárie momentânea: a fome e uma guerra de extermínio parecem cortar todos os suprimentos de meios de subsistência, a indústria e o comércio parecem aniquilados, e por quê? Porque a sociedade possui civilização demais, meios de subsistência demais, indústria e comércio demais. As forças produtivas de que dispõe não servem mais para promover as relações burguesas de propriedade; ao contrário, elas se tornaram poderosas demais para tais relações, sendo obstruídas por elas; e tão logo superam esses obstáculos, elas desorganizam a sociedade e colocam em risco a existência da propriedade burguesa. As relações burguesas se tornaram estreitas demais para conter toda a

⁵ Friedrich August Von Hayek ficou conhecido como um dos teóricos defensores das ideias liberais; seu principal alvo era o Estado intervencionista, em contraposição à defesa da ideia do livre mercado. Suas ideias ficaram conhecidas por seu livro *O caminho da servidão*, publicado em 1944, em que aparecem os fundamentos da ofensiva neoliberal contra o estado intervencionista.

riqueza por elas produzida. Como a burguesia consegue superar as crises? Por um lado, pela destruição forçada de grande quantidade de forças produtivas; por outro, por meio da conquista de novos mercados antigos. (MARX, 2008, p. 18).

É fundamental perceber que as crises são elementos inerentes ao sistema capitalista, sistema este que produz contradições insanáveis; ou seja, são expressões próprias do sistema, pois “a crise é *constituída* do capitalismo: não existiu, não existe e não existirá capitalismo sem crise”. (NETTO, 2008, p. 157). Compartilhando desta compreensão, Durigetto e Montañó (2011) afirmam:

Mas a crise não representa um momento de ‘falha’ ou ‘doença’ do MPC, ela faz parte da dinâmica capitalista, e cumpre duas funções: a) em primeiro lugar, crise é um resultado, uma consequência intrínseca do próprio desenvolvimento capitalista; b) em segundo lugar, a crise é a causa, o motor, da recuperação econômica e da retomada da taxa de lucro. (DURIGETTO, MONTAÑO, 2011, p. 182).

A crise que ora se denomina estrutural tem aspectos peculiares que a diferenciam das crises cíclicas do capital. A crise é caracterizada por Mészáros (2011) como estrutural porque seu caráter é universal, atinge a todas as esferas da produção e do trabalho, não se limitando a certos países como nas crises anteriores, sua duração é extensa, permanente, e seu desdobramento, “rastejante”. Não pode, de acordo com o referido autor, deslocar suas contradições, como nas crises anteriores; trata-se de “uma crise estrutural em que está em jogo a própria existência do complexo global envolvido, postulando sua transcendência e sua substituição por algum complexo alternativo” (MÉSZÁROS, 2011, p. 797).

Um das respostas à crise estrutural se deu com o processo de reestruturação produtiva, que se desencadeou a partir do início dos anos 1970, com o esgotamento do padrão de acumulação caracterizado como o binômio taylorismo/fordismo, ao lado do fim da fase keynesiana ou do *Welfare State*⁶. Como afirma Antunes: “Após

⁶ Conforme explicitam Behring & Boschetti (2008b), a expressão *Welfare State*, que tem origem na Inglaterra na década de 1940, designa um conjunto específico de políticas sociais, diferenciando-se do conceito de seguridade social que integra o *Welfare State* [...]. O *Welfare State* não pode ser generalizado para todos os países europeus. Na França, por exemplo, esse termo não é utilizado para designar o sistema de proteção social; esse país adota a expressão *État Providence* (Estado-Providência), expressão forjada pelos liberais contrários à ação estatal, remetendo a ‘providência’ para uma ação ‘divina’. [...] Castel (1999) utiliza o termo Estado Social para definir o modelo francês, escapando da associação entre Estado e Providência e do termo importado *Welfare State*. [...] O padrão de acumulação capitalista keynesiano/fordista esteve intimamente ligado à consolidação do Estado Social. [...] Na construção do Estado Social, a seguridade social integra um conjunto específico de políticas sociais. A seguridade social é parte integrante do Estado Social e que constitui, muitas vezes, o elemento central na sua fundação e na abrangência da intervenção social do Estado. A seguridade social nem pode ser restringida nem confundida com seguro social ou providência, pois

um longo período de acumulação de capitais que ocorreu durante o apogeu do fordismo e da fase keynesiana, o capitalismo, a partir dos anos 1970, começou a dar sinais de um quadro crítico” (ANTUNES, 2009, p. 31).

O autor aponta seis aspectos que evidenciam o quadro crítico dessa crise, considerada por ele como uma expressão fenomênica da crise estrutural⁷. Conforme Antunes, *o primeiro traço* se expressou na queda da taxa de lucro, causada pelo aumento do preço da força de trabalho. *O segundo traço* teria sido o esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção, caracterizado por Antunes como a expressão mais fenomênica da crise estrutural do capital. Tal esgotamento foi dado pela incapacidade de respostas à retração do consumo que se acentuava; porém, “tratava-se de uma retração em resposta ao *desemprego estrutural* que então se iniciava” (ANTUNES, 2009, p. 31 grifos do autor); *o terceiro aspecto* seria a hipertrofia da *esfera financeira*, uma relativa autonomia em face dos capitais produtivos, “o que também já era expressão da própria crise estrutural do capital e seu sistema de produção”; *o quarto traço* se refere ao aumento da concentração de capitais, a partir das fusões das empresas monopolistas e oligopolistas; *o quinto traço*, ressaltado pelo autor, diz respeito à crise do *Welfare State* ou do Estado de Bem-Estar Social, o que acarretou a crise fiscal do Estado capitalista, com a necessidade de retração dos gastos públicos e sua transferência para o capital privado; *o sexto e último traço* foi o aumento acentuado das privatizações, “a tendência generalizada às desregulamentações e à flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho” (ANTUNES, 2009, p. 32).

Para uma melhor compreensão das causas que levaram à crise, faz-se necessário reportar-se às décadas anteriores, conhecidas como “anos de ouro⁸”. Em outros termos, a crise que despontou no cenário mundial no final da década de 1960 e início dos anos 1970 tendo um dos principais elementos de sua decorrência o

ao menos três elementos se destacam historicamente na sua composição: seguros, saúde e benefícios assistenciais [...]”. (BEHRING & BOSCHETTI, 2008).

⁷Antunes analisa que, menos, portanto, do que grandes crises em intervalos razoavelmente longos, seguidas de fases expansionistas, como ocorreu com a crise de 29 e, posteriormente, com os ‘anos dourados’ do pós-guerra, *a crise contemporânea está vivenciando a eclosão de precipitações mais frequentes e contínuas*, desde quando deu seus primeiros sinais de esgotamento, que são frequentes (e equivocadamente) caracterizados como crise do fordismo e do keynesianismo. (ANTUNES, 2005, p. 29-30) [grifos do autor].

⁸ Conforme Behring (2008), os “anos de ouro” ou os 30 anos gloriosos, como também são conhecidos, caracterizaram-se pelo período de forte expansão do capital, com altas taxas de crescimento e ganhos de produtividade para as empresas; em contrapartida, são lançadas políticas sociais para os trabalhadores, viabilizadas pelos Estados sociais nos seus diferentes formatos históricos que adquiriu.

esgotamento do período conhecido como “anos de ouro” ou keynesianismo e do binômio taylorista/fordista.

Começa-se então com o que ficou conhecido como o binômio taylorista/fordista. Sustentada nos princípios da administração científica de Taylor, a “Ford Motor Company”, empresa destinada à fabricação de veículos, inaugurada em 1913, sob o comando do diretor-geral e proprietário majoritário Henry Ford⁹, é a pioneira em adotar aspectos do taylorismo¹⁰, com o objetivo de diminuir o tempo de criação do automóvel. Tem-se assim a criação do fordismo. Segundo Gounet (1999, p. 18), o fordismo “é uma nova organização na produção e no trabalho, destinada à fabricação dos veículos, conhecidos como modelo T, por um preço relativamente baixo, de forma que fosse comprado em massa” (GOUNET, 1999, p. 18-19).

De acordo com Gounet (1999), para chegar ao seu objetivo Ford adota algumas estratégias organizacionais como: 1. racionaliza as operações efetuadas pelos operários, fazendo com que o operário produza o máximo em um menor espaço de tempo; 2. parcela as atividades, reduzindo o operário às ações repetitivas; 3. cria uma linha de montagem, uma esteira rolante que permite que a produção obedeça a um determinado compasso; 4. padroniza as peças, reduzindo o trabalho do operário a gestos simples, para evitar o desperdício de adaptação das peças nos automóveis; 5. lança a integração vertical, em que todo processo produtivo é realizado na sua própria fábrica; 6. introduz a automatização em suas fábricas¹¹.

Nas palavras de Antunes (2009, p. 25):

[...] o fordismo *fundamentalmente* é a forma pela qual a indústria e o processo de trabalho consolidaram-se ao longo deste século, cujos elementos constitutivos básicos eram dados pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; através do controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série fordista. [grifo do autor].

⁹ Henry Ford (1862-1947), estadunidense, “ainda muito jovem demonstrou inclinação para a mecânica: aos 16 anos, começou a trabalhar numa oficina em sua cidade e, após ter sido bem-sucedido em várias invenções, foi contratado pela companhia Westinghouse, fabricante de veículos automotores movidos a vapor. Em 1885, munido de novos conhecimentos, foi para as oficinas da Eagle Motor Works, em Detroit, para consertar e estudar em profundidade motores a explosão (MONTELLO, 1995 *apud* PINTO, 2007, p. 33).

¹⁰ Essa nova cultura do trabalho baseado nos princípios da administração científica apresentados por Frederick W. Taylor, tem como premissa o parcelamento das atividades, de maneira que o trabalhador passa a desenvolver atividades extremamente especializadas e repetitivas.

¹¹ Cf. GOUNET, 1999, p.18-19.

O sistema de produção taylorista/fordista consistia em ações repetitivas desprovidas de sentido, em que o trabalhador parecia tornar-se parte da máquina; sua liberdade para criar e pensar sobre o processo era sempre ignorada. Esta passagem de Ford (1995), abaixo, demonstra bem isso:

Necessariamente o trabalho de muitos homens tem de ser pura repetição de movimentos, pois de outro modo não se pode conseguir sem fadiga a rapidez da manufatura que faz descer os preços e possibilita os altos salários. Algumas das nossas operações são excessivamente monótonas, mas também monótonos os cérebros; inúmeros homens querem ganhar a vida sem ter de pensar – e para estes a tarefa unicamente de músculos é a boa. Possuímos em abundância tarefas que exigem cérebro ativo, e os homens que no trabalho de repetição se revelam de mentalidade ativa não permanecem nele muito tempo. (FORD, 1995, p.148-149 *apud* PINTO 2007, p. 41).

O processo de produção que conjugava padrão taylorista e fordista expandiu-se por toda a indústria automobilística dos EUA e depois por todos os países capitalistas centrais. Segundo Harvey (2012, p. 131), “o fordismo se implantou com maior firmeza na Europa e no Japão depois de 1940, como parte do esforço de guerra”. Tal fusão representou a forma mais avançada de racionalização capitalista do processo de trabalho ao longo de várias décadas do século XX.

Mas, se o modelo taylorista/fordistas tinha como característica uma produção em massa, era preciso haver consumidores em massa. Sob esta perspectiva foi necessária uma nova forma de reprodução da força de trabalho, conforme Antunes (2009):

Junto com o processo de trabalho taylorista/fordista erigiu-se, particularmente durante o pós-guerra, um sistema de ‘compromisso’ e de ‘regulação’ que, limitado a uma parcela dos países capitalistas avançados, ofereceu a ilusão de que o sistema de metabolismo social do capital pudesse ser efetivo, duradouro e definitivamente controlado, regulado e fundado num compromisso entre capital e trabalho, mediado pelo Estado. (ANTUNES, 2009, p. 38).

Conhecido também como *Welfare State*¹², ou Estado de Bem-Estar Social, o referido compromisso tinha como propósito delimitar o campo de luta de classes.

¹² Cabe salientar que o *Welfare State* ou Estado bem-estar social não foi uma política que abrangeu a todos os países, limitando-se aos países de capitalismo central. A implementação do *Welfare State* traz em si contradições: ao mesmo tempo que ele foi uma resposta à crise do capital com vistas a restaurar suas taxas de acumulação, ele também ampliou a concepção de direito e a atuação da esfera estatal.

Pretendia fazer com que os trabalhadores desistissem de lutar pela instauração do sistema socialista, em troca do acesso aos elementos constitutivos do *Welfare State* (políticas sociais compensatórias). Tal compromisso se sustentava na exploração do trabalho dos países de capitalismo periférico. De acordo com Antunes (2009, p. 38),

a firmação desse compromisso contou com a participação de sindicatos e partidos políticos, ambos servindo de espaço de discussão entre trabalhadores e patrões. Ao Estado, “aparentemente”, cabia o papel de mediador das duas classes, no entanto, ele defendia os interesses do capital, cuidando de torná-los aceitáveis a ambas as partes. (ANTUNES, 2009, p. 38).

Segundo Antunes, o *Welfare State* caracterizou-se por um sistema de proteção social com ampliação dos direitos sociais. Tal sistema não foi a tônica de todos os países, pois a experiência welfarista se limitou aos países de capitalismo central. Tinha como objetivo permitir aos assalariados continuarem consumindo, mesmo aqueles impedidos de se integrar à produção, seja pela aposentadoria, velhice ou por qualquer outro motivo.

Como observam Behring e Boschetti (2008b), o keynesianismo ao agregar-se ao pacto fordista, da produção em massa para o consumo em massa, e dos acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista, tinha como finalidade a obtenção dos ganhos de produtividade no trabalho. O fordismo, segundo as citadas autoras, “foi bem mais que uma mudança técnica, com a introdução da linha de montagem e da eletricidade: foi também uma forma de regulação das relações sociais, em condições políticas determinadas” (2008b, p. 86).

No entanto, ao final dos anos 1960 e início dos anos 1970, “esse padrão produtivo, estruturalmente comprometido, começou a dar sinais de esgotamento” (ANTUNES, 2006, p. 38). E da mesma forma que o binômio taylorismo/fordismo entrou em crise, o ciclo de crescimento e permanência do *Welfare State* revelou sinais de exaustão.

Se o operário massa foi a base social para a expansão do ‘compromisso’ social democrático anterior, ele foi também seu principal elemento de transbordamento, ruptura e confrontação, da qual foram forte expressão os movimentos pelo controle social da produção, ocorridos no final dos anos 60. (BIHR, 1999, p. 60-2 *apud* ANTUNES, 2009, p. 41).

De acordo com Antunes (2005, p. 42), a massificação de trabalhadores

permitiu a construção de um novo operariado, com uma nova consciência de classe. A segunda geração de operários do sistema fordista se apresentava disposta a romper com os compromissos assumidos por Ford, pois, para os operários, não compensava perder sua vida em troca de um trabalho repetitivo e desprovido de sentido, que não valorizava sua capacidade de criar e pensar sobre o processo produtivo. Assim, esse novo operariado resistiu a esse sistema de trabalho, através de greves parciais, boicote ao trabalho, operações de zelo ao maquinário (com o propósito de diminuir o ritmo de trabalho), formação de conselhos e defesa do controle social da produção.

Além do descontentamento por parte do operariado, houve também descontentamento daqueles que não eram atingidos pelos benefícios fordistas, especialmente nos Estados Unidos, como afirma Harvey:

O movimento dos direitos civis nos Estados Unidos se tornou uma raiva revolucionária que abalou as grandes cidades. O surgimento de mulheres como assalariadas mal remuneradas foi acompanhado por um movimento feminista igualmente vigoroso. E o choque da descoberta de uma terrível pobreza em meio à crescente afluência gerou fortes contramovimentos de descontentamento com os supostos benefícios do fordismo. (HARVEY, 2010, p. 132).

Ainda segundo o autor, ao lado desses movimentos se achavam também os insatisfeitos do Terceiro Mundo, descrentes da promessa de um desenvolvimento conjunto destes países e da plena integração ao fordismo. O que se viu, na verdade, foi “a destruição de culturas locais, muito opressão e numerosas formas de domínio capitalista em troca de ganhos bastante pífios em termos de padrão de vida e de serviços públicos” (HARVEY, 2010, p. 133).

Netto (2012) considera que a crise do Estado de Bem-Estar Social não se reduziu apenas ao esgotamento do complexo processo de compromisso de classes. A crise, segundo o autor, é expressão de algo muito mais fundamental:

A *curva decrescente* da eficácia econômico-social da ordem do capital evidencia que a dinâmica crítica desta ordem alçou-se a um nível no interior do qual a sua reprodução *tende a requisitar*, progressivamente, a eliminação das garantias sociais e dos controles mínimos a que o capital foi obrigado naquele arranjo. (NETTO, 2012, p. 77-78).

De acordo com Harvey, o período de 1965-1973 explicitou a incapacidade do fordismo e do keynesianismo para administrar as contradições inerentes ao

capitalismo:

A rigidez dos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo em sistemas de produção em massa que impedia a flexibilidade de planejamento e presumia crescimento estável em mercados de consumo invariantes. Havia problemas de rigidez nos mercados, na alocação e nos contratos de trabalho. [...] E toda tentativa de superar esses problemas profundamente entrenchados da classe trabalhadora – o que explica as ondas de greve e os problemas trabalhistas do período de 1968-1972. A rigidez dos compromissos do Estado foi se intensificando à medida que programas de assistência (seguridade social, direitos de pensão etc.) aumentavam sob pressão para manter a legitimidade num momento em que a rigidez na produção restringia expansões da base fiscal para os gastos públicos. (HARVEY, 2010, p. 135).

Conforme o referido autor, a política monetária foi a resposta a tais dificuldades, com a emissão de moeda para que a economia se mantivesse estável. Porém, o resultado foi o inverso; o que se viu foi uma onda inflacionária que aprofundou ainda mais a expansão do pós-guerra. Somando-se a isso, a crise do petróleo e a decisão dos árabes de embargar as exportações do petróleo ao Ocidente durante a guerra árabe-israelense provocaram um aumento significativo nos custos relativos dos insumos e de energia. Isso levou a mudanças tecnológicas e organizacionais, de modo a economizar energia.

Nas palavras de Antunes (2009),

O quadro crítico, a partir dos anos 70, expresso de modo contingente como crise do padrão de acumulação taylorista/fordista, já era expressão de uma crise estrutural do capital que se estendeu até os dias atuais e fez com que, entre tantas outras consequências, o capital implementasse um vastíssimo processo de reestruturação [...]. (ANTUNES, 2009, p. 47).

Após a derrota das lutas operárias, o capitalismo encontrará as bases sociais e ideopolíticas para reestruturar o capital; para tanto, se utilizará de um novo padrão produtivo, conhecido como toyotismo (GOUNET, 1999) ou, como o denomina Harvey (2010), acumulação flexível. Segundo Harvey, a acumulação flexível é “marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, do mercado de trabalho, dos produtos e padrões de consumo” (HARVEY, 2010, p. 140).

Assim, enquanto processo ágil e lucrativo de produção de mercadorias, o toyotismo/acumulação flexível ou modelo japonês foi o novo padrão de acumulação

que o capital utilizou para recuperar-se de sua crise estrutural.

A acumulação flexível, como denomina Harvey, é

[...] marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores da produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego no chamado “setor de serviços”, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas [...]. (HARVEY, 1992 *apud* ANTUNES, 2008, p. 28).

De acordo com Gounet (1999), o toyotismo criado por Taiichi Ohno, engenheiro da Toyota, buscou adequar o mercado automobilístico no Japão, já que neste país convinha produzir variedades em pequenas quantidades devido à geografia do país. Este sistema foi adotado progressivamente no período de 1950 a 1970, ficando conhecido também como método flexível, *just-in-time*¹³ ou método *kanban*.

Conforme Gounet (1999),

O toyotismo é uma resposta à crise do fordismo dos anos 70. Ao invés do trabalho desqualificado, o operário torna-se polivalente. Ao invés da linha individualizada, ele se integra em uma equipe. Ao invés de produzir veículos em massa para pessoas que não conhece, ele fabrica um elemento para a satisfação da equipe que está na sequência da sua linha. [...] Finalmente, estamos na fase do enriquecimento das tarefas, da satisfação do consumidor, do controle de qualidade. (GOUNET, 1999, p. 33).

Os fabricantes japoneses são mais competitivos; eles desenvolveram relações de subcontratação com os fornecedores de autopeças (produção horizontalizada). Os fabricantes de autopeças são empresas à parte, embora sejam mantidas sob controle pelas montadoras por meio de participações de capital.

A relação que o toyotismo propõe ao operariado é a de um sistema polivalente, em que para *cada homem há cinco máquinas para serem operadas*, ou

¹³A tradução literal dessa expressão seria “no tempo certo”. Todavia, seu significado é mais abrangente: organizar-se sob o regime *just-in-time* significa produzir somente o que é necessário (seguindo exatamente as especificações do cliente), na quantidade necessária (nem mais, pois se deve abolir o estoque, nem menos) e no momento necessário (nem antes, o que significa ter um “estoque” na forma de capacidade produtiva ociosa, nem depois) (PINTO, 2010, p. 69).

seja, rompe-se com a relação um *homem/uma máquina*, característica do fordismo. Leva a força de trabalho do trabalhador aos mais altos níveis de exploração. Analisando o toyotismo, Chesnais sublinha que

[...] o efeito combinado das novas tecnologias e das modificações impostas à classe operária, no tocante à intensidade do trabalho e à precariedade do emprego, foi proporcionar aos grupos americanos e europeus a possibilidade de constituir, com a ajuda de seus Estados, zonas de baixos salários e de reduzida proteção social. (1996, p. 35).

Para um maior controle da atividade produtiva nas fábricas, o toyotismo empregou um sistema de luzes capaz de intensificar o ritmo de trabalho. O sistema de luzes funcionava do seguinte modo: três luzes faziam parte desse sistema: a luz verde significava tudo em ordem; laranja, que há superaquecimento; e vermelha, há um problema, devendo-se parar a produção e resolver a dificuldade.

As luzes devem alternar sempre entre o verde e o laranja, de modo a atingir um ritmo intenso de trabalho e produção [...] o sistema de luzes permite um melhor controle da direção sobre os operários, mas omite o principal: que esse método serve para elevar continuamente a velocidade da cadeia produtiva. Ao permanecer oscilando entre o verde e o laranja, a direção pode descobrir os problemas antecipadamente e suprimi-los, de modo a acelerar a cadência até que o próximo problema ou dificuldade apareçam. (GOUNET, 1992, p. 66).

Assim, ao trabalhar com flexibilidade na produção, o toyotismo exige a flexibilidade do trabalho e dos trabalhadores. Por isso, de acordo com Gounet (1992), a Toyota trabalha com um número mínimo de operários, sob condições pessimistas de vendas. Porém, se aumentar a demanda por mais mercadorias, conseqüentemente se aumentará a produção. Há duas possibilidades: ou os operários são obrigados a fazer horas extras ou a empresa contrata trabalhadores temporários. Caso a demanda permaneça alta, o capitalista contratará força de trabalho permanente.

Nas fábricas da Toyota, a ordem é admitir o mínimo possível de operários e usar o máximo de horas extras, o que eleva consideravelmente o tempo de trabalho do operário anualmente. Segundo Harvey (2007, p. 179), “a desvalorização da força de trabalho sempre foi a resposta instintiva dos capitalistas à queda de lucros.”

A diminuição da concentração de força de trabalho não significou apenas cortes de gastos, mas a despolitização e a desmobilização da classe trabalhadora. Para os capitalistas, “a concentração de meios humanos implica igualmente um

ganho, porque facilita a mobilização política dos trabalhadores reunidos em grande número num mesmo local” (BERNARDO, 2004, p. 77).

Em sua análise do toyotismo, Bernardo (2004) identifica mais um elemento que o tem caracterizado como modelo alternativo à crise dos anos de 1970: a exploração “da componente intelectual do trabalho”.

No tocante à exploração da componente intelectual, este autor afirma que diferentemente do taylorismo, que fora incapaz de aproveitar os conhecimentos técnicos que os trabalhadores iam adquirindo durante o processo de produção, “no toyotismo as administrações de empresa pretendem assimilar a totalidade dos conhecimentos técnicos adquiridos pelos trabalhadores e incorporá-los no processo de produção, de modo a aumentar-lhe a eficiência” (BERNARDO, 2004, p. 84). Estimula os trabalhadores a participar da organização do trabalho, como forma também de fiscalizarem eles próprios a qualidade dos produtos. Assim, a exploração da componente intelectual possibilita um aumento da produtividade do trabalho e um maior controle do próprio trabalhador sobre seu processo de produção.

Para Bernardo, o toyotismo

aproveitou todos os resultados do taylorismo no que diz respeito à análise do processo de trabalho nos seus componentes elementares e levou a um estágio mais avançado, alterando os métodos de enquadramento e mobilização dos trabalhadores e desenvolvendo a análise dos elementos componentes não só do processo de trabalho físico, mas igualmente do intelectual. (BERNARDO, 2004, p. 86).

O papel da microeletrônica neste processo de exploração “da componente intelectual do trabalho” é central; segundo Bernardo, a memória coletiva dos trabalhadores é armazenada por um banco de dados inteiramente a serviço do patrão, com o objetivo de reproduzir a história dos processos de trabalho no interior das empresas, a exemplo de registro em vídeo e entrevistas gravadas. Para Bernardo, esse processo, em termos sociais, consiste no agravamento da exploração, através da apropriação pelos capitalistas das capacidades de gestão dos trabalhadores, na “transferência da sabedoria dos trabalhadores para os bancos de dados das empresas e para o *software* das novas máquinas” (BERNARDO, 2004, p. 88).

O referido autor expõe vários exemplos da tomada de consciência dos capitalistas quanto à necessidade de exploração “da componente intelectual”. Ele nos dá o exemplo dos capitalistas dos Estados Unidos, precisamente da General

Motors, que perceberam que não era precisamente o processo de automatização e o investimento em tecnologias que aumentariam sua produtividade; a importância dos trabalhadores nesse processo era primordial. Bernardo transcreve um trecho da afirmação desse reconhecimento pelos administradores General Motors, publicado no *The Economist*:

Os robôs não eram seguramente a chave do sucesso. [...] Tornou-se evidente que a verdadeira chave do sucesso para uma indústria automobilística competitiva não era a alta tecnologia, mas o modo como os trabalhadores eram treinados, geridos e motivados. [...] a lição custou caro, mas a General Motors acabou por aprender que o seu bem mais importante e mais valioso não eram os robôs, mas a sua própria força de trabalho. (BERNARDO, 2004, p. 93).

A reorganização do trabalho¹⁴ implantado pelo modelo japonês da Toyota persuadiu os trabalhadores de que eles são o fator decisivo para o êxito da produção e que têm “autonomia” no processo de produção, possibilitando um aumento da produtividade e um maior controle deles mesmos sobre a qualidade da produção. A esse respeito, é interessante o relato do *The Economist*, apresentado por Bernardo (2004). De acordo com o relato, verifica-se a introdução dos métodos de gestão da Toyota na fábrica General Motors, como a separação dos trabalhadores em grupos; os membros desses grupos controlavam uns aos outros com cronômetros e tentavam descobrir formas de melhorar sua própria atividade. Tal experiência possibilitou à empresa um aumento da produtividade em relação à produtividade das gestões anteriores, como também a diminuição do uso de drogas e do alcoolismo.

Em resumo, a exploração da componente intelectual do trabalho se apresenta como uma alternativa ao capital para explorar cada vez mais a força de trabalho. De acordo com esse autor, as concepções das primeiras sociedades capitalistas

supunham a inferioridade intelectual da força de trabalho, de maneira que trabalhar era, por definição implícita, trabalhar com o corpo. Ora, quando se esgotou a possibilidade de levar avante a extração de mais-valia relativa graças ao esforço muscular, este quadro de

¹⁴ Esse processo de reorganização do trabalho não se limitou apenas à indústria; os novos métodos de reorganização do trabalho inaugurados por ela também foram introduzidos no setor de serviços, constatando-se um aumento da produtividade. Bernardo destaca que “em 2002, a taxa de crescimento da produtividade nos serviços ultrapassava já a da indústria” (2004, p. 103). O autor afirma que a exploração “da componente intelectual do trabalho” determinou o crescimento do ramo da informática, como também dos serviços, porém ressalta que “este crescimento é indissociável da reorganização do operariado fabril” (BERNARDO, 2004, p. 106).

concepções ficou radicalmente alterado. Hoje, quanto maior for a componente intelectual da atividade dos trabalhadores e quanto mais se desenvolver intelectualmente a força de trabalho, tanto mais consideráveis serão as possibilidades de lucro dos capitalistas. (BERNARDO, 2004, p. 107).

Nesse sentido, Souza (2011) assevera que no toyotismo “a captura da subjetividade operária torna-se mais envolvente, porque não é apenas o saber e o fazer do trabalhador que são apropriados pelo capital, mas a sua disposição afetivo-intelectual” (SOUZA, 2011, p. 97).

A flexibilidade do trabalho imposta pelo sistema toyotista, em que se observa um aumento da precarização do trabalho, não se limitou ao sistema produtivo. A terceirização, exemplo desta nova forma de organização do trabalho, vem se estendendo ao setor dos serviços estatais, em que se destaca o setor público da saúde através dos novos modelos de gestão impostos pelas diversas políticas sociais. As Organizações Sociais – objeto deste trabalho – têm sido o maior exemplo de terceirização, privatização e flexibilização do trabalho na política de saúde brasileira. A implementação desses novos modelos de gestão requer as características acima apresentadas, porquanto fragmenta, despolitiza e precariza o trabalho dos profissionais da esfera estatal.

A crise necessitou de mudanças na reorganização produtiva, através do advento de um novo modelo de produção, mais flexível, com alto incremento tecnológico e aumento da exploração do trabalho. Tais mudanças se fizeram sob comando do capital financeiro (DURIGUETTO, MONTAÑO, 2011).

O desmonte das políticas sociais no capitalismo contemporâneo é marcado pela crise dos anos 1970, pelo processo de reestruturação produtiva e pela financeirização do capital. O ajuste neoliberal redimensiona as ações do Estado. Em meio a este contexto, é preciso ressaltar o uso do fundo público pelo setor privado, para assegurar a reprodução do capital.

Nesse sentido, Salvador (2012) ressalta o papel ativo do fundo público no capitalismo contemporâneo, onde exerce uma função ativa tanto nas políticas macroeconômicas, com vistas a garantir a acumulação produtiva, como nas políticas sociais, em que o alargamento destas garante a expansão do mercado de consumo.

Silva, G. (2011) observa que se está diante de um vasto processo de desmonte das políticas sociais, especialmente das mais universais,

destinadas à reprodução da classe trabalhadora, alargando-se a apropriação privada de parte do fundo público pelos rentistas donos do capital que porta juros. Os mecanismos utilizados se dão na transferência de crescentes recursos sociais para a esfera financeira por meio de contrarreformas das políticas sociais e do repasse de recursos do fundo público para o pagamento da dívida pública. (SILVA, G., 2011, p. 10).

A autora avalia que o desenvolvimento das forças produtivas possibilitou o desenvolvimento de novas formas de capital. Assim, o processo de circulação das mercadorias do capital industrial e do capital de comércio de mercadorias fez com que o dinheiro passasse a realizar “movimentos puramente técnicos e autonomizados como função de um capital específico. Do capital global surge uma forma específica de capital, o capital monetário” (SILVA, G., 2011, p. 10).

Segundo Silva, G. (2011), o avanço do processo de produção e reprodução capitalista faz com que o dinheiro se torne uma mercadoria; porém, uma mercadoria que não pode ser comprada e vendida, e por isso adquire a forma de empréstimo. “A esta forma, Marx chamou de capital portador de juros¹⁵” (SILVA, G., 2011, p. 11).

Ainda segundo a autora, à medida que o capital portador de juros passa a operar com a especulação, deslocando-se de sua base real, material – dado o avanço da financeirização do capital –, como no caso dos títulos públicos, tem-se o capital fictício. Este caracteriza como uma forma ilusória que adquirem os rendimentos provenientes do capital portador de juros.

Nos dias atuais, esta forma de capital portador de juros

assume um novo papel no sistema monetário, pois está organicamente associado ao capital industrial. Na era do capital dos monopólios, temos o capital financeiro; este, segundo Lênin (2005), é a fusão entre o capital industrial e o capital bancário, em elevado grau de desenvolvimento do capital, no qual a concentração conduz aos monopólios capitalistas. [...] O capital financeiro cria a chamada oligarquia financeira, uma classe de *rentiers* que vive apenas dos rendimentos do capital financeiro, dos juros do capital monetário e da especulação. (SILVA, G., 2011, p. 11).

No processo denominado por Chesnais (1996) de mundialização do capital, “esses rentistas darão a direção política e ideológica ao Estado e requisitarão a atuação do fundo público diretamente em favor de seus interesses” (1996, p. 15).

Conforme a análise de Duriguetto e Montaño (2011), com a crise capitalista

¹⁵ Conforme Chesnais, o capital portador de juros busca fazer dinheiro sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos a título de posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem-sucedida (CHESNAIS, 1996).

manifestada a partir dos anos 1970, o grande capital inicia uma enorme expansão financeira. Chesnais (1996) identifica um crescimento acentuado da esfera financeira nos últimos 15 anos, a qual vem comandando cada vez mais a repartição e a destinação social da riqueza produzida. Este crescimento vem se alimentando, segundo o autor, de dois mecanismos diferentes: “os primeiros referem-se à ‘inflação do valor dos ativos’, ou seja, à formação de ‘capital fictício’. Já os outros se baseiam em transferências efetivas de riqueza para a esfera financeira” (1996, p. 15). Neste último, o autor destaca o importante mecanismo da dívida pública.

O capitalismo financeiro unifica processos econômicos, políticos e ideológicos que contribuem para o crescente movimento do capital. Conforme Iamamoto (2008):

O que se pretende insinuar é que a mundialização financeira sob suas distintas vias de efetivação unifica, dentro de um mesmo movimento, processos que vêm sendo tratados pelos intelectuais como se fossem isolados ou autônomos: a “reforma” do Estado, tida como específica da arena política; a reestruturação produtiva, referente às atividades econômicas empresariais e à esfera do trabalho; a questão social, reduzida aos chamados processos de exclusão e integração social, geralmente circunscritos a dilemas da eficácia da gestão social; a ideologia neoliberal e concepções pós-modernas, atinentes à esfera da cultura. [...] O que se olvida e obscurece é que o capitalismo integra, na expansão monopolista, processos econômicos, políticos e ideológicos que alimentam o crescente movimento de valorização do capital, realizando a “subsunção real da sociedade ao capital”. (IAMAMOTO, 2011, p. 114).

A expansão financeira, caracterizada como processo de financeirização do capital, expande-se e se desenvolve nos finais do século XX. Para Chesnais (1996), este processo se amplia sob uma nova configuração do capitalismo mundial, circunscrita a uma nova fase do imperialismo: a fase da “mundialização do capital¹⁶”. Este novo modo de acumulação capitalista baseia-se em novas formas de centralização de gigantescos capitais financeiros (fundos mútuos e fundos de pensão), que se acham na esfera financeira. “O avanço do sistema financeiro internacional se desprende, se autonomiza do sistema bancário, e também entra na lógica de valorização de seu capital para além do crédito aos capitalistas” (SILVA, G., 2012, p. 216).

¹⁶ De acordo com Chesnais (1996), “a expressão ‘mundialização do capital’ é a que corresponde mais exatamente à substância do termo inglês ‘globalização’, que traduz a capacidade estratégica de todo o grande grupo oligopolista, voltado para a produção manufatureira ou para as principais atividades de serviços, de adotar, por conta própria, um enfoque e conduta ‘globais’. (CHESNAIS, 1996, p. 17).

De acordo com Iamamoto (2011), a mundialização da economia está ancorada nos grupos industriais transnacionais, a partir de processos de fusões e aquisições de empresas, em um contexto de desregulamentação e liberalização da economia:

Esses grupos assumem formas cada vez mais concentradas e centralizadas do capital industrial e se encontram no centro da acumulação. As empresas industriais associam-se às instituições financeiras (bancos, companhias de seguros, fundos de pensão, sociedades financeiras de investimentos coletivos e fundos mútuos), que passam a comandar o conjunto da acumulação, configurando um modo específico de dominação social e política do capitalismo, com o suporte dos Estados Nacionais. (IAMAMOTO, 2011, p. 108).

Para Duriguetto e Montaño (2011), no atual contexto de mundialização da economia, estes grupos industriais transnacionais, articulados às instituições financeiras, passam a exercer o comando da acumulação. Constituem um bloco imperial formado pelos Estados-nação mundialmente hegemônicos; por entidades intergovernamentais e privadas, que controlam o fluxo mundial de capital (Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial, Clube de Paris, Banco Interamericano de Desenvolvimento); e pelas grandes corporações em nível mundial e empresas monopolistas transnacionais.

O processo de mundialização pode ser mais bem percebido a partir do início dos anos 1970, mais precisamente em 1971, quando, por iniciativa unilateral dos EUA, foi rompido o acordo de *Bretton Woods*¹⁷. Este acordo teve como objetivo criar um sistema monetário internacional que pudesse superar a crise monetária e financeira vivenciada durante a Segunda Guerra. No contexto de profundas mudanças dos anos 1970, em que o crescimento da economia japonesa era superior ao da economia americana, países como Alemanha, França e Itália eram reconstruídos, e imperavam as corporações multinacionais e os mercados financeiros mediante suas especulações e investimentos intercontinentais, as bases

¹⁷ Conforme Borón, (2012, p. 91), em 1944, diante da iminência de uma segura vitória militar, os aliados convocaram (na realidade, obedecendo a uma forte pressão norte-americana) uma conferência monetária e financeira para estabelecer as orientações do “liberalismo global” que haveria de prevalecer na emergente ordem mundial do pós-guerra. A reunião teve lugar em Bretton Woods, com a elaboração das novas regras do jogo que deviam reger o funcionamento da reconstituída economia mundial e a criação das instituições encarregadas de assegurar sua vigência. A premissa subjacente era que o protecionismo comercial havia sido o grande culpado das tragédias ocorridas nos convulsionados trinta anos que se seguiram à eclosão da Primeira Guerra Mundial. A conferência teve como resultado a criação do GAAT – General Agreement on Trade and Tariffs e as instituições gêmeas que nasceram das deliberações de Bretton Woods: o Banco Mundial em 1945 e o Fundo Monetário Internacional, um ano depois.

do acordo de *Bretton Woods* foram erodidas¹⁸.

De acordo com Iamamoto (2011), a ruptura unilateral desse acordo, por parte dos EUA, foi deflagrada pela explosão da dívida externa e do crescente déficit da balança de pagamentos. A emissão de dólares para o financiamento da Guerra do Vietnã gerou o esvaziamento das reservas norte-americanas. Essa situação foi agravada, ainda, pela crise do petróleo em 1973. A saída encontrada pelo governo americano foi a criação de instrumentos de liquidez para financiar a dívida, “dando origem à economia do endividamento, com o reforço do dólar em relação a outras moedas, passando a alimentar os euromercados e os mercados financeiros” (IAMAMOTO, 2011, p. 116).

As taxas de câmbio flutuante possibilitaram que um pequeno número dos maiores operadores privados passasse a dispor de um papel decisivo na determinação dos preços relativos das moedas nacionais ou das taxas de câmbio. Estes credores fixaram planos de escalonamento da dívida estatal com exigências de privatizações e venda de empresas públicas, convertendo títulos da dívida em títulos de propriedade, como forma de garantir o pagamento da dívida. O controle sobre os fluxos de capitais resultou na abertura de mercados e na venda de títulos públicos. A mobilidade permanente dos capitais em busca de novos nichos de mercados para maiores rendimentos expôs as economias nacionais aos impactos da especulação financeira¹⁹.

Assim, como afirma Iamamoto (2011), a primeira etapa de liberalização e desregulamentação dos mercados financeiros aconteceu entre 1982 e 1994, tendo a dívida pública então um papel substancial.

O poder das finanças foi construído com o endividamento dos governos, com investimentos financeiros nos títulos emitidos pelo Tesouro, criando-se a *indústria da dívida*. A dívida pública foi e é o mecanismo de criação de crédito; e os serviços da dívida, o maior canal de transferência de receitas em benefício dos rentistas. (2011, p. 117).

O processo de monopolização do capital gera uma ampla concentração e centralização interbancária, visto que os pequenos bancos são absorvidos pelos grandes, subordinados a um centro único, que funciona como um capitalista coletivo, reunindo capitalistas antes dispersos. “Sob a forma de um mercado ‘por atacado’,

¹⁸Cf. Iamamoto, 2011.

¹⁹Cf. Iamamoto, 2011.

passa a realizar empréstimos conjuntos aos países ‘em desenvolvimento’” (IAMAMOTO, 2011, p. 117). Assim,

O sistema bancário mantém sua função de converter o capital monetário inativo em ativo, isto é, em capital que rende lucro [...] O capital bancário concentrado e centralizado passa a subordinar as operações comerciais e industriais de toda a sociedade. (SILVA, G., 2012, p. 100-101).

Conforme Silva, G. (2012), a gestão desses monopólios converte-se em dominação da oligarquia financeira, que busca cada vez mais obter vultosos lucros por meio de empréstimos estatais e da especulação com terras, dentre outros mecanismos. “Desdobra-se na monopolização da renda da terra pelo monopólio bancário e industrial, espraiando-se para todas as dimensões da vida social, independentemente dos *regimes políticos*” (SILVA, G. 2012, p. 101, grifo da autora).

Conforme Chesnais (1996), a esfera financeira se apresenta como o posto mais avançado da mundialização do capital. Diante deste contexto de ampliação da esfera financeira, a relação entre esta e a esfera produtiva se expressa sob novas formas. Segundo o referido autor, embora os capitais financeiros tenham nascido e continuem nascendo da esfera produtiva, a esfera financeira tem comandado, cada vez mais, a repartição e a destinação social da riqueza. A esfera financeira por si só não cria nada; ela “representa a arena onde se joga um jogo de soma zero: o que alguém ganha dentro do circuito fechado do sistema financeiro, outro perde” (CHESNAIS, 1996, p. 241).

Diante deste processo de financeirização, coloca-se uma relação ilusória: é como se dinheiro produzisse dinheiro, valorizando-se por si mesmo, sem que haja mediações (produção) entre os dois extremos, obscurecendo suas verdadeiras origens. A respeito deste processo, Iamamoto (2011) explica que esta relação aparece como uma forma fetichizada²⁰; para ela, “o fetichismo das finanças só é operante se existe produção de riquezas, ainda que as finanças minem seus alicerces ao absorverem parte substancial do valor produzido” (IAMAMOTO, 2011, p. 109).

O discurso da ‘economia de cassino’ é prisioneiro do fetiche das

²⁰ Segundo Marx (1985), o fetichismo são relações reificadas entre pessoas, mediatizadas por coisas. O resultado é a aparência de uma relação direta entre as coisas, e não entre as pessoas. Assim, afirma o autor: “não é mais nada que determinada relação social entre os próprios homens que para eles aqui assume a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas” (1985, p. 71).

finanças, como se fosse possível frutificar uma massa de rendimentos independentes da produção direta. O fetichismo dos mercados financeiros, que apresenta as finanças como potências autônomas diante das sociedades nacionais, esconde o funcionamento e a dominação operada pelo capital transnacional e pelos investidores financeiros. Estes atuam mediante o efetivo respaldo dos Estados nacionais, sob a orientação dos organismos internacionais, porta-vozes do grande capital financeiro e das grandes potências internacionais. (IAMAMOTO, 2011, p. 108-109).

Conforme essa autora, este caráter alienante da relação do capital, sua fetichização, alcança seu ápice no capital que rende juros. O capital-dinheiro aparece então numa relação consigo mesmo, “como fonte independente de criação de valor, à margem do processo de produção, apagando o seu caráter antagônico ante o trabalho” (IAMAMOTO, 2011, p. 93):

A reificação do capital – sua manifestação como sujeito não-humano, coisificado na forma dinheiro, em que aparece numa relação consigo próprio, como motor de seu autocrescimento – ofusca os processos sociais reais mediadores de sua própria produção. Torna opaca sua própria natureza, tributária da coerção econômica ao trabalho excedente. (IAMAMOTO, 2011, p. 100).

Para lamamoto, “o predomínio do capital-fetichismo conduz à banalização do humano, à indiferença perante o outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da *questão social* na era das finanças” (2011, p. 125). Nesse sentido, a autora aduz que a questão social é mais do que a expressão da pobreza, miséria e exclusão, pois anuncia a banalização do humano, o aprofundamento da alienação e a invisibilidade do trabalho social. Os pressupostos da liberalização e da desregulamentação impostas pelos mercados “é que todos os campos da vida social, sem exceção, sejam submetidos à valorização do capital privado” (CHESNAIS, 1996, p. 25).

Iamamoto (2011) destaca um elemento importante entre a esfera financeira e a produtiva: a autonomia relativa da esfera financeira perante a esfera produtiva, “uma vez que os capitais que aí se valorizam nascem na esfera produtiva sob a forma de lucros não reinvestidos na produção, de salários, de rendimentos, salários guardados nos fundos de aposentadoria” (2011, p. 124). Estes, ao entrarem na esfera financeira, buscam maior rentabilidade. Ao passo que a rentabilidade obtida nos mercados financeiros poderia ampliar o parque produtivo, todavia paralisa a economia e penaliza o conjunto da população para o qual é transferido o ônus

desses processos.

Salama (2012) tece algumas considerações sobre o processo de financeirização das empresas:

Estas vêm ganhando muito mais dinheiro no setor financeiro do que no setor produtivo. Dados os elevados rendimentos desse setor, não convém às empresas investir seu capital no setor produtivo. Este se tornou obsoleto e limitado para a extração suficiente da mais-valia. Conseqüentemente, a necessidade de investir mais no setor financeiro leva à diminuição dos salários, já que a mais-valia não pode se originar no aumento da produtividade. A solução liberal da redução de salários acelera a inflação, já que, como ocorreu nos países do Terceiro Mundo, em vez de se dirigir para o setor produtivo, essa massa de dinheiro é desviada para o setor financeiro, intensificando a espiral inflacionária. (SALAMA, 2012, p. 179).

Todavia, é preciso ressaltar que esse processo de desregulamentação da movimentação financeira é impensável sem a intervenção do Estado. Iamamoto (2011) observa que a necessidade deste se faz presente para estabilizar a anarquia do mercado e contribuir para a superação das crises dos sistemas financeiros e das empresas, através de recursos oriundos das mais diversas fontes, e em especial dos contribuintes, inclusive os de baixa renda. “Assim, o Estado continua forte; o que muda é a direção socioeconômica da atividade e da intervenção estatal, estabelecendo novas regras para governar a favor do grande capital financeiro” (IAMAMOTO, 2011, p. 123). E acrescenta:

Essa dominação é impensável sem a intervenção política e o apoio efetivo dos Estados nacionais, pois só na vulgata neoliberal o Estado é externo aos ‘mercados’. O triunfo dos mercados é inconcebível sem a ativa intervenção das instâncias políticas dos Estados nacionais, no lastro dos tratados internacionais como o *Consenso de Washington*, o *Tratado de Marrakech*, que cria Organização Mundial do Comércio (OMC), o Acordo do Livre Comércio Americano (ALCA), e o *Tratado de Maastricht*, que cria a “unificação” europeia. Isto é, estabelece-se o quadro jurídico e político da liberalização e da privatização, pelos agentes financeiros, do conjunto dos países da União Europeia. (IAMAMOTO, 2011, p. 123).

O Estado tem papel fundamental na expansão das empresas multinacionais, visto que é requisitado a interferir na gestão da crise e na competição intercapitalista. É também peça-chave na conquista de mercados externos e na proteção dos mercados locais. Estratégico no estabelecimento de pactos comerciais, nos acordos de investimentos, na proteção à produção do seu território mediante barreiras

alfandegárias, na pesquisa e no desenvolvimento de novas tecnologias para subsidiar os interesses empresariais, nos meios de comunicação de massa e na expansão do poder político das entidades internacionais²¹.

Os recursos financeiros arrecadados pelo Estado são apropriados pelas finanças, por meio da dívida pública. As necessidades das grandes maiorias são sacrificadas em detrimento das necessidades do mercado financeiro; o fundo público é assim canalizado para alimentar a esfera financeira.

Tem-se aí o significado dos *programas de ajustamento estrutural* contra o desenvolvimento, imposto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial aos países devedores. [...] Visam abrir as economias dos países, priorizando as exportações, apoiados na 'abordagem monetária da balança de pagamentos', que preconiza aos países endividados não se protegerem, não estimularem a emissão das moedas, não controlarem a saída de capitais. Impõem a redução da massa salarial pública e da despesa pública, afetando os programas sociais, a eliminação de empresas públicas não rentáveis, exacerbando as desigualdades de rendimentos e o aumento da pobreza. (IAMAMOTO, 2011, p. 118, grifos da autora).

A referida autora recorre à análise marxiana sobre o papel que exerce o Estado nesse modo de produção: criar as condições gerais para viabilização da produção e controlar as ameaças dos grupos dominados ou até mesmo de frações da classe dominante, por meio dos seus aparelhos repressivos (exército, sistema penitenciário, jurídico) e da difusão de sua ideologia (educação, cultura, meios de comunicação etc.). "A hipertrofia do Estado propicia maior controle sobre os rendimentos sociais, o que amplia os interesses dos grupos de capitalistas em interferir nas decisões do Estado" (IAMAMOTO, 2011, p. 121).

Assim, os Estados, sob o comando do capital financeiro, promovem a privatização de suas empresas estratégicas e lucrativas, assim como a privatização e a mercantilização das políticas sociais, a fim de atender aos ditames do capital financeirizado. Para tanto, é necessário formar alianças políticas, reprimir sindicatos e quem mais se opuser.

[os Estados] promoveram o *agrobusiness* às expensas dos agricultores e viabilizaram o incremento de subsídios às exportações. Impuseram a redução dos gastos sociais e implantaram uma política previdenciária e trabalhista regressiva, com nítido compromisso com os interesses do grande capital. Todas estas e outras medidas constitutivas das políticas neoliberais exigem um Estado forte, capaz

²¹Cf. Iamamoto, 2011.

de resistir à oposição das maiorias. (IAMAMOTO, 2011, p. 122-123).

A dívida pública tem papel central nesse processo de mundialização comandado pela esfera financeira; esta se converte em fonte de poder dos fundos de investimentos, assoberbando o capital fictício. “[...] O aumento da dívida pública combina com a desigual distribuição de renda e a menor tributação das altas rendas, por razões de ordem política, fazendo com que a maior carga tributária recaia sobre os trabalhadores” (IAMAMOTO, 2011, p. 112-113).

Conforme Silva, G. (2012), o capital portador de juros, ao estender sua lógica para o Estado através da emissão de títulos da dívida pública, apropria-se de parte do trabalho excedente constituído em forma de políticas sociais; também, mediante a abertura de créditos, insere a classe trabalhadora no circuito das finanças à custa do seu endividamento e por meio dos fundos de pensão que operam com os rendimentos da classe trabalhadora, para a capitalização no mercado financeiro (SILVA, G., 2012, p. 216).

O capital financeiro tem ainda avançado sobre o fundo público, através de tributações regressivas com tributos menores sobre os altos rendimentos; o ônus da dívida pública tem recaído sobre os trabalhadores, com o pagamento de alta tributação, seja direta ou indireta. Segundo Salvador (2007), o fundo público está presente no processo de produção e reprodução do capital, como

[...] fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desoneração tributária, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital, como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção que viabilizam [...] a reprodução do capital; 2. Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio dos salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho responsável diretamente, no capitalismo, pela criação do valor; 3. Por meio das funções diretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para empresas; 4. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas. (2007, p. 91).

Iamamoto esclarece que o processo de financeirização se apoia em dois aspectos: “as dívidas públicas e o mercado acionário das empresas – só sobrevivem com decisão dos Estados e o suporte das políticas fiscais e monetárias” (2011, p.

123-124). Esses aspectos têm provocado, segundo a autora, um duplo processo de redução do padrão de vida do conjunto da sociedade: por um lado, através do impulso dos Estados e de sua privatização, o desmonte das políticas públicas e a mercantilização dos serviços, completando o quadro com a flexibilização da legislação trabalhista; por outro, o mercado acionário das empresas vem impondo a redução de custos empresariais para salvaguardar as taxas de lucratividade, mediante a reestruturação produtiva centrada fundamentalmente na redução dos custos com a força de trabalho e a elevação das taxas de exploração daqueles que ainda conseguem se manter no mercado. Nesse processo se tem a *desindustrialização*, com o fechamento de empresas que não conseguem manter-se na concorrência após a abertura comercial, contribuindo para a diminuição dos postos de trabalho e o desemprego²².

Com relação às políticas sociais, Silva, G. (2012) observa que o capitalismo contemporâneo, sobre o lastro da financeirização, recoloca a política social em novos patamares e em perspectivas diferentes do período conhecido como “anos de ouro”, caracterizado pelo Estado de Bem-Estar Social nos países de capitalismo central, como visto no item anterior. Destarte, conforme a autora, “a política social contemporânea tem sido alvo de sucessivos ataques em tempos de crise do capital, desde a década de 1970, e os mecanismos usados são as contrarreformas” (SILVA, G., p. 217):

A supremacia do capital-fetiche atinge todos os âmbitos da vida social e a sede de lucratividade dessa forma de capital se espalha para além dos investimentos privados. As políticas sociais, em especial a Seguridade Social, se tornam alvo de investimento do capital financeiro, na tentativa de solucionar o fenômeno da superacumulação. Este empurra para a privatização (direta e indireta) alguns setores de utilidade pública como campo de inversão do lucro em serviços de saúde, de educação e de previdência (BEHRING, 2008 *apud* SILVA, G., 2012, p. 218).

Ainda no que concerne às políticas sociais, especialmente às políticas de saúde, Soares, R. (2009) elucida que estas “tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização²³ e relevante fonte de maximização do capital.” Ainda segundo a

²²Cf. Yamamoto, 2011.

²³Segundo Silva, o termo mandeliano supercapitalização consiste na tendência à industrialização da esfera da reprodução como forma de valorizar o capital superacumulado, que insere todas as esferas da vida social nas relações tipicamente capitalistas. Daí decorre a mercantilização das políticas sociais. (SILVA, G. 2012, p. 201).

autora:

As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancários, entre outros. (SOARES R., 2010, p. 41-42).

Para além da desregulamentação dos mercados, o ajuste vem impondo a redução do déficit fiscal do Estado por meio da diminuição dos gastos sociais, orientando-se por uma política de privatização dos direitos sociais; o espaço internacional é pré-requisito para a obtenção de empréstimos. A orientação para as políticas sociais é a focalização das ações, com estímulo a fundos sociais de emergência e apelo “à mobilização da ‘solidariedade’ individual e voluntária, bem como das organizações filantrópicas e organizações não governamentais prestadoras de serviços de atendimento, no âmbito da sociedade civil” (BEHRING, 2008a, p. 65).

A chamada crise fiscal do Estado passa a ser o argumento para a defesa das ideias neoliberais de corte de gastos sociais; estas ocultam as reais intenções de diminuição dos custos com a força de trabalho e o redirecionamento do fundo público para atender em maior escala às demandas do grande capital. É evidente a reorientação do fundo público para as demandas do empresariado, combinada à queda da receita engendrada pelo ciclo depressivo e à diminuição da taxa sobre o capital, o que alimenta a crise fiscal (BEHRING, 2008a, p. 62-63).

Netto (2011) afirma que a crise global mostra a sua dramaticidade à medida que se “expressa como possibilidade de regressão social – de que o denominado neoliberalismo é paradigmático” (2012, p. 73). Ainda segundo Netto (2012), a vertente que atualmente configura a ofensiva neoliberal teve seu marco inicial nas obras de Hayek e de Popper, *Caminho da servidão*²⁴, de 1944, e *A sociedade e seus*

²⁴Como afirma Netto, seu marco inicial foi o livro intitulado *O caminho da servidão*, publicado por Friedrich Hayek em 1944, que faz um contraponto ao partido trabalhista britânico, entendido como uma ameaça à liberdade e aos direitos individuais e políticos. Neste livro, Hayek tece também uma crítica às intervenções de um poder central e suas políticas sociais keynesianas, afirmando que a direção estatal sobre a esfera econômica conduziria a sociedade ao totalitarismo.

Durante o período em que as bases do Estado de Bem-Estar Social na Europa no pós-guerra estavam se consolidando, Hayek convoca aqueles que compartilhavam de sua orientação ideológica, como Milton Friedman, Karl Popper, Lionel Robbins, Ludwig Von Mises, Walter Eupken, entre outros, para uma reunião na pequena estação de Mont Pélerin, na Suíça, o que ficou conhecido como a Sociedade de Mont Pélerin, “uma espécie de franco-maçonomia neoliberal, altamente dedicada e

inimigos, de 1945, e se adensou a partir dos anos 60 e 70.

Netto acrescenta que “é especialmente no arco ideotéorico polarizado por Hayek e Friedman que a ofensiva neoliberal se apoia” (2012, p. 84). Argumenta que é neste arco que se acha concentrada a essência do neoliberalismo: “uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia” (NETTO, 2012, p. 84). Anderson o temo definido “como um fenômeno distinto do simples liberalismo²⁵ clássico, do século passado” (2012a, p. 9).

Segundo o autor, o neoliberalismo nasceu logo após a II Guerra Mundial, quando começou a ganhar seu formato como ideologia, como uma resposta teórica e política ao Estado intervencionista e de bem-estar. Segundo Netto (2012), o alvo principal do neoliberalismo é o Estado de Bem-Estar. Teoricamente, para os neoliberais, o keynesianismo “é a besta-fera do neoliberalismo – aqui, a cruzada anti-Keynes pode ser adequadamente descrita como a contrarrevolução monetarista” (2012, p. 85). No que se refere ao plano ideocultural, Netto salienta que o neoliberalismo opõe-se abertamente à cultura democrática e igualitária da contemporaneidade. O mercado é apresentado como a instância mediadora societal elementar e insuperável.

De acordo com Netto (2012), a pragmática neoliberal não tinha atratividade político-ideológica diante do êxito do *Welfare State* e dos experimentos alternativos ao capitalismo. Entretanto, com a chegada da crise dos anos 1970, quando o mundo entra numa profunda recessão, com baixas taxas de crescimento e altas taxas de

organizada, com reuniões internacionais a cada dois anos” (ANDERSON, 2012a, p. 10). O objetivo da sociedade era combater o keynesianismo e o solidarismo, para que se criassem as bases de um novo tipo de capitalismo, duro e livre de regras para o futuro. Todavia, as condições para que essa ideologia se expandisse não eram favoráveis; o capitalismo estava em sua fase de apogeu, conhecida como “idade de ouro”, pois, de acordo com Anderson, o crescimento do capitalismo durante as décadas de 50 e 60 foi o maior e mais rápido da história. Os argumentos dos membros da Sociedade de Mont Pélerin iam contra a regulação estatal que estava sendo operada pelo Estado keynesiano; argumentavam ainda que a desigualdade era positiva e necessária às sociedades ocidentais.

²⁵Conforme Behring (2008), o liberalismo, alimentado pelas teses de David Ricardo e, sobretudo, de Adam Smith (2003), que formula a justificativa econômica para a necessária e incessante busca do interesse individual, introduz a tese que vai se cristalizar como fio condutor da ação do Estado liberal: cada indivíduo agindo em seu próprio interesse econômico, quando atua junto a uma coletividade de indivíduos, maximiza o bem-estar coletivo. É o funcionamento livre e ilimitado do mercado que assegura o bem-estar coletivo. É a “mão invisível” do mercado livre que regula as relações econômicas e sociais e produz o bem comum. O predomínio do mercado como supremo regulador das relações sociais, contudo, só pode se realizar na condição de uma suposta ausência de intervenção estatal. (2008, p. 56).

inflação, e o esgotamento do “socialismo real” e do “modelo soviético”, tal pragmática foi determinante para um revigoramento da ofensiva neoliberal.

Diante deste quadro, as ideias neoliberais começam a se expandir e a ganhar espaço, tendo em vista combater os efeitos da crise que estava se gestando. Conforme Netto, é apenas quando os alvos óbvios da ofensiva neoliberal “entram em ciclo crítico que aquilo que era mentação de intelectuais converte-se numa espécie de ‘espírito do tempo’” (2012, p. 84).

Segundo Hayek e seus companheiros, as origens da crise

[...] estavam localizadas no poder excessivo e nefasto dos sindicatos e, de maneira mais geral, do movimento operário, que havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais. (ANDERSON, 2012a, p. 10).

A saída então, proposta por ele e por seus seguidores, era que se deveria manter um Estado forte, mas para que fosse rompido o poder dos sindicatos, que reivindicavam aumento salarial e uma maior intervenção estatal nos gastos sociais. A classe dominante busca se livrar de qualquer amarra que pudesse impedir a recuperação de seus lucros no processo de acumulação do capital. A funcionalidade do pensamento neoliberal patrocina esta ofensiva, como afirma Netto (2012, p. 88-89):

O que desejam e pretendem não é 'reduzir a intervenção do Estado', mas *encontrar as condições ótimas (hoje só possíveis com o estreitamento das instituições democráticas) para direcioná-la segundo seus particulares interesses de classe.* [...] A proposta do 'Estado mínimo' pode viabilizar o que foi bloqueado pelo desenvolvimento da democracia política: o *Estado máximo para o capital.* (Grifos do autor.)

Dentro do receituário neoliberal, a estabilidade monetária tem destaque e deve ser a meta de qualquer governo. O receituário previa ainda a necessidade de uma disciplina orçamentária, através da contenção de gastos sociais; “a restauração da taxa natural de desemprego”, como forma de manter-se um exército industrial de reserva do trabalho, visando enfraquecer os sindicatos; e as reformas fiscais, imprescindíveis para que fossem assegurados os incentivos dos agentes econômicos. Segundo Anderson, isso significava “reduções de impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas” (2012a, p. 11). Assim, de acordo com as

teses de Hayek, o crescimento retornaria quando a estabilidade monetária e os incentivos necessários fossem restituídos.

Desse modo, foi a partir da crise do capitalismo nos anos 1970 e das estratégias tomadas para a sua contenção que as ideias neoliberais começaram a conquistar hegemonia. Entretanto, salienta Anderson (2012a), elas não ocorreram paralelamente à crise, porquanto precisaram de mais de uma década para que fossem concretizadas. Tal retardamento se deu, ainda conforme Anderson, devido ao fato de os governos da Organização Europeia para o Comércio e Desenvolvimento (OCDE) se acharem, em sua maioria, a aplicar as políticas keynesianas como resposta à crise econômica. De acordo com Duriguetto e Montaño (2011), as políticas keynesianas pareciam, naquele momento, inteiramente desnecessárias, ineficientes e até negativas para o capital (sob o comando financeiro).

Quando o neoliberalismo era um fenômeno politicamente menosprezado e marginal, durante o grande auge do capitalismo dos anos 50 e 60, parecia ao consenso burguês daquele tempo inconcebível criar desemprego de cerca de 40 milhões de pessoas nos países ricos, sem provocar transtornos sociais; parecia impensável redistribuir renda abertamente, em alta voz, dos pobres aos ricos, em nome do valor da desigualdade; parecia inimaginável privatizar não somente o petróleo, mas também a água, a receita, hospitais, escolas, até prisões. Mas tudo isto se comprovou factível quando a correlação de forças mudou com a longa recessão. (ANDERSON, 2012b, p. 198-199).

Conforme a análise de Borón (2012), o apogeu do neoliberalismo é marcado pelos triunfos eleitorais de Margaret Thatcher e Ronald Reagan²⁶ no começo da década de 80. Então, o neoliberalismo adquiriu um destaque no cenário

²⁶A Inglaterra sob o governo de Margaret Thatcher foi o primeiro país a implementar o programa neoliberal de forma incisiva. A emissão monetária, a elevação das taxas de juros, o rebaixamento drástico dos impostos sobre os altos rendimentos altos, o corte de gastos sociais e a criação de níveis de desemprego massivos que acabaram por enfraquecer as greves, implementou um vastíssimo programa de privatização no âmbito da habitação pública, petróleo, água, entre outros setores. Foram as medidas assim previstas, como vimos anteriormente, por Hayek. Assim, a Inglaterra ficou conhecida por aplicar de forma mais pura os princípios neoliberais. O receituário político e ideológico do neoliberalismo não foi praticado nos Estados Unidos com tamanha dedicação como no governo de Thatcher. O governo do presidente Reagan tinha como prioridade a competição militar com a União Soviética, devido à emergência da Guerra Fria. Mas, assim como Thatcher, Reagan reduziu os impostos em favor dos ricos, aumentou as taxas de juros e combateu as greves. Contudo, a disciplina orçamentária defendida por Hayek como necessária não entrou no receituário adotado por Reagan; ao se lançar numa corrida armamentista com a União Soviética, os gastos militares foram enormes, “criando um déficit público muito maior do que qualquer outro presidente da história dos Estados Unidos” (ANDERSON, 2012, p.12). No final dos anos 80, quase todos os países sucumbiram ao poder da ideologia neoliberal – com algumas exceções, a exemplo da Suécia e da Áustria, na Europa, e do Japão, no Oriente.

internacional, poucas vezes visto na história:

De mãos dadas com essa “direitização” do clima ideológico e político do Ocidente veio a ascensão de teorias econômicas neoclássicas, com seus feiticeiros e aprendizes de bruxo dispostos a aplicar, em todos os lugares e em qualquer circunstância, a mesma receita codificada no Consenso de Washington. (BORÓN, 2012, p. 90-91).

Anderson (2012a) ressalta que o projeto neoliberal não se restringia apenas a ser alternativa à crise, mas tinha entre um dos seus princípios centrais o objetivo de quebrar as ideias comunistas; com a Guerra Fria entre Estados Unidos e União Soviética, a ideologia neoliberal era apropriada como política de direita e conseguiu fortalecer-se no plano político. Foi durante os anos 1980 que as ideias neoliberais triunfaram nas regiões de capitalismo avançado²⁷.

O neoliberalismo, porém, não se restringiu aos países de capitalismo avançado; segundo Anderson, tardou a ser implantado em outras partes do mundo. Há um dado interessante sobre o neoliberalismo na América Latina; segundo o autor, “genealogicamente este continente foi testemunha da primeira experiência neoliberal sistemática do mundo” (1995, p. 19); sob a ditadura de Pinochet, o Chile implementou o programa neoliberal de maneira mais dura, mediante a desregulamentação, o desemprego massivo, a repressão sindical, a redistribuição de renda em favor dos ricos e a privatização de bens públicos. Quase dez anos antes de Thatcher, na Inglaterra, porém com uma diferença: a inspiração não era o

²⁷Entretanto, nos anos de 1980, integrantes do continente europeu, que tiveram uma grande influência católica, não praticaram de modo geral um neoliberalismo puro. A exemplo da Inglaterra, mantiveram uma maior cautela; ao invés de brutos cortes nos gastos sociais e uma postura violenta contra os sindicatos, mantiveram uma política de destaque na disciplina orçamentária e nas reformas fiscais. Enquanto a maioria dos países do norte europeu elegia governos de direita que defendiam políticas neoliberais, os países do sul viram pela primeira vez chegar ao poder governos de esquerda. Segundo Anderson (1995), emergiram nesse contexto os chamados governos “eurosocialistas”: Mitterrand, na França; González, na Espanha; Soares, em Portugal; Craxi, na Itália; Papandreou, na Grécia. “Todos se apresentavam como uma alternativa progressista, baseada em movimentos operários ou populares” (ANDERSON, 2012, p. 13). Para Anderson, todos esses governos defendiam uma política contrária ao projeto neoliberal, diferentemente do que aconteceu com os governos de Reagan, Thatcher, Kohl, entre outros. Contudo, a França e a Grécia foram as que mais persistiram em uma postura progressista, comprometida com os trabalhadores, na tentativa de uma política nos moldes dos “anos de ouro”. Todavia, esse posicionamento contra a implementação do receituário neoliberal fracassou, pois os mercados financeiros internacionais fecharam as portas para o governo socialista francês, forçando-o a se reorientar em favor de uma política baseada na ortodoxia neoliberal, com a disciplina orçamentária, os ajustes fiscais, os cortes nos gastos sociais, o afastamento da proteção social e do pleno emprego. O supracitado autor ressalta os efeitos da adoção da política neoliberal pela França. Conforme Anderson (2012), no final da década de 1980, o índice de desemprego na França, que por um longo tempo foi influenciada por uma postura socialista-democrática, era mais alto do que na Inglaterra conservadora de Thatcher.

austríaco Hayek, mas o norte-americano Friedman. Outra particularidade ressaltada por Anderson sobre o neoliberalismo no Chile: este “pressupunha a abolição da democracia e a instalação de uma das mais cruéis ditaduras militares do pós-guerra” (ANDERSON, 2012, p. 19).

Entretanto, isso não significa dizer, como salienta o supracitado autor, que para os políticos neoliberais obterem sucessos deverão ser obrigatoriamente regidos por cruéis ditaduras, a exemplo do governo chileno. Hayek entendia que “a democracia em si mesma [...] jamais havia sido o valor central do neoliberalismo” (ANDERSON, 2012, p. 19). Anderson assevera que as políticas neoliberais na América Latina não obtiveram êxitos apenas sob regimes autoritários. Ao contrário do Chile, na Bolívia não foi necessário implantar uma política rígida e repressora para quebrar o poder das organizações populares e operárias.

A América Latina constituiu uma grande arena para a implementação e a consolidação neoliberal, comportando desde o regime antissindical no Chile até o progressista na Bolívia, este último com o objetivo de conter a hiperinflação (ANDERSON, 2012).

O argumento da crise fiscal, junto com o discurso autoincriminatório do Estado difundido pelos neoliberais, “levou diversos governos da região a adotar políticas tão selvagens quanto imprudentes – e, em alguns casos, altamente corruptas –, de desmantelamento de agências e empresas estatais ou paraestatais [...]” (BORÓN, 2012a, p. 79).

Netto (2012a) ressalta um elemento interessante nesse processo de implementação do neoliberalismo nos diversos países, uma peculiaridade na forma de apresentação do neoliberalismo durante o processo eleitoral dos governos neoliberais que diferencia a Europa da América Latina. Dando o exemplo de Thatcher, o autor aponta que esta explicitou de forma clara nas suas campanhas o que executaria no governo. Já na América Latina, destaca Netto (2012a), a exemplo do Brasil,

não é isto a que estamos assistindo – aqui, há um nítido elemento de mistificação: o ‘príncipe dos sociólogos brasileiros’ prega e anuncia mudanças político-institucionais (incidindo na tributação, no sistema previdenciário etc.), mas não esclarece minimamente o efetivo conteúdo dessas mudanças. [...] De fato, há aqui um claro elemento de mistificação e cinismo – e denunciá-lo é denunciar a forma como a grande burguesia faz política entre nós: quando não joga no golpe, quando joga na legitimação política via eleitoral, fá-lo através da

mistificação e do cinismo. (NETTO, 2012a, p. 33).

Segundo Anderson, a prioridade neoliberal era deter a grande inflação dos anos 1970; seu objetivo foi alcançado, visto que no conjunto dos países da OCDE, a taxa de inflação caiu de 8,8% para 5,2% entre os anos de 1970 e 1980, e continuou a cair nos anos 1990. Em contrapartida, seguindo o receituário neoliberal, o número de greves diminuiu expressivamente, assim como os salários. O desemprego, conforme Anderson, duplicou dos anos 1970 para os anos 1980, e o grau de desigualdade aumentou significativamente no conjunto dos países da OCDE. Netto (2012, p. 200) afirma que “a maior façanha histórica do neoliberalismo certamente foi sua privatização de indústrias e serviços estatais”.

Anderson (1995) interpreta esta reafirmação neoliberal nos anos 1990 atribuindo-a a um segundo elemento: à “vitória do neoliberalismo em outra área do mundo, ou seja, a queda do comunismo na Europa Oriental e na União Soviética, de 89 a 91” (ANDERSON, 2012, p. 17). Para o referido autor, a partir deste episódio, os novos governos pós-comunistas e o resto do mundo tornaram-se adeptos das ideias de Hayek e Friedman.

O Estado foi cada vez mais enfraquecido e submetido aos interesses das classes dominantes, tendo de renunciar a graus importantes da soberania nacional, “diante da superpotência imperial, a grande burguesia transnacionalizada e suas “instituições” guardiãs: o FMI, o Banco Mundial e o regime econômico que gira em torno da supremacia do dólar” (BORÓN, 2012a, p. 78).

Tais “guardiãs” (BM e o FMI) vêm desempenhando um papel importante na economia mundial²⁸, principalmente nos países periféricos, a fim de discipliná-los à economia internacional. A partir dos anos 1980, seu poder perante as nações periféricas aumentou consideravelmente, devido à recessão.

A orientação neoliberal é que o Estado deve ser reduzido e liquidar suas empresas para fortalecer o setor privado. Os governos da América Latina vêm

²⁸Conforme Borón (2012a), o BM e o FMI são muito efetivos em pressionar os países latino-americanos para impor uma rígida disciplina fiscal. Entretanto, tais recomendações são desconhecidas pelos governos dos países desenvolvidos. O BM e o FMI “se sentem na obrigação de enviar uma missão à América Latina para exigir que nossos governos ‘ponham sua casa em ordem’, o que invariavelmente se traduz em cortes orçamentários e congelamentos salariais” (2012a, p. 94). Ainda segundo o autor, o “catecismo” neoliberal tropeça em alguns sérios obstáculos: a história econômica dos últimos duzentos anos não oferece um único exemplo de um país que tivesse saído do atraso ou do subdesenvolvimento seguindo o modelo de reformas neoliberais que hoje com tanta fúria recomendam o BM e o FMI (BORÓN, 2012a, p. 95).

atendendo a tais orientações, adotando de forma literal o ideário neoliberal²⁹. Os tecnocratas ligados às instituições financeiras internacionais, como o BM e o FMI, sustentam a ideia de que “tudo o que o Estado faz é mau, ineficiente e corrupto; e que tudo o que o setor privado faz é bom, eficiente e virtuoso” (BORÓN, 2012a, p. 82). O predomínio das ideias neoliberais e o culto ao mercado têm se traduzido em perdas significativas para a classe trabalhadora, com desemprego maciço, extrema pobreza, aumento do consumo de drogas e crescimento da criminalidade³⁰.

No item a seguir, dá-se continuidade às implicações da ofensiva neoliberal, em seus vários formatos, para as políticas sociais.

1.2 Neoliberalismo e as políticas sociais

Como visto anteriormente, a crise dos anos 1970 não significou apenas uma nova reestruturação do trabalho, mas também uma reordenação dos mercados sobre os desígnios do capitalismo financeiro, que aliado à ofensiva neoliberal vem redefinindo o papel do Estado.

O processo de contrarreforma é o caminho utilizado para viabilizar esta ofensiva, tendo como consequências a privatização e a mercantilização dos direitos sociais, abrindo um mercado amplo e lucrativo para atender aos interesses da acumulação do capital.

Entretanto, a ofensiva neoliberal atualmente vem sendo revisada, sendo posta no debate contemporâneo sobre novas roupagens, em que se destacam o neodenvolvimentismo e o social-liberalismo.

Duriguetto e Montaño (2011) alertam sobre as análises do neoliberalismo que o identificam com a reforma do Estado apenas no plano político e técnico, e não com uma reforma econômica, como se não tivesse relação com a produção, os conflitos de classe, a reestruturação produtiva e a política macroeconômica. Esses autores ressaltam que não se deve reduzir o neoliberalismo à “superestrutura jurídica e política”, contrapondo assim keynesianismo a neoliberalismo. Apesar de constituírem projetos distintos, ambos constituem estratégias “diferentemente permeadas pelas demandas trabalhistas e limitadas por determinações históricas, da mesma classe (do grande capital), e que procuram o mesmo efeito: ampliar a acumulação

²⁹Cf. Borón, 2012a.

³⁰Cf. Borón, 2012a.

capitalista” (2011, p. 193):

Desta forma, o ‘projeto neoliberal’ constitui a atual estratégia hegemônica de reestruturação geral do capital – em face da crise, do avanço tecnocientífico e das lutas de classes que se desenvolvem no pós-1970, e que se desdobra basicamente em três frentes: a ofensiva contra o trabalho (atingindo as leis e direitos trabalhistas e as lutas sindicais e da esquerda) e as chamadas ‘reestruturação produtiva’ e contrarreforma do Estado’. (DURIGUETTO, MONTAÑO, grifos dos autores, 2011, p. 193).

Diferentemente da postura do período fordista-keynesiano, o Estado diante da vigência neoliberal passou a aplicar e a difundir uma política de parceria com os setores privados, em que as ações estatais, especialmente na área das políticas sociais, se submeteram a tendências seletivas e focalistas. Esta “nova” relação de parceria se deu com o intuito de prover as condições para o desenvolvimento e a legitimidade da ordem capitalista.

Borón (2012b) entende que, concomitantemente, o neoliberalismo produziu um contundente retrocesso social com um aumento significativo das desigualdades nos países onde foi adotado, mas obteve êxitos no controle da inflação e na imposição de certos mecanismos de disciplina fiscal.

Todavia, com todos os objetivos postos em prática para que o capitalismo enfim se reanimasse e atingisse taxas de crescimento como nos “anos gloriosos”, “o quadro se mostrou absolutamente decepcionante. Entre os anos de 1970 e 1980 não houve nenhuma mudança – nenhuma – na taxa de crescimento, nos países da OCDE” (ANDERSON, 2012, p. 15). A razão deste resultado paradoxal, em que não se combinam taxas de lucros com taxas de crescimento do capital, é apresentada por Anderson. Conforme o autor, a desregulamentação financeira, elemento defendido pelo programa neoliberal, criou um efeito inverso ao que era esperado: ao invés de produtividade, obteve-se uma maior especulação das operações. O mercado de câmbio internacional quebrou, as transações puramente monetárias acabaram por diminuir o comércio mundial dos mercados – esses foram os efeitos do processo de financeirização do capital, visto anteriormente. Apesar de todas as medidas para conter os gastos sociais do Estado, estes não diminuíram. O aumento do desemprego e o aumento demográfico dos aposentados na população fizeram com que o Estado gastasse bilhões em pensões.

Nos anos 1990, com o desenvolvimento da crise estrutural, o capitalismo

entra numa profunda recessão; a dívida pública de quase todos os países ocidentais chegou a índices alarmantes, junto com o endividamento das famílias e das empresas. As medidas neoliberais não foram capazes de reanimar a dinâmica do capitalismo, mesmo porque as medidas tomadas serviram de combustível para o aprofundamento da crise. As intervenções feitas pelo Estado nos gastos sociais – um dos objetivos perseguidos pelo ideário neoliberal – não lograram êxito. Entretanto, foi visível uma queda na regulação da produção.

Segundo Castelo³¹ (2012), diante da crise pôs-se em xeque o projeto neoliberal, fazendo com que ideólogos das classes dominantes iniciassem um processo de revisão dos principais pontos do projeto neoliberal, que haviam sido materializados no Consenso de Washington.

Surgiu com esta revisão ideológica do neoliberalismo o que pode ser chamado de *social-liberalismo*. Uma tentativa político-ideológica das classes dominantes de dar respostas às múltiplas tensões derivadas do acirramento das expressões da ‘questão social’ tornou-se novamente alvo da intervenção teórica e prática das classes dominantes. Daí as teses contemporâneas do socialismo burguês, como a Terceira Via (Anthony Giddens), a Via 2½ (Alain Touraine), do pós-Consenso de Washington (John Williamson), da ‘nova questão social’ (Pierre Rosavallon), do desenvolvimento humano (Amartya Sen) e das informações assimétricas e falhas de mercado (Joseph Stiglitz). (CASTELO, 2012, p. 47).

Esse autor destaca que a estratégia consistia em tentar associar uma agenda social ao projeto neoliberal; nesta, o Estado, junto com o Terceiro Setor, com destaque para a atuação deste último, interviria nas expressões mais agudas da questão social, “sem, no entanto, tocar nos fundamentos da vida mercantil generalizada no capitalismo” (CASTELO, 2012, p. 47). Assim, conforme Castelo:

O mercado, de acordo com os intelectuais do social-liberalismo, ainda seria a melhor forma de organização das relações sociais de produção inventada pelo ser humano, mas deveria sofrer ações tópicas nas suas principais falhas, como a má distribuição de renda e a destruição ambiental. (CASTELO, 2012, p. 47-48).

No Brasil, a chegada do social-liberalismo não encontra um marco preciso; alguns intelectuais datam a sua chegada a partir da eleição de Lula em 2002; outros

³¹O autor toma como ponto de partida do surgimento do social-liberalismo a crise financeira a partir dos meados da década de 1990, a qual teve fortes reflexos “na ‘questão social’, com uma explosão mundial de diversas das suas expressões, como o desemprego, a fome, o pauperismo e a violência” (CASTELO, 2012, p. 47).

consideram que ele tenha chegado ainda durante o governo de FHC (CASTELO, 2012). O supracitado autor concorda com este último marco, porém considera que ele toma força e se legitima a partir do governo Lula e das lideranças do PT.

Os teóricos do social-liberalismo, centrados nos conceitos de equidade e eficiência, defendem políticas sociais de transferência de renda focalizadas nos miseráveis – consideradas como inovadoras –, em detrimento de políticas sociais universais, estas avaliadas como inibidoras do crescimento econômico, ineficientes e caras (CASTELO, 2012).

Os social-liberais brasileiros, seguindo esta fórmula, recomendam medidas de caráter administrativo para aumentar a efetividade das políticas sociais:

1) focalização dos gastos sociais nos ‘mais pobres dos pobres’, isto é, os miseráveis; 2) avaliação do impacto das políticas sociais; e 3) integração e coordenação dos programas sociais em todos os níveis governamentais – federal, estadual e municipal – e do setor privado. (CASTELO, 2012, p. 58-59).

Castelo (2012) afirma que o social-liberalismo, tanto internacional como nacional, busca mistificar uma nova relação entre o mercado e o Estado, “imaginariamente capaz de instaurar a justiça social” (CASTELO, 2012, p. 71). Utilizando-se de um discurso mistificador, através de palavras progressistas como equidade, justiça social, solidariedade, busca então criar um consenso.

As teorias da Terceira Via, da Via 2½, do pós-Consenso de Washington, da “nova questão social”, do desenvolvimento humano, das informações assimétricas e falhas do mercado – que na sua totalidade conformam aquilo que intitulo de social-liberalismo – são uma variante ideológica do neoliberalismo, na qual as antigas teses do novo consenso burguês são conservadas e ganham um verniz (pós) moderno e “progressista” com a adesão da social-democracia e de parcelas significativas do desenvolvimentismo, que se negam a fazer uma crítica radical dos elementos primários do (neo) liberalismo, aceitando-os quase integralmente. (CASTELO, 2012, p. 72).

Mota (2012) também tem sido uma das autoras que analisa esse processo de revisão do projeto neoliberal, dando ênfase, porém, à análise sobre o novo desenvolvimentismo. Segundo a autora, o marco histórico desta revisão se deu com o aprofundamento da crise a partir dos anos 2000³², com a crise financeira a afetar

³² O desenvolvimento da crise estrutural do capital vem sendo revelando pelas inúmeras crises pelo qual o sistema vem sendo acometido, desde a crise dos anos 1970 as crises, em especial envolvendo o sistema das finanças, tem sido recorrentes. Analisando as crises do sistema capitalista, Harvey

uma das principais economias do mundo, a dos Estados Unidos, fazendo com que os especuladores financeiros passassem a ser criticados,

qualificados de especuladores irresponsáveis – defendem o capitalismo *sério, real, produtivo, democrático e redistributivo*. Este o “mote” que marcaria o início de outra processualidade histórica, desta feita qualificada como meio de enfrentamento à crise do capital financeiro, revelando um novo *projeto e processo de restauração da ordem do capital*, agora legitimado e conduzido por novos protagonistas: os governos de centro-esquerda latino-americanos. Estou me referindo aos projetos de corte social-liberal (Fontes, 2010) e aos do novo-desenvolvimentismo (Castelo, 2010), cujas bandeiras são o crescimento econômico com desenvolvimento social. (MOTA, 2012, p. 33).

A defesa dessa nova combinação entre crescimento econômico e desenvolvimento social caracteriza esse novo desenvolvimentismo, aliado a políticas de combate a pobreza, estas viabilizadas por um conjunto de políticas, programas e iniciativas governamentais. Visam, na verdade, consolidar “uma sociabilidade baseada na ideologia do consenso” (MOTA, 2012, p. 33).

Deste modo, os que defendem esta nova ideologia partem de uma suposta negação das ideias neoliberais³³, tendo como argumento que o enfrentamento das medidas neoliberais se faz com a combinação entre crescimento econômico e

(2011), analisa as crises dos anos 2000, dentro do circuito das finanças, segundo o autor a crise que despontou em 2008, já vinha sendo sinalizada desde 2006. “Algo sinistro começou a acontecer nos Estados Unidos em 2006. A taxa de despejos em áreas de baixa renda de cidades antigas [...]. Contudo, as autoridades e a mídia não deram atenção porque as pessoas afetadas eram de baixa renda, principalmente afro-americanos, imigrantes (hispânicos) ou mãe solteiras. [...] Foi somente em meados de 2007, quando a onda de despejos atingiu a classe média branca, nas áreas urbanas suburbanas dos EUA outrora crescentes e significativamente republicanas do Sul, que as autoridades começaram a levar em consideração e a grande imprensa, comentar. [...] Até o fim de 2007, quase 2 milhões de pessoas perderam suas casas e outros 4 milhões corriam o risco de ser despejados. Os valores das casas despencaram em quase todos os EUA e muitas famílias acabaram devendo mais por suas casa do que o próprio valor do imóvel. No outono de 2008, no entanto, a ‘crise das hipotecas *subprime*’, como veio a ser chamada, levou ao desmantelamento de todos os grandes bancos de investimentos de Wall Street, com mudanças de estatuto, fusões forçadas ou falências. [...] Na primavera de 2009, o Fundo Monetário Internacional estimava que mais de 50 trilhões de dólares em valores de ativos (quase o mesmo valor da produção total de um ano de bens e serviço no mundo) haviam sido destruídos. A Federal Reserve estimou em 11 trilhões de dólares a perda de valores de ativos das famílias dos EUA em 2008. Naquele período, o Banco Mundial previa o primeiro ano de crescimento negativo da economia mundial desde 1945. Esta foi sem dúvida, a mãe de todas as crises. No entanto, também deve ser vista como o auge de um padrão de crises financeiras que se tornaram mais frequentes e mais profundas ao longo dos anos, desde a última crise do capital nos anos de 1970 e início dos anos 1980” (HARVEY, 2011, p. 11-13).

³³ Segundo Pfeifer (2013, p. 12), “não por acaso, as explicações neodesenvolvimentistas acerca do baixo crescimento dos países latino-americanos, alicerçadas em críticas ao neoliberalismo, agradam amplos setores da sociedade brasileira, à direita e à esquerda, desde os empresários nacionais que não conseguem atingir os níveis de crescimento e lucratividade desejados, até setores da esquerda, críticos ao neoliberalismo, classes trabalhadoras e pauperizadas que sofrem com as expressões da questão social”.

desenvolvimento social. Como afirma Mota (2012):

duas ideias centrais estariam embasando esta ideologia: a) a de que o enfrentamento ao neoliberalismo se faz com crescimento econômico mediado pela intervenção do Estado; b) a de que o crescimento econômico leva inexoravelmente ao desenvolvimento social. (MOTA, 2012, p. 34).

No caso brasileiro, a autora aponta que o governo Lula tem sido um dos principais protagonistas na difusão desta ideologia. A era Lula, como denomina Mota, soube conciliar aparentes iniciativas contraditórias: o receituário neoliberal e as medidas neodesenvolvimentistas.

No primeiro mandato foram realizadas as contrarreformas da previdência e da educação, concomitantemente ao aumento das taxas de juros; enquanto no mesmo período eram expandidos a assistência social, o crédito ao consumidor, os empréstimos populares e os aumentos do salário mínimo. Através da mediação do mercado e do crescimento econômico induzido pelo Estado, o governo atendeu a algumas das reivindicações das classes subalternas, ao tempo que assegurou as exigências das classes dominantes. (MOTA, 2012, p. 35).

Apesar de as medidas praticadas terem minimizado e reduzido as condições de pobreza, “no plano prático, político e teórico, não há nenhum indício de redução das desigualdades³⁴ se a definirmos sob a ótica das disparidades das rendas do trabalho e dos lucros, juros da terra, aluguéis e outros rendimentos do capital.” (MOTA, 2012, p. 36-37).

A autora ainda observa que a pobreza passa a ser desistoricizada, “não por naturalizá-la, mas por tratá-la como um fenômeno que pode ser gerido através de políticas compensatórias, tornou-se possível atender algumas necessidades imediatas das classes trabalhadoras, sem romper com as exigências das classes proprietárias e dominantes” (2012, p. 37).

Em síntese, os elementos que constituíram essa “nova ideologia” residiriam numa suposta combinação de crescimento econômico com desenvolvimento social, este último viabilizado por políticas compensatórias, trazendo consigo “uma nova etapa de crescimento e avanço para o país” (MARANHÃO, 2013, p. 77).

Conforme Mota (2012):

³⁴Em 2012, o Brasil é o quarto país mais desigual da América Latina em distribuição de renda, ficando atrás somente de Guatemala, Honduras e Colômbia. Disponível em: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/08/brasil-avanca-mas-e-quarto-pais-mais-desigual-da-america-latina-diz-onu.html>. Acesso em junho de 2014.

Não há dúvidas de que a estratégia neodesenvolvimentista, adotada pelo governo brasileiro, é sustentada pela combinação de financeirização, crescimento econômico e políticas sociais compensatórias. Ainda que sejam inegáveis os indicadores de crescimento, também o são os da “estrangeirização” do território, da dilapidação ambiental, acompanhados pela desindustrialização e pela vulnerabilidade da inserção do Brasil na economia internacional via *commodities*, ademais do favorecimento da financeirização à base de altas taxas de juros e da desregulamentação da entrada de capitais internacionais e das remessas de lucros e dividendos para o exterior. (2012, p. 22).

Em sua análise sobre esse “novo” ideário, Leher (2012) expõe que os defensores do neodesenvolvimentismo o apresentam como um contraponto ao neoliberalismo, visto que para os neoliberais ortodoxos, a ideia de desenvolvimento que tem o Estado como protagonista é rejeitada. Leher (2012) esclarece:

[...] paulatinamente, a defesa do desenvolvimento foi se firmando como um contraponto ao neoliberalismo, assumindo, na aparência, feição progressista: como os neoliberais eram avessos ao protagonismo do Estado em certos domínios, os críticos do neoliberalismo se apegaram à *estadolatria*, negligenciando toda uma tradição crítica sobre o Estado capitalista. O mesmo pode ser dito sobre o desenvolvimento: como é criticado pelos neoliberais, logo o desenvolvimento é sinônimo de pós-neoliberalismo. Assim, ao longo dos anos 1990, em especial no final dessa década, muitos economistas neokeynesianos sustentam a opção desenvolvimentista, assim como parcelas relevantes da esquerda, entre as quais as tendências majoritárias do PT e lideranças destacadas de movimentos sociais. (LEHER, 2012, p. 12).

O referido autor assevera que o marco histórico desse processo se evidenciou com as manifestações da crise estrutural nos meados dos anos 1990, quando se demonstrou também que as redentoras promessas neoliberais não foram capazes de deter os efeitos da crise; então, “o antagonismo popular com o neoliberalismo assume extraordinárias proporções” (LEHER, 2012, p. 13).

As proposições dos teóricos do Banco Mundial para o enfrentamento da crise resultam na defesa de um novo desenvolvimentismo, porém de modo que as bases do neoliberalismo permanecessem inalteradas. Tem-se assim “o fenômeno do novo progressismo, inspirado na Terceira Via teorizada por Giddens, difundido como ‘pós-neoliberalismo’ e que pretensamente estaria conformando um campo político na América Latina antineoliberal” (LEHER, 2012, p. 14).

Leher (2012) chama a atenção para a celeridade com que ocorre a adoção

dessas proposições no Brasil por parte dos governos do PT, visto que na Europa tais reorientações precisaram de várias décadas para isso:

Com efeito, as relexicalizações e as ressignificações nas políticas sociais empreendidas pelos governos do PT obedecem à gramática básica que estrutura as proposições dos organismos internacionais e dos principais centros de pensamento da ordem liberal-burguesa. (LEHER, 2012, p. 14).

Mota (2012, p. 22) assinala que diante do contexto de crise desenvolve-se uma “cultura de crise”, na tentativa de obter o consenso das classes trabalhadoras às medidas de austeridade”. No Brasil, entretanto, passa-se a alimentar um discurso de superação da crise, aplicando a fórmula que prevê o crescimento econômico e o combate à pobreza (MOTA, 2012).

A autora expõe que, na Europa, vivenciam-se políticas de austeridade neoliberal, com todo o pacote característico das orientações neoliberais: supressão de direitos sociais e trabalhistas, reforma da seguridade social, mercantilização e privatizações dos serviços públicos, dentre outras medidas; já no Brasil, “sob o impulso do crescimento econômico, abraça-se o neodesenvolvimentismo e a ideologia do social-liberalismo como fundamentos e meios de superação da crise do capital” (MOTA, 2012, p. 22). A ofensiva burguesa tenta assim, mais uma vez, criar um consenso em torno das massas, a fim de legitimar seu projeto.

A ofensiva neoliberal tem trazido expressivas mudanças em todos os setores da vida social, no âmbito do trabalho, com a flexibilização e as consequentes perdas trabalhistas. Tais mudanças vêm repercutindo na constituição da classe trabalhadora, que se apresenta mais heterogênea, fragmentada e complexa. As políticas sociais, por sua vez, vêm sendo desmontadas, orientadas para a focalização, seletividade, privatização e mercantilização, apesar de tais mudanças terem sido acirradas com a crise, e com os mecanismos por ela adotados – a exemplo do neoliberalismo.

As perdas para a classe trabalhadora têm ainda se apresentado através da flexibilização do trabalho, e no progressivo aumento do setor informal dos mercados de trabalho, incidindo em perdas de proteção social trabalhista, como também na destruição dos fundamentos da ação sindical. “O que resta, então? Resta a estratégia predileta que o neoliberalismo impôs às classes populares: o ‘salve-se quem puder!’, abdicando de qualquer pretensão solidária, qualquer esforço coletivo

de organização e representação” (BORÓN, 2012a, p. 108). Neste sentido, conforme analisa Sader, o neoliberalismo (2012)

reinterpreta o processo histórico de cada país: os vilões do atraso econômico passam a ser os sindicatos, e junto com eles, as conquistas sociais e tudo o que tenha a ver com a igualdade, com a equidade e com a justiça social. Ao mesmo tempo, a direita, os conservadores, se reconvertem à modernidade na sua versão neoliberal, via privatizações e um modelo de *Estado Mínimo*. (SADER, 2012, p. 147).

Duriguetto e Montaño (2011) acrescentam:

o neoliberalismo é uma nova estratégia que corrói e altera os processos típicos do anterior (e em crise) Regime de Acumulação Fordista-Keynesiano, mas o faz para garantir e ampliar os fundamentos da acumulação capitalista; se o neoliberalismo *‘rompe’* com o *‘pacto keynesiano’*, com o *‘Estado de Bem-Estar’*, e com o projeto de crescimento produtivo/comercial, o faz para dar *continuidade*, num contexto de crise, à acumulação ampliada de capital, na fase monopolista. [...] O neoliberalismo acirra a exploração da força de trabalho, mas não a institui; o neoliberalismo amplia as formas de *‘exploração’*, de *‘enriquecimento’* e acumulação, por um lado, e de empobrecimento, por outro, mas isso não surge com esse projeto: *esses são fundamentos do sistema capitalista*. (DURIGUETTO, MONTAÑO, 2011, p. 194, grifos dos autores).

Enfim, as mudanças no âmbito político-econômico-social direcionadas pelo neoliberalismo e por suas vertentes estão materializadas, sobretudo, em dois pilares fundamentais, como afirma Borón: através da ofensiva privatizante e do movimento para retrain programas universais de proteção social em prol de critérios mais particularistas de acesso a benefícios. Tais aspectos têm repercutido no Brasil de forma relevante, mormente a partir da eleição do presidente Collor em 1989, sendo consolidados nos governos de FHC, com a implantação da “reforma”, e nos governos petistas, de Lula da Silva e Dilma Rousseff. No caso brasileiro, a crise capitalista e a ofensiva neoliberal que vêm reconfigurando o Estado impactaram fortemente nas políticas sociais, em especial na saúde, com a criação e a adoção de novos modelos de gestão de caráter privatizantes, a exemplo das Organizações Sociais, representando a submissão governamental aos ditames do capital.

Tendo como referência a trajetória de ofensiva do neoliberal, busca-se analisar na próxima seção as repercussões desse processo para a política de saúde, especialmente no que concerne à privatização da gestão do Sistema Único de Saúde, através das Organizações Sociais, viabilizada pelas contrarreformas do

Estado.

2. A PRIVATIZAÇÃO DO SUS NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS DO ESTADO BRASILEIRO VIA OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO NA SAÚDE

Como visto na seção anterior, as mudanças engendradas no mundo do capital a partir dos anos 1970, marco histórico da crise do capital, vêm sendo conceituadas por alguns autores³⁵ como estruturais e redimensionando todos os espaços sociais, com forte impacto para as políticas sociais. A compreensão de tais determinações é relevante para compreender as transformações socioeconômicas e políticas que estão na base do processo de redefinição do Estado. Elas se materializam nas contrarreformas³⁶ empreendidas pelo Estado brasileiro a partir dos anos 1990, especialmente na política de saúde, a fim de atender às requisições de rentabilidade do capital na contemporaneidade.

Segundo Netto e Braz, com o ideário neoliberal em cena,

o Estado foi demonizado pelos neoliberais e apresentado como um trambolho anacrônico que deveria ser reformado – e, pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra *reforma* perdeu o seu sentido tradicional de conjunto de mudanças para ampliar direitos; a partir dos anos oitenta do século XX, sob o rótulo de *reforma(s)*, o que vem sendo conduzido pelo grande capital é um gigantesco **processo de contra-reforma(s)**, destinado à supressão ou à redução de direitos e garantias. (NETTO & BRAZ, 2008, p. 227).

Compartilhando deste pensamento, utiliza-se, neste trabalho, a expressão contrarreformas para designar o processo regressivo dos direitos sociais e trabalhistas, do ponto de vista da classe trabalhadora, a partir das “reformas” efetivadas nos governos de Fernando Henrique Cardoso e prosseguidas nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff. Salienta-se, porém, que as contrarreformas dos governos citados apresentam peculiaridades que as diferenciam, pois o processo de contrarreforma empreendido pelo governo de FHC apresentou de modo claro a ofensiva neoliberal, diferentemente dos governos

³⁵Behring (2008a), Granemann (2008) e Netto (2008).

³⁶Neste trabalho, utiliza-se a expressão contrarreformas para designar o processo regressivo, do ponto de vista da classe trabalhadora, das “reformas” desenvolvidas a partir dos governos Fernando Henrique Cardoso e prosseguidas nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva. Cabe ainda considerar que o termo reforma esteve historicamente ligado às conquistas, do ponto de vista da classe trabalhadora, por melhores condições de vida e trabalho, o que não é o caso. Para um maior aprofundamento, ver Behring (2008a) e Behring & Boschetti (2008b).

petistas de Lula e Dilma, os quais, sob o manto nebuloso de um discurso que prega a defesa da saúde pública e de qualidade, vêm implementando, de modo sistemático, as contrarreformas na política de saúde.

Cabe ainda considerar que o termo reforma esteve historicamente ligado às conquistas do ponto de vista da classe trabalhadora por melhores condições de vida e trabalho. Nesse sentido, a proposta da Reforma Sanitária Brasileira é um exemplo de reforma nos termos históricos. O processo de regressão que se está a designar como contrarreforma na saúde é, por sua vez, o processo de desmonte da Reforma Sanitária Brasileira e, conseqüentemente, do SUS.

Desse modo, busca-se discutir nesta seção o contexto socioeconômico e político em que está imerso o processo de privatização do SUS, tendo como mediação importante as contrarreformas do Estado brasileiro. É necessário, no entanto, resgatar o processo de conquista do SUS, protagonizado pelo Movimento da Reforma Sanitária, para só então adentrar no cenário que configurou e que vem marcando as diretrizes da atual política de saúde, dando ênfase à privatização do SUS mediante os novos modelos de gestão. Intenta-se, desse modo, alcançar os demais objetivos deste trabalho, quais sejam: *situar o processo de privatização da saúde, a partir dos novos modelos de gestão, no contexto de crise do capital e de contrarreformas do Estado brasileiro; e identificar os interesses do capital na área da saúde com os novos modelos de gestão, especialmente com a implantação das OSs.*

2.1. A constituição do SUS e o Movimento de Reforma Sanitária

A discussão sobre a construção do SUS, tendo como protagonista o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, torna-se relevante nessa investigação. É que o SUS foi pensado e formulado a partir de um projeto que tinha como horizonte a realização de uma verdadeira Reforma; para além da luta por um sistema de saúde, o movimento almejava uma nova sociedade.

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira merece relevância, já que a luta pela efetivação de seus princípios foi e continua a ser crucial no entendimento dos três projetos que se destinam à política de saúde brasileira atualmente: o Projeto da Reforma Sanitária, mais democrático, o Projeto Privatista, e um terceiro, que seria a reforma sanitária flexibilizada, conforme análise de Bravo (2011).

Os interesses do capital na saúde pública³⁷ brasileira são anteriores ao período de efervescência da luta de classes e da constituição do SUS; na realidade, eles sempre estiveram presentes. Nesse sentido, será exposto, brevemente, como se deu a construção desse processo.

É a partir da década de 30, durante o governo de Getúlio Vargas, que surgem as políticas sociais com vistas a dar resposta à questão social, no Brasil. Segundo Behring & Boschetti (2008b), diferentemente dos demais governos que enfrentavam a questão social tão só como uma questão de polícia, o governo Vargas soube combinar essa iniciativa com uma forte iniciativa política, ao regulamentar as relações de trabalho no país³⁸. Tendo em vista buscar o consenso das classes sociais, impulsionou a construção do Estado social, em sintonia com os processos internacionais, porém mantendo as particularidades internas. Segundo Bravo (2009):

a conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (BRAVO, 2009, p. 91).

Conforme a autora, a política de saúde foi dividida em dois subsetores: a saúde pública e a medicina previdenciária, as quais estavam ligadas aos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs³⁹, porém restritas aos que tinham acesso a estes. O papel central da saúde pública era criar condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. Entre as alternativas adotadas pela saúde pública estava a ênfase nas campanhas sanitárias e a

³⁷Para um maior aprofundamento da trajetória da saúde, tanto no âmbito internacional como no Brasil, vide Bravo (2013): *Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*.

³⁸Conforme Behring & Boschetti (2008b), com relação ao trabalho o Brasil seguiu as referências de cobertura de riscos ocorridas nos países desenvolvidos, numa sequência que parte da regulação dos acidentes de trabalho, passa pelas aposentadorias e pensões, e segue com auxílios doença, maternidade, família e seguro-desemprego. Em 1930 foi criado o Ministério do Trabalho, e em 1932, a Carteira de Trabalho, a qual passa a ser o documento da cidadania no Brasil, pois só eram portadores de alguns direitos aqueles que dispunham de emprego registrado em carteira. (2008, p. 106).

³⁹De acordo com Behring & Boschetti (2008b), os IAPs ofereciam um conjunto de benefícios e serviços de acordo com a contribuição dos trabalhadores, dos empresários e do Estado, que não eram uniformes. Segundo Bravo (2000), possuíam uma orientação *contencionista* e estavam menos preocupados com a prestação de serviços que com a acumulação de reservas financeiras. (BEHRING & BOSCHETTI, 2008b, p. 107).

coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, o que desde 1937⁴⁰ ficou a cargo do Departamento Nacional de Saúde. Assim como a saúde pública, a medicina previdenciária teve início também na década de 30, com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Segundo Paim (2009), a medicina previdenciária teve início com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)⁴¹, que ganharam certa expansão a partir de 1930, durante o governo Vargas, quando foram substituídas por vários IAPs, sendo criado um instituto para cada categoria de trabalhadores. A direção dos IAPs contava com a participação dos trabalhadores, e tal iniciativa serviu como instrumento de cooptação de lideranças sindicais.

Em 1966, todos os Institutos, com exceção do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (Ipase), foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Só tinha acesso à assistência médica da previdência social aqueles que faziam parte do mercado formal de trabalho e contavam com carteira assinada. Os que não estivessem nessa condição tinham de pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento nas instituições filantrópicas⁴².

Segundo Paim, “o financiamento das atividades dos institutos dependia da sobra de recursos que não fossem gastos com os aposentados, viúvas e órfãos” (2009, p. 34). O governo incentivava o desenvolvimento e o fortalecimento do setor privado e filantrópico da saúde. Esse autor afirma que a saúde pública não era vista como uma prioridade; os dirigentes dos institutos preferiam comprar serviços médico-hospitalares do setor privado, em vez de investir no próprio serviço. A privatização da saúde durante os governos militares foi incentivada e ampliada⁴³,

⁴⁰Nesse período também foram criados os serviços de combate às endemias como a febre amarela e a malária; em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste; e em 1940, o Serviço de Malária da Baixada Fluminense. Cabe salientar que o Serviço Nacional de Febre Amarela e o Serviço de Malária do Nordeste foram financiados pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana. (Cf. Bravo, 2009).

⁴¹Conforme Behring & Boschetti, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) foram criadas no ano de 1923. A lei Eloy Chaves instituiu a obrigatoriedade de criação de CAPs para algumas categorias estratégicas de trabalhadores, como os ferroviários e marítimos. As CAPs constituíram as formas originárias da previdência social brasileira, junto com os IAPs.

⁴²Cf. Paim, p. 32.

⁴³Já segundo Escorel (2008 *apud* CARDIAL, 2013): “A partir da criação do INPS, alegando a incapacidade de a rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros. Essa tendência de abandono das ações executivas, em benefício do setor privado, foi estabelecida para todos os ministérios, nas Constituições de 1967 e de 1969, bem como no Decreto-Lei 200/1967. O INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro. O

agregada a um sistema de corrupção.

Ainda de acordo com Paim (2009):

Não era só pela rima que a privatização associava-se à corrupção. Epidemias de cesarianas, internações de mendigos em hospitais psiquiátricos particulares, “cirurgias ginecológicas” em homens e outros absurdos eram pagos pela previdência social, por meio de um mecanismo de pagamento baseado nas Unidades de Serviços (US). (2009, p. 35).

Durante o período de exceção, de perdas das liberdades democráticas, censura e prisão, durante a ditadura militar os governos militares buscaram se legitimar por meio da ampliação e da modernização das políticas sociais⁴⁴. Através da unificação, uniformização e centralização dos diversos institutos previdenciários com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS⁴⁵, excluíram-se definitivamente os trabalhadores da gestão da previdência social do Instituto; ao trabalhador coube apenas o papel de financiador.

Conforme Bravo, na área da saúde impôs-se uma forte medicalização, com ênfase ao atendimento individual, curativo e especializado em detrimento da saúde pública, em estreita relação com o incentivo à indústria de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, visando à lucratividade (BRAVO, 1996, 2000 *apud* BEHRING e BOSCHETTI, 2008b, p. 137).

Em meados dos anos de 1970, período de contestação da política

credenciamento e a remuneração por Unidades de Serviço (US) foi um fator incontrolável de corrupção: os serviços inventavam pacientes ou ações que não tinham sido praticadas ou faziam apenas aquelas que eram mais bem remuneradas, como o parto por cesariana ao invés do parto normal. Outra modalidade sustentada pela previdência social foi a dos convênios com empresas, a medicina de grupo. Nesses convênios, a empresa assumia a assistência médica aos seus empregados e deixava de contribuir ao INPS. Os serviços eram prestados por empresa médica (medicina de grupo) contratada, que recebia um valor fixo por trabalhador, a cada mês. Dessa forma, quanto menos atendesse, maior seria o seu lucro. Entretanto, os casos mais complexos ou que exigissem mais tempo de internação continuavam a ser atendidos pela previdência social. Com os baixos orçamentos que recebia o MS (menos de 2% do PIB), a saúde pública tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação se restringia a campanhas de baixa eficácia. O MS propôs, em 1968, o Plano Nacional de Saúde, que pretendia vender todos os hospitais governamentais à iniciativa privada, deixando ao Estado o papel de financiar os serviços privados, que seriam também parcialmente custeados pelos pacientes. Esse plano foi implantado experimentalmente em algumas localidades, mas encontrou enormes resistências, inclusive do próprio corpo técnico da previdência social”.

⁴⁴Cf. Behring & Boschetti, 2008b.

⁴⁵Segundo Behring & Boschetti (2008b), os trabalhadores rurais puderam ter acesso à previdência por meio da criação do Funrural, o qual teve um caráter mais redistributivo, já que não se fundava na contribuição dos trabalhadores, mas numa pequena taxação dos produtores, apesar de seu caráter irrisório – valor de meio salário mínimo (1971). A cobertura previdenciária também alcançou as empregadas domésticas (1972), os jogadores de futebol, os autônomos (1973) e os ambulantes (1978).

antidemocrática da ditadura militar, surge o Movimento da Reforma Sanitária⁴⁶ brasileira, referenciado na reforma sanitária italiana. Conforme Bravo (2009), a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Medicina Preventiva, Saúde Pública, iniciaram os debates dentro da academia. Tal debate, entretanto, não se restringiu ao espaço da academia, este passou a ganhar outra dimensão com a participação de entidades representativas da população congregando movimentos populares e partidos políticos, com destaque para os militantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB), profissionais de saúde, intelectuais e pesquisadores da área. O movimento “defendia a democratização do Estado e uma ampla reforma na política de saúde baseada nos princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação” (CORREIA, 2005, p. 155).

Aqui, esse movimento Partindo do setor saúde, o Movimento da Reforma Sanitária contestava o cerceamento dos direitos civis e políticos, imposto pela ditadura militar, como também a política de saúde excludente. Esta se caracterizava pelo privilegiamento do setor privado da saúde e pelo fortalecimento do projeto privatista na área, contrariando as ações e medidas adotadas no regime militar. Conforme Behring & Boschetti (2008b, p. 137), “[...] a ditadura militar abria espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas, configurando um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar”.

Ainda nesse sentido, Medeiros (2005) explicita que o papel do Movimento Sanitário foi o de se tornar “[...] construtor de um pensamento contra-hegemônico, fundado no conceito de determinação social do processo da saúde e na crítica à perversidade do sistema implantado, de mercantilização da medicina [...]” (MEDEIROS, 2005, p. 3).

O Movimento da Reforma Sanitária surge como uma contestação ao regime, em meio ao clamor da sociedade pelo processo de democratização do país, tendo

⁴⁶ “No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde. Em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em Brasília, esse grupo de pessoas, entre os quais estava Sergio Arouca, foi chamado de forma pejorativa de ‘partido sanitário’. Apesar disso, o grupo não se constituía como partido; sua mobilização era mais ampla, sendo considerada uma ação social. Em uma dissertação de mestrado orientada por Sergio Arouca em 1986, *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*, a atuação desse grupo foi chamada pela primeira vez de movimento sanitário. Surgiram, também, outras denominações, como ‘movimento pela reforma sanitária’ e ‘movimento da reforma sanitária.’” (Reforma Sanitária. Disponível em: <<http://bvsaouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em julho de 2014.

como bandeira o reconhecimento da saúde a partir de um conceito mais amplo⁴⁷, em que fossem considerados os fatores determinantes e condicionantes que influenciam a saúde, como: trabalho, moradia, lazer, meio ambiente, saneamento, renda, cultura, saúde, educação, assistência social e previdência.

O entendimento dessa nova concepção de saúde estava associado a uma nova concepção de Estado e sociedade. O Movimento defendia a construção de um Estado e sociedade baseados nos preceitos democráticos de igualdade e justiça social; compreendia que a saúde não é apenas uma mera condição biológica ou genética, mas também o resultado de políticas sociais e econômicas que busquem evitar o adoecimento. Requeria que a nova Constituição considerasse a saúde de maneira mais abrangente.

A discussão da saúde gerou um amplo debate em que novos sujeitos sociais discutiram suas condições de vida e da população brasileira, sugerindo novas propostas governamentais para o setor. “A saúde deixou de ser apenas interesse dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2009, p. 95).

A autora explica que entre as propostas debatidas pelo Movimento Sanitário estava a universalização do acesso à saúde; a saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando a um reordenamento da saúde individual e coletiva; entre outras propostas.

Conforme Correia (2005), esse Movimento apresentou, em 1979, no 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, o documento “A questão democrática da Saúde”. Neste documento já havia a ideia de criação do SUS.

O coroamento da saúde nos anos 1980 se deu com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, em 1986. Pressionado pelo Movimento Sanitário, o governo Sarney convoca a 8ª CNS que, pela primeira vez, contou com a representação paritária entre usuários do sistema e demais participantes.

⁴⁷Essa nova forma de pensar da saúde foi influenciada pela teoria marxista (o materialismo dialético e o materialismo histórico), que mostra que a doença está socialmente determinada. Diferente da forma de olhar e pensar a saúde nessa época, “muito concentrada nas ciências biológicas e na maneira como as doenças eram transmitidas. Há uma primeira mudança quando as teorias das ciências sociais começam a ser incorporadas. Essas primeiras teorias, no entanto, estavam muito ligadas às correntes funcionalistas, que olhavam para a sociedade como um lugar que tendia a viver harmonicamente e precisava apenas aparar arestas entre diferentes interesses”. (Reforma Sanitária. Disponível em: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 30 de julho de 2014.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associação de profissionais e parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2009, p. 96).

Durante três dias da conferência, foram discutidos temas como: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. O Relatório Final da 8ª Conferência, fruto de intensos debates, deixou claro que a reformulação da política de saúde ia além de reformas administrativas e financeiras; era preciso uma reformulação mais profunda. O próprio conceito de saúde deveria ser ampliado, “revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar Reforma Sanitária” (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CSN, 1986, p. 2). Durante o debate, ficou claro que a saúde não poderia ser concebida como um conceito abstrato, sendo preciso considerar as determinações históricas da sociedade “em determinados momentos de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CSN, 1986, p. 4).

Enfatizou-se que a materialização desse direito não se realizaria simplesmente pela sua formalização no texto constitucional; o Estado deveria assumir efetivamente uma política de saúde integrada às demais políticas econômicas e sociais, e os meios para concretizá-la.

O posicionamento contrário à saúde como mercadoria e fonte de lucro foi um dos eixos do Movimento da Reforma Sanitária, em oposição aos interesses empresariais centrados no atendimento médico-hospitalar: “[...] interesses em geral não coincidentes com os dos usuários dos serviços, acentuadamente influenciados pela ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde” (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS, 1986, p. 6).

Segundo o Relatório da 8ª Conferência, este foi um dos eixos que mais mobilizaram os participantes, colocando em questão a estatização imediata ou progressiva. A proposta da estatização imediata foi recusada, visto que deveria se

ter um fortalecimento e expansão do sistema público, sendo consenso a estatização progressiva. “O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor” (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS, 1986, p. 12).

Outro ponto defendido foi a exclusividade da alocação do fundo público no setor público estatal:

redirecionamento dos fundos públicos para financiamento exclusivo da rede do setor público estadual e municipal; a suspensão imediata de financiamento, por parte destes fundos, para ampliação, reforma e construção de estabelecimentos privados ou para compra de equipamentos. (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CNS, 1986, p. 16).

As propostas defendidas quanto ao financiamento do Setor previam ainda que fossem constituídos fundos de saúde nas diferentes esferas de governo, devendo ser geridos conjuntamente, com a participação de órgãos públicos e da sociedade organizada. O Estado passaria a ser responsável pelo financiamento do Sistema, cabendo-lhe desenvolver uma política de descentralização e articulando a participação efetiva dos Estados e Municípios, com uma ampla e profunda reforma tributária.

Quanto à política de recursos humanos, o Relatório da 8ª CSN apresentou propostas que iam de encontro à política adotada, marcada por interferências clientelísticas na forma de contratação de pessoal. Entre as propostas apresentadas no Relatório, destacam-se: a isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos três níveis de governo, o estabelecimento imediato de plano de cargos e salários, a admissão através de concurso público, com estabilidade no emprego, o incentivo à dedicação exclusiva e o compromisso dos servidores com os usuários.

A Constituição Federal aprovada em 1988 incorporou grande parte das propostas do relatório final da 8ª CNS. A Carta Magna trouxe avanços importantes quanto aos direitos sociais, possibilitando que tais direitos fossem assegurados do ponto de vista legal. Como afirma Bravo, “[...] introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes” (BRAVO, 2009, p. 97).

Mas essas propostas não foram asseguradas na CF de 1988 sem a presença de interesses antagônicos. Segundo Correia (2005):

Durante a Assembleia Nacional Constituinte, o Movimento de Reforma Sanitária fez *lobbies* para conseguir a adesão de parlamentares à proposta do SUS. Nesse processo, houve uma competição entre as propostas dos setores progressistas e as dos setores conservadores, até a proposta do SUS ser contemplada, em parte, na Constituição de 88. Pode-se, portanto, afirmar que o SUS é uma conquista do Movimento Sanitário. (CORREIA, 2005, p. 165).

Assim, o texto constitucional, no que diz respeito à saúde, “após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica” (BRAVO, 2009, p. 97).

A partir dos anos 1980, a saúde brasileira se reconfigura e alia ao processo de reforma sanitária, tendo como relevante mudança a ampliação do conceito de saúde. Esta passou a constituir o tripé da seguridade social brasileira, ao lado da assistência e da previdência. Tais políticas devem ser providas pelo Estado, contudo, entre essas, a saúde foi a única a ter o caráter universal assegurado:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação. (CF, art. 196, 1988).

O interesse do setor privado na prestação dos serviços públicos de saúde foi mantido na Carta Magna, ainda que de modo parcial. A participação da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde foi garantida de forma complementar aos serviços públicos, abrindo assim precedentes para a privatização do SUS por dentro do próprio serviço, de modo que na atual conjuntura essa complementaridade tem sido invertida. Em seu art. 199, a CF de 1988 estabeleceu que:

Art. 199 § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. (C.F/88, art. 199, 1988).

Com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Entre os principais aspectos aprovados por esta Constituição, TEIXEIRA

(1989, p. 50 – 51, *apud* BRAVO 2009, p. 97) destaca:

- O direito universal à saúde é dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurados/não segurados, rural/urbano;
- As ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- A constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para a subvenção de instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo-se ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- A proibição da comercialização de sangue e derivados.

Conforme Correia (2005), a Constituição de 1988 legalizou o SUS, porém ele só foi regulamentado a partir de 1990⁴⁸, com a criação das Leis Orgânicas da Saúde: 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, as quais regulamentam, respectivamente, o SUS, sua organização, funcionamento dos serviços e a participação social na gestão do SUS, baseadas assim no projeto de Reforma Sanitária propugnado pelo Movimento Sanitário. Esses princípios dão uma nova dimensão de qualidade aos serviços de saúde, como segue:

Universalidade: todas as pessoas, sem exceção, têm direito aos serviços públicos de saúde em todos os níveis de assistência, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda. Este princípio vem sendo burlado, pois o que tem acontecido de fato é o processo de universalização excludente. A universalização acontece legalmente, mas na realidade, diante da precariedade da assistência à saúde da rede pública, que não consegue absorver a demanda nem manter um padrão de qualidade

⁴⁸Em 1990, são aprovadas as leis 8.080/90 e 8.142/90, que, juntas, formam a Lei Orgânica da Saúde. Na época, muito se falou sobre a demora da aprovação, dificuldade esta estritamente ligada aos interesses divergentes sobre a concepção de política de saúde. No entanto, há que se reconhecer que, comparativamente a outras políticas, foi até pouco, em face dos enfrentamentos, por exemplo, na assistência social (regulamentada em 1993) e na educação (somente em 1996). (BRAVO e MATOS, 2008).

nos serviços prestados, parcelas da população foram empurradas para o mercado privado de saúde.

Integralidade: a assistência à saúde deve ser pautada pelo conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos que considerem os usuários como seres sociais inseridos numa realidade social, econômica e política. As pessoas não podem ser tratadas como um amontoado de partes do corpo que têm disfunções próprias, sem relação com a realidade concreta em que vivem. Assim, essas ações devem estar voltadas para a promoção (ações em outras áreas como habitação, meio ambiente, educação etc.), prevenção (saneamento básico, imunizações etc.), e recuperação da saúde (atendimento médico, reabilitações para doentes).

Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo: a ser viabilizada pela municipalização, transferindo-se recursos e poder de decisão às esferas locais.

Participação da comunidade: a participação na definição da política de saúde é um direito institucionalizado em duas instâncias colegiadas, a Conferência e o Conselho. (CORREIA, 2005, p. 165-166).

Desse modo, a saúde, no Brasil, converte-se num direito social previsto na Constituição de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde e norteada por princípios como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Conta, também, com a redefinição da atuação dos entes governamentais (União, estados e municípios) na prestação dos serviços.

Ao tempo que superou o regime ditatorial instaurado em 1964 e conquistou legalmente direitos sociais, a sociedade brasileira também vivenciava um momento de crise econômica, presente até hoje. Segundo Behring & Boschetti (2008b), os anos 1980 são conhecidos como a “década perdida” para a economia do país. No entanto, os sinais da crise já se apresentavam no ano de 1974, com a crise internacional⁴⁹ e a diminuição dos fluxos de capitais, levando a um endividamento exorbitante, tendo como consequência o aumento do desemprego, o agravamento da pobreza e a restrição de direitos sociais.

No Brasil, apesar de 70% da dívida externa estatal ter sido contraída pelo setor privado, por pressões do FMI houve uma crescente e impressionante socialização dessa dívida⁵⁰. “A dependência externa brasileira junto aos Estados

⁴⁹Segundo Borges et. al., 2013: “Após a crise do capitalismo de 70, o imperialismo recrudescer na chamada era *Reagan*, em alusão ao presidente Ronald Reagan (1981-1989), quando começa a guerra contra as políticas sociais mantidas pelos governos. A *Reaganomics*, como era chamada a doutrina econômica do presidente estadunidense, tinha as seguintes características: desregulação do mercado, por considerá-lo autocorretivo; corte de impostos, para permitir às corporações margem para investimento (o que se traduziu em grande concentração financeira), e diminuição do tamanho do Estado. Na mesma direção, os Estados Unidos se reinserem com mais força na luta contra o socialismo e pela difusão do neoliberalismo em todo o mundo”. (BORGES et al., 2013, p. 56).

⁵⁰Cf. Behring & Boschetti, 2008b.

Unidos, fiador da dívida brasileira junto ao FMI, agravada durante o regime militar (1964-1985), tornou o país altamente endividado, sem poupança interna capaz de financiar o país” (BORGES et al., 2013, p. 56). Isso levou, posteriormente, os organismos multilaterais a pressionarem o Brasil para a adoção de uma política reformista e recessiva, e no que se refere às políticas sociais, uma política orientada pela lógica do mercado. Correia anota (2007, p. 16):

nas décadas de 1980 e 1990, com a crise da dívida – ante a taxa de juros flutuantes, os países devedores ficam sem possibilidade de honrar com seus débitos –, o FMI e o BM passaram a desempenhar um papel protagônico na orientação das políticas econômicas adotadas pelos Estados latino-americanos, mediante a imposição da adoção de programas de estabilização econômica e de ajuste estrutural, implicando a reforma do Estado.

Bravo (2009) destaca que a partir de 1988, as forças comprometidas com o Movimento de Reforma Sanitária passaram a perder espaço na coalizão governamental e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. Mesmo com a saúde assegurada pela Constituição de 1988 e por suas leis orgânicas, o contexto socioeconômico e político nacional e internacional se mostrou desfavorável a sua efetivação. Pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população foram percebidos, devido a falta de concretização da sua operacionalização.

Para Bravo (2009 apud Teixeira Fleury, 1989), a burocratização da reforma sanitária, afasta a população da cena política, despolitizando o processo. A consolidação da reforma tem dois elementos em tensão: o reformador, imprescindível para transformar instituições e processos, e o revolucionário, que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população. Considera-se que a construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da saúde que deveria ser viabilizado nos anos de 1990.

Ainda durante o período de constituição do SUS, apresentaram-se dois projetos antagônicos em disputa, definidos por Bravo e Matos (2008) como o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista; mesmo após a legalização do SUS, eles seguem tensionando a política de saúde. Atualmente, um terceiro projeto vem se apresentando, o da reforma sanitária flexibilizada (BRAVO, 2011). Já Campos (1997)

observa que, “contraditoriamente, o SUS tentou implementar a medicina socializada no mesmo momento em que o imperialismo estava em ampla caçada por novos mercados no setor saúde” (CAMPOS, 1997 *apud* BORGES et al., 2012, p. 55).

O Projeto da Reforma Sanitária baseia-se na construção do SUS e de uma esfera pública com controle social materializado na política de saúde, através dos conselhos e conferências. Bravo e Matos (2008), baseados em Netto, o caracterizam como sustentado numa democracia de massas que “[...] tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se pela concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO e MATOS, 2008).

O Projeto Privatista, por sua vez, caracteriza-se por uma visão de democracia restrita, de diminuição de direitos sociais e políticos, apoiado pelos grupos privados de saúde, “com a concepção de Estado mínimo, ou seja, máximo para o capital e mínimo para o trabalho. O enxugamento do Estado é a grande meta, como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas” (BRAVO, 2010, p. 18).

A partir dos anos 1990, o projeto privatista na saúde se consolida assentado nas ideais neoliberais defendidas pelos organismos multilaterais (BM e FMI), orientado para uma política focalista e seletiva, com a desresponsabilização do Estado, buscando favorecer o capital em sua busca incessante de acumulação de lucros. Segundo Mota (2011),

na década de 1990, com as derrotas sofridas pelo projeto Democracia de Massas, consolida-se uma direção política das classes dominantes no processo de enfrentamento da crise brasileira, cujas principais estratégias do grande capital passam a ser: acirrada crítica às conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, com destaque para a concepção de Seguridade Social, e a construção de uma cultura persuasiva para difundir e tornar seu projeto consensual e compartilhado. (MOTA, 2011).

A política de saúde brasileira passou a ser alvo do receituário neoliberal, com maiores evidências a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso e sua proposta da Reforma Administrativa do Estado, trilhando-se um caminho inverso àquele dos anos 1980. Ao invés da ampliação e consolidação do Sistema Público de Saúde, o governo fortaleceu os interesses do capital, com “a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social, com forte expansão da ação do setor privado na área das políticas sociais” (PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DOS

ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2010, p. 18). Incentivou e buscou consolidar o processo de privatização progressiva da saúde pública brasileira, tanto por dentro do SUS, com o aumento de contratação dos serviços privados de saúde, como pela transferência direta dos serviços para entidades privadas, a exemplo das OSs, e ainda com o incentivo ao crescimento do livre mercado da saúde, reafirmando o Estado máximo para o capital e mínimo para o trabalho.

O projeto da reforma sanitária flexibilizada se insere nesse contexto, em que antigos defensores da reforma sanitária brasileira passam agora a admitir, e até mesmo a defender, a privatização da saúde via novos modelos de gestão. Conforme Bravo, o projeto “da Reforma Sanitária flexibilizada”, encampado por “alguns autores da Reforma Sanitária que tentaram abrir mão de algumas bandeiras, não mais defende as bandeiras dos anos 80” (ENPS/FIOCRUZ⁵¹).

2.2. As contrarreformas na política de saúde e novos modelos de gestão

Para compreender o processo de contrarreformas que está em curso na política de saúde brasileira desde os anos 1990, é preciso abordar o contexto das transformações do mundo do capital a partir da crise dos anos 1970, que vem repercutindo em todos os aspectos da vida social, incidindo fortemente nas políticas sociais.

A ofensiva capitalista em busca de novos nichos para a retomada de sua acumulação vem ditando as contrarreformas nos Estados nacionais, especialmente nos países periféricos, redefinindo a atuação do Estado a fim de atender às requisições do grande capital, tendo como uma de suas consequências o desmonte das políticas sociais.

Segundo Duriguetto e Montaña (2011), a chamada “reforma do Estado” funda-se na necessidade do grande capital de *liberalizar* – desimpedir, desregulamentar – os mercados.

Assim concebe-se como parte do *desmonte* das bases de regulação das relações sociais, políticas e econômicas. [...] Está articulada à reestruturação produtiva, à retomada das elevadas taxas de lucro, da ampliação da hegemonia política e ideológica do grande capital, no

⁵¹A Reforma Sanitária trazida à tona: Relação público x privado e os desafios da gestão do SUS. ENPS/FIOCRUZ. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/reforma-sanitaria-trazida-tona>. Acesso em: outubro de 2014.

interior da reestruturação do capital em geral – tem assim um caráter político, econômico e ideológico que visa alterar as bases do Estado de Bem-Estar Social e do conjunto da sociedade, construídas no interior de um “pacto social-democrata”, no período do pós-guerra, e que conformaram o “Regimento de Acumulação fordista-keynesiano”. (DURIGUETTO, MONTAÑO, 2011, p. 203).

Diante das transformações societárias que vêm sendo desencadeadas com a crise do capital e a redefinição do papel do Estado, o grande capital, através dos países de capitalismo central, determina os caminhos que os demais países (capitalismo periférico), como no caso do Brasil, devem percorrer: “essa condição periférica é determinada, sobretudo, pelo aprofundamento do imperialismo e do processo de concentração e centralização de capitais, próprios do capitalismo em seu estágio monopolista” (SANTOS 2012, p. 137 *apud* CARDIAL, 2013). Os governos, especialmente a partir de Collor de Mello, têm priorizado a adoção desse receituário no que concerne às políticas e direitos sociais.

Soares (2010) destaca a particularidade brasileira perante essa contrarreforma, a qual, apesar de estar fundada numa racionalidade burguesa mundial, possui elementos intrínsecos à estrutura social e ao Estado brasileiro. Nesse sentido, mesmo implementando uma política de ajuste estrutural, orientada por organismos internacionais, há uma reafirmação de traços característicos da formação social brasileira: “o autoritarismo no Estado e na sociedade, a cultura senhorial, o patrimonialismo, o clientelismo, a privatização do público, a tutela em favor”⁵². Tais elementos estarão presentes nos projetos elaborados pelas contrarreformas do governo FHC e de seus sucessores. Conforme Behring (2008a), a reconfiguração do Estado brasileiro para se adaptar à lógica do capital ocorreu de modo passivo, revelando, “sem surpresas, a natureza pragmática, imediatista, submissa e antipopular das classes dominantes brasileiras” (2008, p. 151).

Algumas considerações acerca da política neoliberal em articulação com estrutura social brasileira são feitas por Chauí (2000):

A política neoliberal recrudescer a estrutura histórica da sociedade brasileira, centrada no espaço privado e na divisão social sob a forma da carência popular e do privilégio dos dominantes, pois a nova forma do capitalismo favorece três aspectos de reforço dos privilégios: 1) a destinação preferencial e prioritária dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital; 2) a privatização como transferência aos próprios grupos oligopólicos dos antigos

⁵²Behring (2008a, p. 110).

mecanismos estatais de proteção dos oligopólios, com a ajuda substantiva do fundo público; 3) a transformação de direitos sociais (como educação, saúde e habitação) em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos à sua lógica. No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social [...]. (CHAUÍ, 2000, p. 94 *apud* SOARES, p. 41).

Foi a partir do Consenso de Washington⁵³ que o governo de cada país introduziu o receituário neoliberal estabelecido pelos países imperialistas.

Nas palavras de Coutinho (2009):

De forma explícita, no ano de 1989, a burguesia mundial e os países imperialistas liderados pelos Estados Unidos impuseram às nações da periferia do capitalismo um receituário estampado no chamado Consenso de Washington que, dentre outras premissas, estabelecia a adoção de políticas fiscais rígidas, a privatização de funções estatais, a liberalização da economia, além de maior flexibilidade para a contratação de pessoas e serviços, sem a intervenção do Estado. (COUTINHO, 2009, p. 51 *apud* CORREIA, 2005).

No Brasil, em 1988, foi criado tardiamente um sistema de seguridade social a partir de um padrão universal de proteção social; este, em meio à introdução do pensamento neoliberal, não encontrou espaço para ser implementado. Foram conquistas do ponto de vista legal, como previsto no artigo 6º da Constituição, que estabelece “*direitos à educação, à saúde, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade, à infância, e à assistência social*”. Neste quadro, o recém-criado SUS, a partir dos anos 1990, é alvejado pelo ajuste estrutural⁵⁴ neoliberal do Estado brasileiro, inviabilizando a sua consolidação; o que se viu, na prática, foi um sistema seletivo, focalista, descentralizado, com característica assistencialista e com tendência privatizante⁵⁵.

⁵³O Consenso de Washington é um conjunto de medidas formulado em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras baseadas em Washington D.C., como o FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, fundamentados num texto do economista John Williamson, do International Institute for Economy, e que se tornou a política oficial do Fundo Monetário Internacional em 1990, quando passou a ser “receitado” para promover o “ajustamento macroeconômico” dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades.

⁵⁴Segundo Lima, “os ajustes estruturais implementados na América Latina têm por objetivo a obtenção de superávits primários para o pagamento da dívida externa. Todavia, a adoção destes ajustes não conseguiu obter o êxito esperado, o de estabilizar a economia. Mesmo reconhecendo as gritantes evidências do fracasso social do ajuste, os organismos internacionais mascaram a impossibilidade de que, a persistir a mesma política econômica, esse fracasso possa ser revertido, impondo uma visão de que os problemas sociais hoje existentes são apenas um problema de administração do ajuste; culpabilizam, mais uma vez, os Estados nacionais de serem incompetentes na gestão econômica e social. É nessa perspectiva que se situam as recomendações recorrentes da necessidade de ‘reformas’, sob o argumento de que elas ou ainda não foram realizadas ou foram mal implementadas nos países latino-americanos”. (SOARES, 2002, p. 31 *apud* LIMA, 2011, p. 30).

⁵⁵Cf. Correia, 2005.

Soares (2010) também ressalta que neste período houve uma maior participação do Banco Mundial na área da saúde, “tornando-se um grande articulador e produtor de ideias que defendem a focalização do sistema na pobreza e sua privatização com taxações nos serviços” (SOARES, 2010, p. 45). Evidencia-se a disputa do projeto de saúde privatista com o apoio estatal, em contraposição às propostas defendidas pelo projeto da reforma sanitária.

Com as eleições presidências diretas em 1989, após um logo período ditatorial, foi eleito Fernando Collor de Mello, “representante de velhos interesses e grupos dominantes, travestido do novo, do moderno, do inovador” (SOARES, 2010, p. 43). Durante seu curto governo as teses neoliberais começam a ser implantadas, visando a uma contrarreforma. Baseado no receituário neoliberal, este presidente buscou implementar medidas de liberalização comercial e financeira, com racionalização dos gastos estatais, procedendo “a uma liberação do regime de importações, dando execução a um programa de abertura unilateral do mercado brasileiro por meio de atos administrativos” (CORREIA, 2005, p. 96).

No governo de Fernando Henrique Cardoso, o ajuste estrutural do Estado e sua contrarreforma administrativa realizaram-se de modo mais efetivo.

Borges (2012), analisando as mudanças engendradas no Brasil a partir dos anos 1990, permeadas pelo ideário neoliberal e seus impactos na política de saúde, avalia que:

Na década de 90, o neoliberalismo personificou-se, no Brasil, com os governos dos presidentes Fernando Collor de Melo (1990 a 1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002), com uma singela resistência do presidente Itamar Franco (1992 a 1994). Nesse tempo, foi postulada, aos quatro cantos do país, a impotência do governo em garantir políticas sociais, trazendo dúvidas sobre o papel do Estado, associado a uma postura econômica de austeridade fiscal, achatamento salarial e corte de gastos sociais. No final do governo Fernando Henrique, evidenciou-se a verdade sobre o neoliberalismo no Brasil com o colapso das contas externas, a estagnação da economia (crescimento de 1,3%, em 2001) e a escalada inflacionária (o IGP da Fundação Getúlio Vargas atingiu a taxa de 26,41%, em 2002). Esses foram os momentos mais críticos do SUS, em que, na sua infância, houve investidas pesadas neoliberais, as quais repercutiram na institucionalidade do sistema, tornando-o fragmentado, mercantilizado e subfinanciado. (Borges et al., 2012, p. 57).

O projeto da Reforma Administrativa do Estado do governo de FHC considerou a saúde e as demais áreas sociais como serviços não exclusivos do

Estado; tais serviços deveriam ser prestados pelas Organizações Sociais (OSs). Ao Estado caberia apenas coordenar e financiar as políticas públicas, e não mais executá-las, transferindo assim a execução destas para o setor “público não estatal”, que é regido pela lógica do privado. Tem-se assim um conflito quanto à concepção do público, já que nessa concepção o público não é sinônimo de estatal. Os recursos, o patrimônio, os equipamentos e os recursos humanos são públicos, mas a gestão e a lógica que os ordenam são privadas.

Nessa direção, Soares (2010) afirma:

Para isso, opera-se um feito digno de ilusionismo: cria-se uma entidade que se afirma ser meio pública e meio privada, aglutinando os interesses do espaço público e a eficácia e agilidade da lógica privada. No entanto, essa criação é ideal, ou ideológica. No concreto, na materialidade do real, é impossível tal constituição, tendo em vista que ao dispor de instrumentos da lógica privada na gestão, tal entidade constitui-se um ente privado. O mais grave é que a racionalidade que organiza esse ideário e essa lógica institucional, ao misturar o público com o privado no âmbito do discurso, reproduz a ideia de que independentemente dos interesses privados presentes na gestão pública, esta sempre será pública. Isso traz consequências drásticas para as práticas sociais no cotidiano do sistema. (SOARES, 2010, p. 85).

Seguindo esta direção, os governos petistas sucessores de FHC adotam medidas de continuidade do desmonte das áreas sociais, com destaque para a política de saúde. Assim como nos governos de FHC, os governos de Lula e Dilma buscaram implementar novos modelos de gestão privatizantes para as políticas sociais, e a saúde vem se destacando como “carro-chefe” destas implementações.

No governo de Luís Inácio Lula da Silva, as Fundações Estatais de Direito Privado – FEDPs foram criadas, através do Projeto de Lei Complementar 92/2007, como um novo modelo de gestão para gerenciar atividades nas áreas de saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, entre outras.

No governo Dilma Rousseff ocorre a implantação de mais um modelo privatizante, especialmente para a área da saúde, o qual visa à privatização dos 47 hospitais universitários do país, através da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, institucionalizada na Lei 12.550/2011.

Desse modo, o Estado tende a criar mecanismos para o enfrentamento das crises do capital. No caso específico da política de saúde brasileira, fomentando a

sua privatização, seja com a ampliação do setor privado por dentro do SUS através das contratualizações, seja transferindo a responsabilidade de prestar o serviço diretamente para entidades privadas, com a implantação de novos modelos de gestão, como é o caso das OSs. Tais mecanismos têm como característica o repasse do fundo público para o setor privado.

Borges (et al., 2012) assinala que a privatização dos serviços públicos de saúde passa por um período gestacional. O autor identifica dois movimentos: a hipervalorização da eficiência privada na saúde em contraponto ao desmantelamento dos serviços públicos de saúde existentes. Ele identifica as três dimensões desse processo gestacional: política, econômica e ideológica.

No campo político cria-se um ambiente de crise, para que os sujeitos políticos responsáveis (Executivo e Legislativo) tomem decisões drásticas. “Frequentemente, essas medidas incluem terceirizações de recursos humanos, compra de hospitais, aumento de recursos para prestadores privados com fins lucrativos, até a transferência da gestão das unidades públicas para o setor privado” (BORGES, 2012, p. 99).

As medidas econômicas buscam a contenção de gastos públicos, que trazem como consequência o corte no orçamento, a redução de recursos humanos e o enxugamento de estruturas.

No plano ideológico, é reforçada a ideia da eficiência privada sobre a pública na gestão de hospitais e unidades de saúde, sendo propagada pelos agentes econômicos, políticos e sociais, com o apoio da mídia, “criando a sensação de inexorabilidade da melhoria da gestão por meio da iniciativa privada” (BORGES et al., 2012, p. 100):

Esses cenários regionais combinam-se com os seguintes componentes macroestruturais da saúde no Brasil: Dualidade público/privado no setor da saúde; Financiamento público do subsetor privado; Subfinanciamento do SUS; Gestão das políticas de seguridade social pelo prisma econômico-neoliberal. (BORGES et al., 2012, p.100).

No próximo item se tem um maior aprofundamento do processo de implantação da contrarreforma do Estado durante o governo de Fernando Henrique Cardoso e seus reflexos na política de saúde.

2.2.1 A contrarreforma nos governos de FHC e a privatização do SUS

Como visto anteriormente, apesar de o ideário neoliberal ter sua gênese no Brasil durante o governo de Collor de Mello, é partir do governo de Fernando Henrique Cardoso que se tem uma ofensiva neoliberal consolidada e estruturada com base no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Este foi proposto pelo governo de FHC⁵⁶ (1995-2002) e encaminhado ao Congresso Nacional durante o seu primeiro mandato. Este Plano estabelecia uma série de medidas com o objetivo de combater a inflação, em que o Estado renuncia a seu papel regulador e provedor de serviços públicos, deixando esses serviços aos cuidados das livres forças do mercado.

Como assevera Correia (2005),

[...] as propostas de reforma do Estado do bloco da classe dominante, que são na realidade contra-reformas, no sentido da desregulação estatal, acompanhadas de uma política de privatização das estatais e dos serviços públicos, estímulo à flexibilização da produção e do trabalho, encolhimento dos espaços públicos, precarização dos serviços públicos, maior alocação do fundo público na reprodução da acumulação do capital, (des)universalização de direitos, descentralização de competências sem o respectivo respaldo financeiro aos estados e municípios e, enfim, desregulação da economia deixando ao livre jogo do mercado a “promoção do equilíbrio econômico e social”. São estas propostas que vêm se efetivando na prática, legitimadas pela propagada “necessidade da internacionalização da economia”, que está em consonância com o receituário neoliberal proposto pelos agentes financeiros internacionais, sob pena de não fornecer novos empréstimos. (CORREIA, 2005, p. 103).

Assim, a direção política assumida pelo governo FHC com forte orientação de organismos multilaterais, com destaque para o BM e o FMI, refletiu no agravamento das condições econômicas e sociais da classe trabalhadora, que não pôde ver concretizadas as conquistas asseguradas na CF de 1988. FHC atuou de acordo com o receituário neoliberal sustentado no Consenso de Washington, dando início a um processo de privatização das estatais, precarização das políticas sociais, aumento da dívida externa e do desemprego, dentre outras implicações.

A materialização da referida contrarreforma foi realizada com a criação

⁵⁶FHC, na presidência da República, fiel representante do *establishment*, dos ricos, dos proprietários dos meios de produção, do sistema financeiro, dos credores brasileiros e das forças conservadoras do quadro político nacional, promove as reformas desejadas pelo Consenso de Washington. Trabalhou insistentemente pela desregulação das relações de trabalho, dando ao mercado, assim, maior autonomia na fixação das regras contratuais trabalhistas. (COUTINHO, 2009).

do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, dirigido pelo então ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, grande mentor desse processo, que comandou a equipe formuladora do Plano Diretor da Reforma do Estado – PDRE.

Com vistas a justificar a implantação da contrarreforma do Estado, Bresser Pereira argumenta que a “Reforma” do Estado é necessária, pois a atual crise decorre da ineficiência burocrática e administrativa do Estado para intervir no econômico e principalmente no social⁵⁷.

No Brasil esta questão adquiriu importância decisiva, tendo em vista o peso da presença do Estado na economia nacional: tornou-se, conseqüentemente, inadiável equacionar a questão da reforma ou da reconstrução do Estado, que já não consegue atender com eficiência à sobrecarga de demandas a ele dirigidas, sobretudo na área social. A reforma do Estado não é, assim, um tema abstrato: ao contrário, é algo cobrado pela cidadania, que vê frustradas suas demandas e expectativas. (BRASIL, 1995, p. 10).

Behring (2008a), ao analisar as propostas da contrarreforma do Estado brasileiro nos anos 1990, explica haver uma aparente esquizofrenia entre o discurso da reforma, que tenta legitimá-la como necessária e irreversível, e a política econômica:

argumenta-se que o problema está localizado no Estado, donde é necessário refuncionalizá-lo para novas requisições, corrigindo distorções e reduzindo custos; enquanto isso, a política econômica corrói aceleradamente os meios de financiamento do Estado brasileiro por meio de uma inserção na ordem internacional que deixa o país à mercê dos especuladores no mercado financeiro, de forma que todo o esforço de redução de custos preconizado escoia pelo ralo do crescimento galopante das dívidas interna e externa. (BEHRING, 2008a, p. 152).

Assim, o ajuste estabelecia três fases para a resolução dos problemas. A primeira tinha como finalidade o alcance do *superávit* primário⁵⁸, com a redução da

⁵⁷Os elaboradores do PDRE justificavam que a reforma era urgente devido à conjuntura de crise do Estado. Segundo eles, “A crise do Estado teve início nos anos 70, mas só nos anos 80 se tornou evidente [...]. No Brasil, embora esteja presente desde os anos 70, a crise do Estado somente se tornará clara a partir da segunda metade dos anos 80. Suas manifestações mais evidentes são a própria crise fiscal e o esgotamento da estratégia de substituição de importações, que se inserem num contexto mais amplo de superação das formas de intervenção econômica e social do Estado. Adicionalmente, o aparelho do Estado concentra e centraliza funções, e se caracteriza pela rigidez dos procedimentos e pelo excesso de normas e regulamentos”. (BRASIL, 1995, p. 10-11). Assim, percebe-se que os formuladores do PDRE desconsideram as mudanças no âmbito internacional que vêm reconfigurando o papel do Estado diante da crise capitalista.

⁵⁸O superávit primário refere-se ao saldo positivo das contas públicas. Nesse sentido, quando o Estado consegue gastar menos do que ganha (sem contar os juros), ele gera superávit primário. (DURIGUETTO, MONTAÑO, 2012).

balança comercial e a reestruturação do sistema previdenciário; a segunda estabelecia as reformas de cunho estrutural, com o objetivo de liberalizar os mercados financeiros e comerciais e a privatização das estatais; por fim, a terceira definia a retomada de investimentos e o crescimento econômico (DURIGUETTO, MONTAÑO, 2011, p. 211).

Como medida de refuncionalização do Estado, no que diz respeito às áreas sociais, a proposta do PDRE é que o Estado deixe de ser o executor direto das políticas sociais, ficando seu papel restrito a coordenar e financiar, transferindo para a iniciativa privada a execução de suas funções. Nesse sentido, afirmava-se: “reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado” (BRASIL, 1995, p. 12).

Com essa reforma gerencial do Estado, “pretende-se reforçar a governança – a capacidade de governo do Estado – através da transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, [...] para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão” (MARE, 1995, p. 13). Entretanto, o discurso gerencial de “oposição ao patrimonialismo” não rompeu com a linha tecnocrática patrimonialista e autoritária, tão presente na administração pública brasileira, como defende Souza Filho (2011).

Analisando o argumento acima exposto, de uma suposta transição da administração pública brasileira tida como burocrática e ineficiente, para uma administração gerencial eficiente e flexível, Souza Filho (2011, p. 178) observa que a “principal determinação do gerencialismo é a identificação da administração pública com a administração privada”. Segundo o autor, o gerencialismo não distingue a administração destinada a fins públicos – administração pública – da destinada a fins lucrativos – administração empresarial.

O autor afirma que o gerencialismo do governo FHC tinha como estrutura a manutenção da dominação tradicional, em que estão presentes traços patrimonialistas⁵⁹: **“na verdade, a contra-reforma administrativa, através da dimensão flexível/gerencial, repõe o patrimonialismo sobre as bases racional-legais”** (2011, p. 215, grifos do autor). Souza Filho conclui que “o projeto

⁵⁹Nessa direção, Fernandes (2005, p. 421) acrescenta: as classes burguesas não querem (e não podem, sem destruir-se) abrir mão das próprias vantagens e privilégios; dos controles de que dispõem sobre as classes operárias, as massas populares e as bases nacionais das estruturas de poder. Para um maior aprofundamento da discussão, ver Fernandes (2005).

gerencialista ataca a finalidade de universalização de direitos [...]. Ratifica-se uma finalidade fundada no atendimento de necessidades mínimas da população, coerente com a proposição neoliberal de reforço do mercado” (2011, p. 96).

Esse pensamento, de continuidade dos traços patrimonialistas e clientelistas reproduzidos pelo governo de FHC, é compartilhado por De Paula (2005):

A administração gerencial veio como instrumento de combate às estruturas clientelistas e patrimonialistas do Estado brasileiro com a inserção de palavras-chave, como eficiência e eficácia, importadas dos modismos do *management*. Contraditoriamente, a implementação do modelo gerencialista de gestão pública não resultou em uma ruptura com a linha tecnocrática, além de persistir reproduzindo o autoritarismo e o patrimonialismo, pois o processo decisório continuou com o monopólio do núcleo estratégico do Estado e das instâncias executivas, e o ideal tecnocrático foi reconstituído pela nova política de recursos humanos (De Paula, 2005 *apud* BORGES et.al., 2012, p. 113).

Nas formulações produzidas pelo governo de FHC, o neoliberalismo brasileiro é apresentado como a defesa de um Estado social liberal

[...] social: porque continuará a proteger os direitos sociais e a promover o desenvolvimento econômico; porque o fará usando mais os controles de mercado e menos os controles administrativos; porque realizará os seus serviços sociais e científicos principalmente por meio de organizações públicas não estatais competitivas; porque tornará os mercados de trabalho mais flexíveis; porque promoverá a capacitação de recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição internacional. (BRASIL, 1995, p. 18).

Segundo Souza Filho (2011), esse Estado social liberal defendido pelo governo de FHC não se distingue concretamente das experiências neoliberais de redução do Estado na área social. Percebe-se nos argumentos acima expostos pelos mentores do Plano a defesa de um controle maior do mercado, a desresponsabilização do Estado das atividades que lhe cabem (políticas sociais), assim como uma maior flexibilização do trabalho, que traduzindo, significa uma maior precarização. Tais elementos, como visto na seção anterior deste trabalho, fazem parte do receituário neoliberal. De acordo com Borges (et al., 2012, p. 112):

Essa visão eufemística do Estado neoliberal do governo Fernando Henrique não fugiu, em momento algum, do tripé liberalização do mercado, privatização e desregulamentação, sendo, na essência, o que os neoliberais da extrema direita pensavam sobre o papel estatal no Brasil, ou seja, o Estado Mínimo.

Desse modo, o aparato legal dos direitos conquistados na Constituição e nas leis orgânicas posteriores passou a ser desmontado por meio de medidas provisórias, de leis complementares e propostas de emendas. As políticas sociais garantidas em legislação foram rebaixadas a programas focais, assistenciais e seletivos, incentivando a criação de dois subsistemas de saúde: um subsistema público subordinado aos interesses de um subsistema privado, voltado aos grupos mais vulneráveis, que rompe com o caráter universal assegurado na Carta Magna.

Ao passo que se fomentou a ampliação e fortalecimento de um subsistema privado para os “cidadãos consumidores”, aberto para quem pode pagar, essa dualidade no acesso aos serviços de saúde é encarada por Soares (2014) como resultante do processo de retirada do Estado concomitantemente ao processo de privatização das políticas sociais, que resulta num sistema público cada vez mais desfinanciado, paralelo a um sistema privado formado por grupos empresariais e conglomerados financeiros de seguro, para uma parcela da população que pode pagar; todavia, “o que é mais grave, cada vez mais subsidiado com recursos públicos” (SOARES, 2014, p. 181).

Segundo Behring (2008a), essa contrarreforma, sob pressão de fatores conjunturais internos e externos, significou para as políticas sociais a redefinição do papel do Estado, a flexibilização das relações de trabalho e a separação entre formulação e execução das políticas.

Como previsto no Plano Diretor do Aparelho e Reforma do Estado, para que a “reforma” se consolidasse, o então ministro dividiu o Estado em quatro setores: 1. *núcleo estratégico*: o objetivo deste setor é formular as políticas públicas e definir as leis, sendo composto pelos três poderes; 2. *setor de atividades exclusivas*: caracterizado pelos serviços que só o Estado pode prestar, como: segurança pública, seguridade social básica, entre outros; 3. *serviços não exclusivos*: o Estado divide a atuação com outras organizações públicas não estatais e privadas, sendo exemplos deste setor as políticas públicas de saúde, educação, cultura, produção de ciência e tecnologia; e o 4. *setor produção de bens e serviços* para o mercado, composto por empresas que não cumprem papel estratégico e, portanto, deve ser transferido para o setor privado (BEHRING, 2008a).

Bravo e Matos (2001) complementam:

o terceiro núcleo é compreendido na reforma como aquele que não

deve ser privatizado, mas que também não cabe ao Estado ser o executor, até porque este já mostrou sua incompetência. Assim sendo, propõe que os serviços de saúde, educação, pesquisa e meio ambiente sejam transformados em Organizações Públicas Não-estatais (OPNES), ou seja, sociedades de direito privado, sem fins lucrativos, que administrariam com subvenções dos cofres públicos. (BRAVO e MATOS, 2001, p. 207).

As políticas sociais foram compreendidas como parte do terceiro núcleo, serviços não exclusivos do Estado; neste setor, o Estado transferiria para o setor público não estatal a prestação direta desses serviços, por ele subsidiados através de um programa de publicização.

Montaño (2010) chama a atenção ao uso problemático que Bresser Pereira faz do termo “publicização”, quando na verdade deveria designá-lo como privatização, visto que transfere do Estado para a sociedade civil e o mercado a execução dos serviços e das políticas sociais.

Behring & Boschetti (2008b) tecem algumas considerações sobre o programa de publicização, o qual

se expressou na criação das agências executivas e das organizações sociais, e mais recentemente na regulamentação do Terceiro Setor – um aspecto que não está citado no plano, mas se desdobra dele, para a execução de políticas públicas. Esta última estabelece um termo de parceria com ONGs e instituições filantrópicas para a implementação das políticas. (2008b, p. 204).

Conforme assinala Cislighi (2011), a proposta da publicização tem o objetivo de privatizar e autonomizar a gestão precarizada, na medida em que possibilita a contratação temporária em detrimento de concursos públicos, com a flexibilização dos vínculos trabalhistas, que tende a provocar uma alta rotatividade de profissionais e, conseqüentemente, uma descontinuidade dos serviços. Implica também a flexibilização das licitações públicas e a inexistência do controle social democrático.

Nessa direção, houve um desprezo do conceito da seguridade social inscrito no texto constitucional, transformando-o em ações solidárias, através de trabalho voluntário e sob o discurso da prática do bem comum, descaracterizando a profissionalização da intervenção profissional nessas áreas (BEHRING, 2008a). Ao transferir para a sociedade e para entidades privadas a execução das políticas públicas e incentivar a ação voluntária, o Estado desresponsabiliza-se da efetivação dessas políticas, legalmente asseguradas como direito de todos e dever do Estado,

abrindo caminho para a acumulação do capital.

Com esse programa de publicização, em que se pretende viabilizar a esfera denominada como pública não estatal, busca-se a parceria entre a sociedade civil e o Estado, ganhando destaque o debate sobre o “terceiro setor⁶⁰”. A responsabilidade da execução das políticas públicas estaria a cargo de instituições não governamentais, sem fins lucrativos, que promovam o desenvolvimento social. A prestação desses serviços estaria assim dentro da esfera que o governo denominou como “pública não estatal”. Com essa parceria, ocorreria uma separação entre a formulação e a execução das políticas sociais, ficando o Estado com a formulação, enquanto a execução caberia ao setor privado.

Conforme Montañó (2010):

A chamada “parceria” não é outra coisa senão o *repasso de verbas e fundos públicos no âmbito do Estado para instâncias privadas*, substituindo o movimento social pela ONG. E essa verdadeira transferência de recursos públicos para setores privados não ocorre sem uma clara utilidade política governamental. O Estado é, portanto mediante legislação (leis como do “voluntariado”, do terceiro setor”, das Oscip, das “parcerias”) e repasse de verbas, um verdadeiro subsidiador e promotor destas organizações e ações do chamado “terceiro setor” e da ilusão do seu serviço. (2010, p. 146).

Seria este “Terceiro Setor” o responsável por articular o público (Estado) e o privado (mercado). Segundo os autores defensores do “terceiro setor”, ele seria constituído pelas seguintes entidades:

- a) *organizações não lucrativas e não governamentais* (ONGs), Movimentos Sociais, organizações e associações comunitárias; b) *instituições de caridade*, religiosas; c) *atividades filantrópicas* – fundações empresariais, empresa cidadã, que teriam “descoberto” a importância da “atividade social”; d) *ações solidárias* – consciência solidária, de ajuda mútua e de ajuda ao próximo; e) *ações voluntárias*; e f) *atividades pontuais e informais*. (MONTAÑO E DURIGUETTO, 2011, p. 305).

Analisando criticamente a formação deste “terceiro setor”, Montañó e Duriguetto (2011) fazem uma nova descrição. Segundo eles, trata-se de: “1) *atividades públicas desenvolvidas por particulares*; 2) para uma *função social de resposta às necessidades sociais*; 3) orientada por *valores de solidariedade local*,

⁶⁰ Este trabalho não tem o objetivo de aprofundar a análise sobre o terceiro setor; para isso, consultar Montañó (2010).

autorresponsabilização, voluntariado e individualização da ajuda” (MONTAÑO E DURIGUETTO, 2011, p. 305).

Assim, sob uma suposta ausência da procura do lucro, de não ter fins lucrativos, o chamado “terceiro setor” acoberta sua real intenção. Sua lógica é a do capital “e do lucro privado (e até do poder estatal). Ele é funcional à nova estratégia hegemônica do capital e, portanto, não é alternativo, e sim integrado ao sistema” (MONTAÑO, 2010, p. 157, grifos do autor).

Como visto, a reforma atingiu a saúde no terceiro núcleo estratégico. Porém, foi no caderno nº 13, de 1998, elaborado pelo MARE e intitulado *A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde*, com a autoria do então ministro Bresser Pereira, que foram apresentadas as propostas para a reforma na saúde de forma mais evidente, no que se refere à assistência ambulatorial e hospitalar.

No documento afirma-se que os serviços ambulatoriais e hospitalares oferecidos pelo SUS são de baixa qualidade; por isso o cidadão é obrigado a enfrentar filas imensas e um atendimento sempre precário, em que se “favorece desnecessariamente as internações hospitalares em detrimento do tratamento ambulatorial, que é mais barato e eficiente” (BRASIL, 1998, p. 12-13). O foco da reforma é a atenção básica, que ficaria sob a responsabilidade do Estado, por ser mais barata e não dar lucro.

Segundo os argumentos defendidos no Caderno nº 13 (1998, p. 14), “o que se está procurando, através desta reforma, não é abranger todo o SUS, mas uma parte fundamental dele – e certamente a mais cara: a assistência hospitalar”. Tal proposta estava em consonância com as orientações do Banco Mundial para a política de saúde brasileira. Conforme afirma Rizotto (2000), a orientação do BM era que deveria ser promovida uma reforma nos países periféricos, devendo-se abandonar “a assistência individual de alto custo, realizada em âmbito hospitalar, e concentrar as ações em uma assistência coletiva, simplificada e descentralizada para o nível comunitário” (RIZOTTO, p. 127). Ainda segundo a autora,

esta instituição fazia uma avaliação de que os governos de vários países “em desenvolvimento” investiam muito dinheiro no ápice do sistema de saúde, financiando a construção de hospitais e pagando por uma assistência sofisticada, muito qualificada e de alto custo. (RIZOTTO, 2000, p. 126).

Reafirmando que as propostas apresentadas pelo governo FHC com vistas a

“reformatar” o Estado estavam alinhadas às orientações do Banco Mundial para os países por ele subsidiado, Correia (2005) assevera que as recomendações do BM para as políticas econômicas e sociais nos países dependentes tinham como eixo: a lógica do custo/benefício, a ampliação do setor privado; e a descentralização da prestação dos serviços para a sociedade, como forma de desresponsabilizar o Estado. Assim, através dos documentos elaborados pelo BM para orientar a reforma do Estado, o governo de FHC passa a pôr em prática essas recomendações.

Em outra passagem do documento, consta:

Os hospitais públicos deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal. (BRASIL, 1998, p. 19-20).

A proposta da reforma é transformar a assistência hospitalar em Organizações Sociais – objeto desta pesquisa –, deixando o Estado de ser o executor direto, limitando sua função a coordenar e a financiar os serviços; Transferindo não apenas recursos, mas instalações e pessoal para essas entidades privadas.

Seguia assim as recomendações do BM, o qual preconiza que a privatização exige menores gastos públicos, pois o setor público se dedicaria a atender os grupos mais pobres. Possas (1996) afirma que acontece o inverso: “o aumento da privatização exige maiores gastos públicos, pois os prestadores de serviços privados são altamente subsidiados pelo governo, sem que ofereçam a contrapartida de maior eficiência, ou melhor qualidade dos serviços” (POSSAS, 1996, p. 56 *apud* CORREIA, 2009, p. 10).

Outro modelo de gestão proposto além das OSs foram as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs; estas aparecem como novo modelo de gestão criado nesse novo aparelhamento do Estado proposto pela Reforma do Estado, para atuar nas áreas sociais. Criada pela Lei Federal nº 9.790/99, esta lei propõe “a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e institui e disciplina o Termo de Parceria” como instrumento legal a ser firmado entre a entidade e o poder público. Nos Termos de Parceria são estipulados os compromissos, direitos, e também as obrigações de ambas as entidades.

O art. 7º da referida lei estabelece que as entidades podem perder sua qualificação a pedido ou mediante decisão proferida em processo administrativo ou judicial, de iniciativa popular ou do Ministério Público, no qual serão assegurados ampla defesa e o devido contraditório.

As OSCIPs possuem um maior alcance de abrangência na prestação dos serviços do que as OSs, pelo fato de suas atividades e serviços poderem ser transferidos para Organizações Não Governamentais (ONGs) e outras entidades da sociedade civil. Entretanto, as Organizações Sociais (OSs) poderão qualificar-se como OSCIPs; seu caráter simultâneo tem duração de dois anos, contando com a data da vigência desta lei; terminado o prazo, a pessoa jurídica deverá optar por uma das qualificações (REZENDE, 2008).

Ainda no que diz respeito à vantagem das OSCIPs em relação às OSs no favorecimento da política neoliberal brasileira, Simões (2009) destaca que seu instrumento jurídico, o Termo de Parceria, possibilita uma maior flexibilização de recursos e convênios.

O termo de parceria permite mais flexibilidade, na aplicação dos recursos públicos, do que os convênios. A sua realização está regulamentada pelas Instruções Normativas n.º 1 de 1997 e n.º 3 de 1993 da Secretaria do Tesouro Nacional, no âmbito federal, com similares estaduais e municipais. Por exemplo, admite o lançamento de despesas realizadas entre a data do término desse termo e a de sua renovação. Também legitima os adiantamentos, feitos pela OSCIP, à conta bancária do termo, na hipótese de atraso dos repasses. (SIMÕES, 2009, p. 426).

As OSCIPs se afirmaram como novo modelo de gestão proposto pelo governo FHC. O reconhecimento de entidades que queiram se qualificar como OSCIPs é dado pelo Ministério da Justiça, reconhecendo-as como ONGs que firmam parcerias com o poder público na realização de certas atividades estatais, principalmente com a gestão de recursos humanos e no desenvolvimento de projetos. Diferentemente das OSs, nas OSCIPs não há a concessão de patrimônio público (um hospital, por exemplo), porém podem ser celebrados termos de parceria para o desempenho de determinada atividade hospitalar, como a contratação de médicos ou mesmo a terceirização de serviços de apoio administrativos (BORGES et al., 2010).

Nesse processo de terceirização/privatização da gestão, tanto de recursos humanos como de patrimônio, vem ocorrendo um novo fenômeno, o da quarteirização. Este fenômeno acontece da seguinte forma: ao gerenciar uma

unidade de saúde, as OSs têm a possibilidade de contratar seus funcionários através da contratação de uma OSCIP que trabalhe com a terceirização de pessoal, havendo assim mais uma transferência de serviço que já está sendo terceirizado.

A implementação das OSs e das OSCIPs é considerada como um retrocesso no processo de redemocratização do país, com destaque para a área da saúde. Os problemas advindos da adoção desses modelos repercutem no desmonte da gestão única do SUS, no fim do concurso público, tendo como consequências a fragilização da luta dos trabalhadores, a precarização do trabalho e o fim do controle social.

Apesar de suas peculiaridades, as OSCIPs e as OSs fazem parte de um mesmo processo, o da materialização da contrarreforma. Apresentam-se assim como retrocesso às conquistas do período de redemocratização do país, pois resultam na desestruturação das políticas sociais, em especial do SUS, e dos direitos trabalhistas. Nesse sentido, tendo em vista o objetivo do Plano Diretor, Rezende (2007) salienta que

para os Serviços Monopolistas de Estado e para os Serviços Sociais Competitivos implementar-se-ia a gestão gerencial como as agências autônomas, os serviços sociais autônomos, as OSs e as OSCIPs, para garantir, especialmente, a flexibilização da força de trabalho, o enxugamento do Estado e a limitação do controle social, mesmo que, como comprovado posteriormente, com o descumprimento da Constituição Federal e das leis vigentes. (REZENDE, 2007, p. 31).

De acordo com Melo (2011), a proposta das Organizações Sociais, apresentada pela “Reforma”, “possui franca inspiração em figuras semelhantes existentes na Grã-Bretanha, as denominadas Quangos⁶¹, ou seja, organizações quase autônomas não governamentais” (2011, p. 65). Segundo Ferreira, o então Ministro Bresser Pereira já anunciava em seu discurso esta inspiração.

Em entrevista ao JORNAL DO BRASIL (23.11.97), o então Ministro BRESSER PEREIRA declarou:

“Quando se trata de serviços sociais, serviços científicos, como hospitais, universidades, escolas, museus, jardins zoológicos, orquestras sinfônicas – áreas muito importantes que o Estado tem obrigação de financiar, mas

⁶¹Segundo Melo, “Quango, contudo, não é um termo oficial, tendo surgido da redução de Quasiautonomous NGO (quase autônoma ONG). Os documentos oficiais utilizam a expressão Non-Departmental Public Bodies (NDPBs). Segundo o relatório anual publicado pelo gabinete oficial do Reino Unido (Public Bodies 2009), o NDPB é definido como um órgão que possui um papel no Governo nacional, mas não é um departamento ou parte dele, e que atua em maior ou menor proximidade com os Ministros”. (REINO UNIDO, 2009 *apud* MELO, 2011, p. 65).

nenhuma razão para dirigir diretamente – criam-se as entidades públicas não-estatais. Aqui no Brasil estamos chamando de Organizações Sociais. Na Inglaterra foram chamadas de ‘Quango’ (‘Quasi non Governmental Organizations’), que é uma organização quase não-governamental. Ela é uma organização híbrida entre a organização estatal e a organização privada de interesse público”. (FERREIRA, 1997).

Conforme Melo (2011), as Quangos têm sua gênese na Grã-Bretanha, durante o governo de Margareth Thatcher, nos anos de 1980, quando o governo adota medidas de contenção do aparelho estatal, “época em que várias atividades não exclusivas do Estado foram transferidas do setor estatal para o setor público não estatal” (2011, p. 65). Ainda segundo a autora, um dos objetivos apresentados pelo Parlamento inglês para a criação das Quangos era que elas introduziriam práticas típicas do mercado privado no serviço público; argumentava-se que eram mais econômicas e eficientes.

Quando o governo de FHC importou este modelo, as Quangos já eram alvo de vários questionamentos, apresentados em documentos oficiais do Parlamento inglês. Dentre os questionamentos estava o aumento de custos com sua implementação, bem como a não participação da população: “as Quangos têm sido consideradas organizações com déficit de legitimidade democrática e respeito popular principalmente por não se submeterem ao maior controle que a população pode exercer sobre o governo: as eleições” (MELO, 2011, p. 67).

Documentos oficiais do Parlamento inglês demonstram que no contexto de importação do instituto para o direito brasileiro as Quangos já eram alvo de questionamentos e intensos debates no meio político inglês devido ao elevado número e custo que representam para o Estado. As críticas concentram-se nos seguintes aspectos: prestação de contas (*accountability*), democracia, diversidade de membros, independência, direito de nomear funcionários (*patronage*), níveis de escrutínio e desconfiança social. (REINO UNIDO, 2005 *apud* MELO, 2011, p. 67).

Ainda quanto à origem das Organizações Sociais no Brasil, Maria Sylvia Zanella Di Pietro defende que esta tem sua origem nos chamados serviços sociais autônomos (Sesi, Sesc, Senai etc.) e, mais especificamente, o serviço social autônomo Associação das Pioneiras Sociais. O mesmo entendimento é compartilhado pelo Ministro Gilmar Mendes no julgamento da medida cautelar na ADI n. 1.923-5/DF. De acordo com o Ministro:

A Fundação das Pioneiras Sociais foi criada em 1960, no Distrito Federal, e era mantida pelo Poder Público para o atendimento à saúde. A Lei n. 8.246/91 extinguiu a Fundação e criou a Associação das Pioneiras Sociais

(APS) como Serviço Social Autônomo, de interesse coletivo e de utilidade pública, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e desenvolver atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público (art. 1º). Segundo o Ministro Gilmar Mendes, o modelo de contrato de gestão estabelecido pela Lei n. 9.637/98 baseou-se amplamente no sistema de gestão instituído pela Lei n. 8.246/91. O contrato de gestão foi assinado em 1991. (MELO, 2011, p. 67).

Para além da inspiração inglesa e dos denominados serviços sociais autônomos, a criação de novos modelos de gestão na sociedade brasileira remete ao período da ditadura militar, durante o governo de Castelo Branco; neste, o Decreto Lei nº 200, de 1967, prevê em seu art. 4º, como parte da Administração Indireta do Estado, a criação de autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações públicas.

Art. 4º A Administração Federal compreende:

I - A Administração Direta, que se constitui dos serviços integrados na estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios.

II - A Administração Indireta, que compreende as seguintes categorias de entidades, dotadas de personalidade jurídica própria: a) Autarquias; b) Empresas Públicas; c) Sociedades de Economia Mista; d) fundações públicas. (BRASIL, 1967).

No PDRE (1997), o Decreto-Lei 200 de 1967 é exaltado como um marco na tentativa de iniciar a administração gerencial no Brasil, ao transferir atividades para autarquias, fundações, empresas e sociedades de economia mista. Segundo o PDRE (1997, p. 19): “A reforma operada em 1967 pelo Decreto-Lei 200 constitui um marco na tentativa de superação da rigidez burocrática, podendo ser considerada como um primeiro momento da administração gerencial no Brasil”.

A criação de novos modelos de gestão privatizantes teve prosseguimento nos governos posteriores a FHC, os governos de Luís Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, que deram continuidade ao ajuste estrutural do Estado. Para as políticas sociais, em especial na área da saúde, foram lançados novos modelos de gestão, as Fundações Estatais de Direito Privado. A proposta de criação da Medida Provisória 520, durante o governo Lula, é reatualizada na versão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, no governo de Dilma Rousseff.

No próximo item, trata-se das mudanças na política de saúde durante os governos do PT⁶², representados por Lula e Dilma Rousseff.

⁶²Menezes (2014) situa o contexto de criação do PT, em 1980, marcado pela “contestação à ditadura

2.2.2 A contrarreforma do Estado nos governos do PT: tendências regressivas na política de saúde

Os governos petistas⁶³ de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006; 2007-2010) e de Dilma Rousseff (2011-2014) continuaram aprofundando as contrarreformas. No que se refere à política de saúde, seu desmonte vem avançando através de várias medidas: a criação de novos modelos de gestão privatizantes, o incentivo à ampliação do setor privado por dentro do SUS por meio das contratualizações e convênios, em que se constata uma discrepância no repasse de recursos públicos para o setor filantrópico/privado em comparação ao que é repassado à rede pública; como também no tocante aos incentivos para o mercado de planos privados de saúde, os quais só vêm aumentando. Mantém-se assim uma política de saúde cada vez mais subordinada à lógica do mercado. No plano ideológico, busca-se mistificar tais relações, argumentando tratar-se de uma política baseada no crescimento econômico com desenvolvimento social, caracterizado como um novo desenvolvimentismo⁶⁴.

Conforme Bravo e Menezes (2011), a eleição de Lula representou um marco histórico na política do Brasil, visto que pela primeira vez se elegia um representante da classe operária brasileira, um líder político sindical. Conforme as autoras, a vitória de Lula foi uma resposta da população ao projeto neoliberal dos anos de 1990. “Isto é, pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes” (2011, p. 16). A expectativa da

militar e emergência das lutas sociais, que encontrou na retomada da luta sindical e operária um ponto de fusão de classe. Dessa forma, o PT surge enquanto partido que propõe organizar politicamente os trabalhadores urbanos e rurais. Na sua Carta de Princípios, o PT explicita que é um partido sem patrões e que não aceitaria em seu interior representantes das classes exploradoras” (MENEZES, 2014, p. 8). Não é o que se tem visto nos governos petista de Lula e Dilma; estes vêm mantendo estreita aliança com setores da burguesia e alimentando seus projetos. O partido conduzia as principais mobilizações operárias do país, tendo como principais bandeiras a independência de classe dos trabalhadores e o fim da ditadura militar. Foi responsável pela fundação da maior central sindical da história do país, em 1983, a CUT (Central Única dos Trabalhadores). O PT também tinha uma aproximação com a reorganização dos trabalhadores do campo, contribuindo com a criação, em 1984, do MST (Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra). (MENEZES, 2014, p. 08).

⁶³Para uma análise mais aprofundada sobre os governos petistas e as políticas sociais, ver Bravo e Menezes (2011) e Menezes (2014).

⁶⁴As mudanças que vêm sendo efetuadas durante os governos petistas estão assentadas na defesa de uma nova ideologia, que supostamente estaria distante dos preceitos neoliberais. Os autores que têm analisado a temática utilizam-se de inúmeras definições: (neo) desenvolvimentista, neodesenvolvimentista (MOTA, 2012), novo desenvolvimentismo (conceito utilizado por Maranhão) ou social-liberal (CASTELO, 2012) que, como visto anteriormente, caracterizam-se por serem vertentes do neoliberalismo.

população era de que o governo promoveria uma política comprometida com os interesses das massas, oposta às até então vigentes, comprometidas em estabelecer e consolidar o projeto neoliberal/capital, adotada desde o governo Collor e consolidada no governo de FHC. Para Passarinho (2010):

Seria a oportunidade de se deixar para trás os programas de ajuste e as políticas macroeconômicas sob inspiração do FMI; de se rever as privatizações levadas a cabo ao longo dos anos 1990; de se repensar o tipo de inserção externa que o país havia experimentado, aprofundando uma medíocre subalternidade às economias mais desenvolvidas. (2010, p. 15).

Entretanto, a expectativa então gerada em torno do governo Lula foi dando lugar à decepção. A continuidade dos ajustes implementados no governo de FHC foi confirmada. “O novo governo, de modo surpreendente para muitos observadores, não só está mantendo os pilares do modelo capitalista neoliberal dependente, como está aprofundando alguns aspectos desse modelo” (BOITO Jr., 2003, p. 1).

Lima (2011), em sua análise sobre este governo, lembrou o discurso do candidato petista durante sua vitória em 2002, em que enfatizava um discurso comprometido com uma mudança a favor das massas. Entretanto, após assumir efetivamente o governo, revela-se uma mudança em seu discurso, alinhado agora (2004) com a política do governo precedente:

Ontem, o Brasil votou para mudar. A esperança venceu o medo e o eleitorado decidiu por um novo caminho para o país. Foi um belo espetáculo democrático que demos ao mundo. Um dos maiores povos do planeta resolveu, de modo pacífico e tranquilo, traçar um rumo diferente para si. [...] A maioria da sociedade brasileira votou pela adoção de outro modelo econômico e social, capaz de assegurar a retomada do crescimento, do desenvolvimento econômico com geração de emprego e distribuição de renda. [...] Não há solução milagrosa para tamanha dívida social, agravada no último período. Mas é possível e necessário começar, desde o primeiro dia de governo [...]. (Lula – Discurso da vitória, 27/28 de outubro de 2002, *apud* LIMA, 2011, p. 38).

Lula – Discurso em reunião com Ministros do PT – 24 de novembro de 2004: Eu não mexo na política econômica. Não tem volta. O caminho está tomado e ponto final. Não adianta inventar. Os resultados são positivos e estamos colhendo os frutos, que devem aparecer em 2005. É importante que todo o governo e o partido tenham unidade de ação e discurso afinado. Quem pensa em contestar o rumo da economia não terá espaço comigo para discutir isso. (LESBAUPIN, 2006, p. 1 *apud* LIMA, 2011, p. 38).

Boito Jr (2003) salienta que a continuidade com os governos que o precederam contou com o apoio da classe média. Ainda durante a campanha, o candidato Lula já começara a mudar seu discurso. Os abastados da classe média iniciaram um movimento de aproximação e de apoio ao governo – movimento cuja amplitude e solidez ainda é possível verificar.

No plano econômico, seguiu-se a desregulamentação financeira, a abertura comercial, a ênfase numa política exportadora, privatizações, ajuste fiscal, pagamento dos juros, de encargos e amortizações da dívida e a manutenção de uma política que tem como meta o superávit primário, atendendo assim aos ditames do capitalismo financeiro internacional.

Lima (2011) destaca que a primeira iniciativa de continuidade do governo Lula, foi a reforma da previdência. Tal mudança incidiu principalmente sobre os servidores públicos, na medida em que estabeleceu o mesmo teto para os aposentados tanto do setor privado como do setor público. Criou também a previdência complementar e aprovou a prorrogação da Desvinculação das Receitas da União (DRU).

A referida autora assinala outro elemento de continuidade na política econômica do governo Lula: a meta de manutenção do superávit primário, a qual só vem aumentando. A justificativa do governo para esta manutenção é a defesa da tese da estabilização da relação dívida/PIB; argumenta-se que esta é “a condição fundamental para que a economia alcance o ‘equilíbrio’ e possa, dessa forma, crescer de maneira estável, sinalizando para o mercado e para o FMI a política do governo de garantir a ‘solvência’ do país e a estabilidade da economia” (LIMA, 2011, p. 39).

As políticas sociais são assim reduzidas a políticas sociais compensatórias⁶⁵ de caráter focalizado, cristalizadas nos programas de transferência de renda, como o Bolsa Família⁶⁶, dirigidos aos mais pobres. Constata-se um descompromisso em consolidar políticas sociais sob o princípio da universalidade.

⁶⁵Conforme assevera Mota (2012, p.37), baseada em Paulani (2010), ao enfrentar a pobreza via políticas compensatórias, a exemplo do Bolsa Família, “em vez de integrarem os excluídos, elas consagram a ‘fratura social’ porque distribuem uns poucos recursos àqueles que jamais conseguirão se integrar, para dar andamento à política concentradora e excludente”.

⁶⁶De acordo com Bravo e Menezes (2011), “o programa de transferência de renda Bolsa Família, criado em 2003, com o desafio de combater a miséria através da unificação de todos os programas sociais e a criação de um cadastro único de beneficiários. Apesar dos avanços nas condições de vida de milhões de brasileiros, é importante destacar que o Bolsa Família não se constitui num direito, pois se trata de uma política de governo, fruto de uma decisão do Executivo federal. Não sendo uma política de Estado, pode ser extinto a qualquer momento”. (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 16).

Tais medidas vêm sendo sustentadas durante o governo petista de Dilma Rousseff (2011-2014), que mantém a política macroeconômica do governo Lula:

a maior parte do orçamento da União para 2011 foi destinado à rolagem da dívida pública. A proposta era que R\$ 678,5 bilhões fossem destinados a pagar os juros e a amortização da dívida. Foi estipulada a manutenção do superávit primário em 3,1% do PIB, com a previsão de cortes de até R\$ 60 bilhões, o que equivale a todos os gastos do Ministério da Saúde. (MEDEIROS, 2011 *apud* MENEZES, 2014, p. 14).

Conforme análise de Menezes (2014) sobre o governo Dilma, no que se refere à área social, a presidente petista, assim como o governo anterior, não buscou uma política voltada à priorização do social; ao contrário, vem assumindo “uma posição ainda mais privatista e comprometida com a manutenção do atual modelo econômico” (2014, p. 14). A autora expõe alguns dados sobre essa política que cada vez mais submete o social ao econômico:

O corte de R\$ 60 bilhões no orçamento atingiu basicamente a área social, a saber: redução de gastos com pessoal, incluindo congelamento dos salários (R\$ 3,5 milhões); corte de R\$ 5 bilhões no Programa “Minha Casa Minha Vida”; no Ministério da Reforma Agrária houve redução de R\$ 929 milhões; na Educação corte de R\$ 3,1 milhões; na Saúde R\$ 578 milhões; nos Desportos R\$ 1,5 milhão; no Meio Ambiente R\$ 400 milhões e no Transporte R\$ 2,3 milhões (DOMINGUES, 2011 *apud* MENEZES, 2014, p. 14).

Como visto na primeira seção, o capitalismo em sua fase financeirizada tem como uma de suas estratégias de acumulação, especialmente sobre os países periféricos, o mecanismo da dívida pública, que lhe permite drenar recursos públicos para os rentistas do grande capital. Seguindo esta orientação, o governo Dilma, assim como o de seu antecessor, vem mantendo a prioridade sobre a política econômica em detrimento das políticas sociais. Assim, ainda no primeiro ano de seu governo (2011), a manutenção da Desvinculação das Receitas da União (DRU) aprovada pelo Senado renovou sua vigência até 2015. A DRU permite que 20% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social sejam retirados “para, entre outras finalidades, pagar juros da dívida aos rentistas e manter o superávit primário” (MENEZES, 2014, p. 14).

O enfrentamento das desigualdades sociais no governo Dilma vem sendo

efetuado através de políticas sociais compensatórias. Conforme Moroni⁶⁷ (2011), “a primeira medida do governo Dilma nesta área foi pedir uma nova definição da linha da miséria e da pobreza, onde o único critério é o da renda *per capita* da família”. Nessa conjuntura, a pobreza é posta como administrável, podendo ser gerida por políticas sociais compensatórias, atendendo tanto às necessidades imediatas da classe trabalhadora como às exigências da burguesia.

Retomando a ideia central deste item – as tendências regressivas na política de saúde nos governos petistas –, pode-se afirmar que no rastro dessas mudanças, a saúde é exemplo. Os governos de Lula e Dilma Rousseff têm consolidado uma verdadeira contrarreforma na política de saúde. Se nos governos de FHC surgem os primeiros modelos de gestão privatizantes, com destaque para as Organizações Sociais – modelo proposto no quadro da contrarreforma da Saúde –, os governos petistas, além de não terem impedido a ampliação desse modelo, tiveram como proposta a implantação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Bravo e Menezes analisam a saúde nos governos Lula e Dilma. Segundo as autoras (2011), durante o governo Lula tem se mantido a disputa entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista. “Em alguns aspectos, o governo procura fortalecer o primeiro projeto e, em outro, o segundo” (2011, p. 17). E prosseguem:

A expectativa que se colocava para o governo Lula era a de fortalecer o SUS constitucional. Entretanto, no debate interno ocorrido no governo entre os universalistas e os focalistas, esses últimos estão sendo cada vez mais fortalecidos. A defesa da primazia do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população ganha cada vez mais eco, e com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida. A grande questão é a segmentação do sistema, com ênfase nas ações privadas, que passam de complementares para essenciais. (PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2009, p. 19).

Alguns aspectos de continuidade da política de saúde dos anos 1990, durante o governo de FHC, são destacados por Bravo (2009), como a focalização e a centralização em programas como o Saúde da família, sem, entretanto, “uma (re)organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência” (BRAVO, 2009, p. 104). Ainda segundo a

⁶⁷Moroni, José Antônio. Governo Dilma: Uma primeira análise. Cebi. Disponível em: <http://www.cebi.org.br/noticias.php?secaold=¬iciald=1801>. Acesso em: julho de 2014.

autora, o governo também tem dado ênfase a uma política de precarização/terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento e não viabilização da concepção de Seguridade Social assegurada na CF de 1988.

Quanto à questão do subfinanciamento do SUS, Paim argumenta:

A continuidade do subfinanciamento do SUS limita sua capacidade de investimento na ampliação da cobertura assistencial, bem como sucateia as estruturas públicas, ao mesmo tempo impedindo a melhora da gestão dos serviços e justificando a sua privatização. Politicamente, o projeto “mercantilista” assume a saúde como mercadoria, defendendo o mercado como a melhor opção para a alocação de recursos e para a satisfação das demandas e necessidades dos indivíduos. (PAIM, 2009 *apud* BORGES et al., 2012, p. 62).

Desse modo, o subfinanciamento do SUS possibilitou o crescimento dos planos privados de saúde, que contam com incentivos governamentais no contexto do desfinanciamento do SUS. Nessa perspectiva,

a alegação de que o mercado “desafogou” financeiramente o SUS serve de apoio ideológico aos interesses liberais e capitalistas, mas, na verdade, esconde a história e as raízes que permitiram o patrocínio do mercado de planos de saúde pelo Estado capitalista, contribuindo para estruturar um modelo de proteção social de matriz liberal em contrapartida à priorização do modelo de atenção à saúde pública consentido pela Constituição de 1988. (REIS & SOPHIA, 2009, p. 74, *apud* LIMA, 2011, p. 73).

No que se refere à privatização da saúde via novos modelos de gestão, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva lançou em seu segundo mandato, em 2007, a proposta das Fundações Estatais de Direito Privado, apresentada mediante o Projeto de Lei Complementar 92/2007 como um novo modelo de gestão para gerenciar atividades nas áreas: de saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, entre outras.

Entretanto, este projeto já havia sido um dos pontos da reforma do governo de FHC, através da “Emenda nº 19, que alterou o inciso XIX do art. 37 da Constituição, possibilitando a criação de Fundação de Direito Privado. Os movimentos sindical e social e alguns partidos políticos, naquela época, conseguiram barrar o avanço de sua implementação” (MARCH, 2010). No entanto, posteriormente, foi retomada como um dos projetos do governo Lula:

Atividades estatais que não sejam exclusivas do Estado como: saúde, incluindo os hospitais universitários – neste caso precedido

de manifestação do conselho universitário –, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público (art. 40 §§ 14 e 15, da CF), comunicação social, e promoção do turismo nacional. (MARCH, 2010).

Segundo Granemam (2011 p. 50), “não havia sido difundido projeto de contrarreforma do Estado com pretensões tão abrangentes como o recentemente divulgado pelo governo Lula, o Projeto Fundação Estatal”.

Na visão de Granemam (2008), uma reforma do Estado pode operar na direção de aumentar os direitos da força de trabalho ou pode aprofundar as exigências de acumulação do capital e, neste caso, será uma contrarreforma do Estado por afetar os interesses e direitos da força de trabalho (GRANEMAM, 2011, p. 51).

Este projeto tem como um dos objetivos regulamentar a Emenda Constitucional nº 19/98, conhecida como a emenda da contrarreforma do Estado brasileiro, realizada por FHC. A “necessidade” de regulamentação deste artigo (art. 37 da CF/88) concedeu ao governo e seus aliados a “brecha” para a realização das contrarreformas do Estado de interesse do capital, sob a forma de fundações estatais (GRANEMANN, 2011, p. 51).

As fundações não são modelos de gestão recentes, pois

o Brasil tem referências das fundações no setor público desde a década de 40. No período da ditadura, o decreto 200, de fevereiro de 1967, definiu as fundações instituídas pelo poder público como pessoas jurídicas de direito privado, regidas pelo Código Civil, no que diz respeito a obrigações civis, comerciais e trabalhistas, e as integrava à administração indireta. (JUNQUEIRA, 2007, p. 79-80).

As consequências da implementação das fundações se mostra na forma de contratação dos trabalhadores, a qual tem se dado via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); já a seleção será por concurso público, precedida de edital publicado no diário oficial, não garantindo a estabilidade do trabalho.

Os trabalhadores da saúde das fundações estatais de direito privado, mesmo que concursados, serão contratados via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), o que não lhes garante estabilidade, facultando-lhe um nível maior de subordinação à gestão. Além disso, cada fundação terá seu corpo funcional próprio, com o seu respectivo Plano de Carreira, Emprego e Salário, o que fragmenta a organização da classe trabalhadora e a luta por melhores condições de vida e trabalho. Sendo assim, ao contrário do que está exposto

nos documentos, o nível de precarização e superexploração do trabalho tende a ser maior nesse tipo de gestão, e é sobre a exploração desses trabalhadores da saúde que se coloca a responsabilidade de qualificação do SUS. (SOARES, R., 2009, p. 85).

Ainda que o projeto das fundações estatais de direito privado não tenha sido aprovado no Congresso Nacional, vários estados e municípios brasileiros vêm adotando esse modelo, como é o caso de

Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe, Pernambuco, Acre e Tocantins. E alguns desses já estão em fase de implementação, a despeito, na maioria dos casos, da discordância dos respectivos conselhos e conferências estaduais de saúde, instâncias de deliberação da política a nível estadual. (SOARES, R., 2010, p. 85).

A continuidade da implementação do ajuste estrutural sob a gestão do governo do PT tem sua representação garantida após o governo Lula com a eleição de Dilma Rousseff. Bravo e Menezes (2011) fazem um balanço inicial sobre este governo. Conforme as autoras, as tendências regressivas no SUS são reafirmadas neste governo; em seu discurso de posse, a proposta a princípio é consolidar o SUS, através “da força do governo federal, para acompanhar a qualidade do serviço prestado ao usuário, entretanto irá estabelecer parcerias com o setor privado na área da saúde” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 22).

O governo Dilma, assim como os de seus antecessores, vem criando novas estratégias de repasse do fundo público da saúde para o setor privado. O Programa “Aqui tem Farmácia Popular” é um exemplo; com o objetivo de oferecer medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, o governo visa firmar parceria com farmácias e drogarias da rede privada, “aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção/distribuição/varejo), por meio de parceria do Governo Federal com o setor privado varejista farmacêutico” (BRASIL 2014⁶⁸). Aloca assim recursos no setor privado farmacêutico, quando poderia viabilizá-los através das unidades pública de saúde.

Outra iniciativa do governo Dilma tem sido a implantação de Unidades de Pronto Atendimento 24 horas – UPA, que segundo o governo têm como objetivo resolver parte das urgências e emergências e diminuir as filas nos prontos-socorros e hospitais. Bravo e Menezes trazem algumas reflexões sobre essa proposta:

⁶⁸Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/farmacia-popular>. Acesso em: julho de 2014.

As UPAS fortalecem o modelo hospitalocêntrico. O importante seria pensar o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e sua articulação com o sistema. Outra questão a ser considerada é como fixar os profissionais e solidificar sua formação sem uma política de gestão do trabalho e educação, explicitando plano de cargos, carreiras e salários e a proposta de educação permanente para os trabalhadores da saúde. O que se tem verificado é a ampliação da terceirização e a precarização dos trabalhadores. (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 23).

A implantação das UPAS no país tem viabilizado a ampliação das Organizações Sociais na gestão dessas unidades, como é o caso do Rio de Janeiro:

No Plano Municipal de Saúde (PMS 2009-2013), está firmada a intenção de ampliar a rede assistencial carioca mediante a implantação de 20 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 70 Clínicas de Saúde da Família (CSF), todas as unidades de saúde novas criadas após a Lei 5.026 e, portanto, aptas a ser geridas pelas OS. Isto é, **expansão por intermédio da gestão das OS**. (MATTOS, 2012, p. 83, grifos do autor).

Quanto à continuidade da implementação de novos modelos de gestão, o governo Dilma aprovou em 2011 a Lei 12.550, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sancionada em 15 de dezembro de 2011. Cabe ressaltar que a (EBSERH) já era uma proposta do governo Lula⁶⁹, com a Medida Provisória nº 520, que chegou a ser editada em 30 de dezembro de 2010. Porém, segundo Correia (2013), a medida não conseguiu ser aprovada, devido ao esgotamento do prazo para sua votação no Senado; posteriormente, seu conteúdo foi retomado através do Projeto de Lei nº 1.749/2011, autorizando o Poder Executivo a criar a EBSERH como empresa na estrutura do Estado, de natureza privada, para a prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos⁷⁰.

⁶⁹Conforme assinala Cislighi (2011), no apagar das luzas de 2010, e antes da implementação efetiva do REHUF, o governo Lula, como uma de suas últimas ações, assinou uma medida provisória que autorizava o Poder Executivo a criar a EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A “urgência” da medida foi justificada pela necessidade de resolver o impasse dos terceirizados dos hospitais universitários federais, visto que o TCU declarou ilegal a situação dos 26 mil contratados precarizados e deu um prazo até 31 de dezembro de 2010 para que o governo resolvesse a situação (Acórdão 1520/ 2006). Essa determinação do TCU ocorreu em 2006. O governo teve quatro anos para fazer concursos públicos, repondo o quadro de servidores, e não o fez. Confirmava-se, então, a intenção do governo de retirar a gestão dos hospitais universitários das mãos das universidades por meio de um modelo de gestão de direito privado. (Cislighi, 2011, p.60).

⁷⁰A Lei 12.550/2011, que criou a EBSERH, está sendo questionada no Supremo Tribunal Federal por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.895, proposta pelo procurador-geral da República. Para o Ministério Público Federal (MPF), “na prática, tal adesão significa a transferência da gestão do

Ainda segundo a autora, a EBSEERH “é uma Empresa pública com personalidade jurídica de direito privado. Constitui uma via de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro – 47 Hospitais Universitários” (CORREIA, 2013, p. 9). A EBSEERH cita em seu primeiro artigo o Decreto 200:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública unipessoal, na forma definida no inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, e no art. 5º do Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. (BRASIL, 2014).

A forma de ingresso prevista na Lei 12.550, de 15/12/2011, que cria a EBSEERH, assim como nas FEDPs, é a contratação mediante o regime da CLT por tempo determinado de até dois anos, “acabando a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e a qualidade do atendimento em saúde” (CORREIA, DANTAS, 2013).

Quanto ao controle social, com a EBSEERH a participação social fica restrita a um conselho consultivo, diferente dos conselhos deliberativos do SUS, não prevendo composição paritária entre sociedade civil e Estado (CISLANGHI, 2011).

Conforme Correia e Dantas (2013), esta Empresa abre espaço para a mercantilização dos serviços de saúde prestados pelos HUs, inclusive das atividades de pesquisa e ensino, como explicitado na “lei que cria a EBSEERH, no parágrafo segundo do seu artigo 1º, ao autorizar a EBSEERH ‘a criar subsidiárias para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social’” (CORREIA, DANTAS, 2013).

Essa privatização, mediante o repasse da gestão para o setor público não estatal (privado), a exemplo das OSs, FEDPs e EBSEERH, representa o uso do fundo

Hospital Universitário para a empresa, o que, segundo o MPF, contraria diversos normativos constitucionais. Há o temor ainda de que o repasse da gestão agrave o problema da terceirização irregular no hospital, colocando em risco a prestação dos serviços oferecidos pela entidade, já que permitirá a contratação temporária de pessoal em processo seletivo simplificado. Ao sinalizar com a implementação de um modelo “flexível” de gestão, a EBSEERH constitui-se, na verdade, em uma empresa de natureza privada na estrutura do Estado, para prestar serviços públicos de educação e saúde. Para o MPF, “o repasse da gestão do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora à EBSEERH poderia caracterizar, em um primeiro momento, o início da privatização desses serviços, e, ainda, o fim das pesquisas voltadas para os interesses sociais”. Tal preocupação decorre do fato de que uma empresa pública de natureza privada visa primordialmente ao lucro, e, seguindo a lógica do mercado, tanto o conhecimento quanto a prestação de serviços que não gerem resultados financeiros deixariam de interessar à universidade. Disponível em: <http://www.prmg.mpf.mp.br/imprensa/noticias/patrimonio-publico/mpf-ingressa-com-acao-para-impedir-privatizacao-do-hospital-da-ufff>

público por parte do Estado em benefício do setor privado, em detrimento de políticas sociais universais.

Todavia, as mudanças em curso na política de saúde durante o governo Lula e o governo Dilma não se ativeram apenas à criação de novos modelos de gestão – FEDPs e EBSEH. A transferência de recursos públicos na saúde também vem ocorrendo com a atuação da iniciativa privada, por dentro do SUS, através da complementaridade invertida⁷¹. No levantamento realizado mediante a coleta de dados ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), pode-se constatar (vide tabelas abaixo) o montante de recursos repassado para as entidades filantrópicas/privadas que prestam serviço ao SUS, no atendimento de média e alta complexidade, durante o período de (2008-2013), em comparação com o que foi destinado ao setor público.

Na tabela 1, pode-se visualizar que o montante de recursos do SUS que foi repassado no período de (2008-2013) para a rede privada de saúde, em comparação com o que foi repassado à rede pública, foi bem maior. Em 2008, 60% dos recursos públicos da saúde destinados aos procedimentos hospitalares foram repassados à rede filantrópica/privada, enquanto para a rede pública, apenas 43%.

Tabela 1

Procedimentos Hospitalares do SUS (Média / Alta Complexidade) *		
Período	Rede Pública	Rede Privada**
2008	40,29%	59,67%
2009	42,46%	57,51%
2010	43,36%	56,62%
2011	43,16%	56,83%
2012	43,53%	56,46%
2013	43,66%	56,32%

Fonte: Pesquisa documental através da consulta à base de dados do DATASUS/ Ministério da Saúde.

*Porcentagem do total de recursos públicos destinados aos procedimentos hospitalares de média e alta complexidade.

**Contratado, contratado optante simples, filantrópico, filantrópico isento de tributos e contratos sociais e sindicatos.

⁷¹A expressão “complementaridade invertida” surgiu durante o desenvolvimento dos projetos de pesquisa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), no grupo de pesquisa intitulado “Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais”, da Faculdade de Serviço Social da UFAL, coordenado pela Profa. Dra. Maria Valéria Costa Correia, do qual participei como bolsista.

No que se refere aos serviços ambulatoriais, a tabela 2, a seguir, demonstra o montante de recursos do SUS repassados à rede pública e filantrópica/privada, em que se constata um crescimento de recursos alocadas na rede privada para a prestação de serviços ambulatoriais. Em 2013, o repasse de recursos públicos à rede privada foi superior ao da rede pública, em comparação aos períodos anteriores, ultrapassando os 50%.

Tabela 2

Produção Ambulatorial* do SUS – Brasil

Período	Rede Pública	Rede Privada**
2008	54,29%	45,70%
2009	55,43%	44,56%
2010	54,46%	45,52%
2011	51,30%	48,69%
2012	49,18%	50,81%
2013	48,21%	51,78%

Fonte: Pesquisa documental através da consulta à base de dados do DATASUS/ Ministério da Saúde
*Os procedimentos da produção ambulatorial são divididos em três níveis de complexidade: atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

**Contratado, contratado optante simples, filantrópico, filantrópico isento de tributos e contratos sociais e sindicatos.

Conforme os dados acima apresentados, pode-se dizer que há uma complementaridade invertida, pois o SUS estaria sendo complementar ao setor privado, contrariando o que está previsto no art. 199, § 1º, da Constituição Federal e no art. 24 da Lei Orgânica da saúde (8.080/90). Estes artigos estabelecem que, *“quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”* (BRASIL, 1988, grifos nossos).

Os dados também evidenciam a dependência do sistema público ao sistema privado. Como visto anteriormente, o projeto da reforma sanitária previa uma estatização progressiva do sistema público de saúde, com sua expansão e fortalecimento nas três esferas de governo. Entretanto, o que se tem constatado é uma dependência cada vez maior do sistema público ao privado⁷².

⁷²Na pesquisa sobre a Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e

Assim, diante da conjuntura apresentada, evidencia-se que nos governos petistas as expectativas sobre a consolidação do projeto da reforma sanitárias não têm se efetivado. A política de saúde vem sendo cada vez mais direcionada à lógica de mercado, ampliando-se as formas de privatização, seja com a complementaridade invertida, seja com a proposição de novos modelos de gestão, como as FEDPs e a EBSEH, em que se verifica a apropriação do fundo público. “Esta área de saúde tem se tornado uma área de grande interesse do capital, ou seja, dos grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais” (CORREIA, 2007, p. 19).

A próxima seção busca analisar como tem se dado a apropriação do fundo público da saúde pelas denominadas OSs e quais os reflexos da privatização da gestão mediante este modelo no SUS.

Estatística (IBGE), de 2009, evidenciou-se que os estabelecimentos privados que informam prestar atendimento ao SUS são responsáveis por 72,4% das internações do setor. Na AMS 2009 foram pesquisados 19.294 estabelecimentos de atendimento exclusivo de apoio ao diagnóstico ou à terapia, o Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia – SADT. Tais serviços, quase em sua totalidade privados (90,8%), vêm apresentando altos índices de crescimento. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

3. A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE VIA OSs: retrocessos no SUS

Nesta seção, será abordado como a privatização por meio das Organizações Sociais tem repercutido sobre o SUS, a fim de alcançar o último objetivo desta pesquisa: *investigar quais os retrocessos para o SUS advindos com o processo de implementação das Organizações Sociais como modelo de gestão na saúde*. Será discutida ainda a apropriação privada do fundo público nesse contexto de privatização da gestão do SUS e quais os reflexos e prejuízos ao SUS – advindos da adoção das OSs na gestão das unidades de saúde.

A pesquisa documental a inquéritos civis públicos elaborados pelos órgãos de controle interno e externo – Ministério Público Federal e Estadual, Tribunais de Contas dos Estados e da União – e as denúncias publicadas em jornais (impressos e digital), assim como na mídia eletrônica, possibilitaram alcançar o referido objetivo. A pesquisa à base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde e ao Relatório da Pesquisa de Informações Básicas Estaduais – Perfil dos Estados Brasileiros (Estadic/IBGE), de 2013, forneceu o mapeamento das unidades de saúde que são geridas por OSs no Brasil.

3.1 As Organizações Sociais na saúde: apropriação privada do fundo público

Como já exposto, no contexto de crise do capital, o mercado financeiro tem comandado, cada vez mais, as tendências que norteiam a política de saúde. Esta passa progressivamente a incorporar a lógica do mercado. A privatização da gestão é um exemplo de apropriação do fundo público pelo setor privado com a utilização da própria estrutura dos serviços públicos de saúde, requerendo cada vez mais o apoio estatal. Conforme Andreazzi; Bravo e Menezes (2013):

as políticas de privatização da gestão que hoje se implementam de forma acelerada, além de obedecer aos ditames econômicos, entre os quais o equilíbrio de contas públicas e a legitimação do Estado através da focalização, são uma forma de extração de rendas para grupos econômicos que são criados por dentro do Estado, em articulação estreita com grupos de poder. (ANDREAZZI; BRAVO e MENEZES, 2013, p. 4).

O processo de contrarreforma do Estado brasileiro atende aos interesses do grande capital no atual contexto de crise contemporânea. O Estado, por meio dos

ajustes neoliberais, tem alimentado o processo de financeirização do capital, seja com o desvio do orçamento da seguridade social para o pagamento da dívida pública através da Desvinculação das Receitas da União (DRU)⁷³, seja por meio da privatização das políticas sociais, e, ainda, pela priorização dos programas de transferência de renda condicionados.

Atendendo aos ditames do grande capital através das orientações dos organismos multilaterais como Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Estado brasileiro vem redimensionando suas ações nas políticas sociais, dando ênfase a uma política focalista, assistencial e privatista. As “reformas” do Estado recomendadas pelos organismos internacionais estão centradas na racionalização de gastos na área social e no fortalecimento do setor privado na oferta de bens e serviços coletivos⁷⁴. O Banco Mundial determina que “muitos países em desenvolvimento que desejam reduzir a magnitude de seu desmesurado setor estatal devem conceder prioridade máxima à privatização” (Banco Mundial, 1997, p. 7 *apud* Correia, 2005).

Essa instituição orienta os governos a darem prioridade máxima aos “setores sociais fundamentais”, os mais vulneráveis, promovendo políticas públicas focalistas para conferir eficácia e equidade aos gastos sociais. Nesse processo ocorre uma diminuição da intervenção estatal na área social, simultânea ao repasse da gestão de serviços públicos para a rede privada, mediante a transferência de recursos públicos (CORREIA, 2007).

Diante da conjuntura de dificuldades a que o SUS vem sendo submetido, o projeto neoliberal em que se baseiam as contrarreformas passa a atribuir os problemas à sua efetivação ao modelo administrativo e de gestão. “Daí decorre todo o discurso justificador das parcerias público-privadas para gerir a saúde, criando as possibilidades concretas do usufruto direto do fundo público pela lógica privada” (SOARES, R., 2013, p. 17).

Observa-se a crescente tendência da utilização do fundo público⁷⁵ para o

⁷³A DRU tem permitido transferir 20% dos recursos da seguridade social para o orçamento fiscal, com vistas ao pagamento da dívida pública.

⁷⁴Para um maior aprofundamento das orientações destes organismos às políticas sociais brasileiras, especialmente a política de saúde brasileira, consultar os estudos de Correia, a exemplo de O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais (2005).

⁷⁵Conforme Salvador (2010, p. 91), o fundo público está presente no processo de produção e reprodução do capital enquanto: “1 [...] fonte importante para a realização do investimento capitalista. No capitalismo contemporâneo, o fundo público comparece por meio de subsídios, de desoneração

financiamento da acumulação de capital em detrimento do financiamento da reprodução do trabalho.

Salvador (2010) deixa claro que “o fundo público ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com a reprodução do capital. A presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo” (SALVADOR, 2010, p. 79). O autor ainda ressalta o papel ativo do fundo público no capitalismo contemporâneo, ao exercer uma função ativa tanto nas políticas macroeconômicas, com vistas a garantir a acumulação produtiva, como nas políticas sociais, em que o alargamento destas garante a expansão do mercado de consumo.

Diante do cenário de reformas em voga no país, “a seguridade social emerge como um dos principais setores candidatos à privatização, graças à sua enorme capacidade de produzir acumulação de capital na área financeira e na ampliação do mercado de capitais” (SALVADOR, 2010, p. 28).

Ainda segundo o supracitado autor, no contexto atual do “capitalismo contemporâneo, particularmente no caso brasileiro, ocorre uma apropriação dos fundos públicos vinculados à seguridade social para a valorização e acumulação do capital vinculado à dívida pública” (2010, p. 28).

Conforme Salvador, a concretização da seguridade social, em especial da saúde, como conquista social assegurada na CF de 1988, passa pela efetivação do orçamento da seguridade social. Entretanto, as tensões estabelecidas a partir dos anos 1990 com o projeto de ofensiva neoliberal materializado nas contrarreformas têm dificultado cada vez mais a consolidação da Seguridade Social.

De acordo com Marques e Mendes (2009), há uma política de contenção dos gastos sociais e a manutenção de uma política macroeconômica voltada ao superávit primário, atendendo ao cumprimento das condicionalidades do Fundo Monetário Internacional⁷⁶ e às orientações do Consenso de Washington de 1990. “A

tributária, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital, como base de financiamento integral ou parcial dos meios de produção que viabilizam [...] a reprodução do capital; 2. Como fonte que viabiliza a reprodução da força de trabalho, por meio dos salários indiretos, reduzindo o custo do capitalista na sua aquisição. Além disso, é a força de trabalho responsável diretamente, no capitalismo, pela criação do valor; 3. Por meio das funções diretas do Estado, que no capitalismo atual garante vultosos recursos do orçamento para investimentos em meios de transporte e infraestrutura, nos gastos com investigação e pesquisa, além dos subsídios e renúncias fiscais para empresas; 4. No capitalismo contemporâneo, o fundo público é responsável por uma transferência de recursos sob a forma de juros e amortização da dívida pública para o capital financeiro, em especial para as classes dos rentistas”.

⁷⁶A partir de 1982, quando o país recorreu formalmente ao Fundo Monetário Internacional, impôs o

contenção do gasto público, primeira orientação do Consenso de Washington de 1990, dirige-se tanto ao combate à inflação como à criação de um superávit primário fiscal” (MARQUES; MENDES, 2009, p. 844).

No quadro da saúde pública brasileira, a questão do financiamento dessa política tem sido um dos entraves para sua consolidação. A partir dos anos 1990, “a trajetória desse sistema no período pós-constitucional foi bastante tumultuada em relação ao problema de seu financiamento – insuficiência de recursos” (MARQUES; MENDES, 2009, p. 842). Para o autor, a crise no financiamento da saúde nesse contexto de dominação do capital financeiro, no caso brasileiro a partir dos anos 1990, resultou em tentativas de contenção dos gastos na saúde, em contraposição à adoção de uma política macroeconômica restritiva, voltada à manutenção de um alto superávit primário.

Este esquema de financiamento tem dificultado a efetivação dos princípios do SUS, principalmente no que se refere ao seu caráter universal. Para Marques & Mendes, o marco desses ajustes financeiros, que repercutem de forma direta nas políticas sociais, dá-se a partir de 1995, durante o governo de FHC.

Principalmente a partir de 1995, tornou-se mais clara a adoção de um conjunto de iniciativas voltadas ao ajustamento das finanças públicas. Na maior parte das vezes, as medidas implementadas direcionaram-se para a intrínseca relação que a lógica financeira passa a ter dentro do próprio aparelho do Estado. [...] A financeirização torna-se parte do Estado, e este um instrumento para sua difusão e valorização do capital financeiro, reduzindo os gastos na saúde. (MARQUES; MENDES, 2009, p. 846).

Os problemas de financiamento do SUS diante das estratégias neoliberais, e sua conseqüente precarização é analisado por Behring e Boschetti (2008b), que afirmam: “a saúde pública padece da falta de recursos, o que se evidencia nas longas filas, na demora para prestação dos atendimentos, na falta de medicamentos e na redução de leitos” (2008b, p. 161).

A tensão entre o SUS e a disputa por recursos tem sido constante. Marques &

cumprimento das condicionalidades deste organismo, passando ainda pelas várias tentativas de controlar o processo inflacionário galopante em todo o desenvolvimento da crise da economia brasileira, pelas privatizações das empresas estatais e pelo estímulo à entrada de capitais externos mediante a manutenção de elevada taxa de juros, o que, entre outros motivos, tornou a dívida interna um problema; assistiu-se à mudança do Estado brasileiro. Esse Estado desenvolvimentista, que havia sido elemento-chave do processo de industrialização, investindo em infraestrutura e criando estatais produtoras de matérias-primas essenciais, e que também tinha se preocupado em desenvolver o sistema público de proteção social, estava reduzido a poucas funções. (MARQUES & MENDES, 2009, p. 844).

Mendes analisam três momentos de enfrentamento entre o SUS e Orçamento da Seguridade Social – OSS. O primeiro, a partir de 1989 e 1990, em que parte do OSS foi destinado a recursos que contribuíram para o financiamento dos encargos previdenciários da União – despesa que não faz parte do Orçamento da Seguridade Social. “A transferência para o Ministério da Saúde, que representava 33,1% da receita de contribuições, em 1991, passou para apenas 20,9%, em 1992” (MARQUES; MENDES, 2009, p. 845).

O segundo momento de tensão e enfrentamento na área da saúde ainda nos anos 1990, foi quanto ao repasse de recursos previstos na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), de 15,5%, que deveriam ser destinados à área da saúde. Porém, mais uma vez foram alocados na Previdência Social, sob a justificativa de problemas de caixa (MARQUES; MENDES, 2009).

O terceiro conflito ocorreu no ano de 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência (posteriormente denominado Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e atualmente Desvinculação das Receitas da União (DRU), definindo-se que 20% do orçamento da seguridade social seriam desvinculados de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal. Tais recursos têm sido investidos na manutenção de superávit primário (MARQUES; MENDES, 2009).

Ainda em 1994, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social propuseram como alternativa a criação do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF). Este posteriormente passou a ser denominado CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras). “Neste ano, a participação da CPMF, em bilhões de reais correntes, foi de R\$ 6,7 bilhões, correspondendo a 27,8% do total das fontes do financiamento da saúde. Em 2005, esse percentual correspondeu a 29,3%” (MARQUES; MENDES, 2009, p. 846).

Entretanto, esta alternativa não pode obter o êxito esperado, visto que as demais fontes de imposto, Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) foram reduzidas e crescentemente alocadas na área da previdência. Além do que, a DRU continuou capturando parte dos recursos da CPMF que deveriam ser destinada a financiar a saúde, aplicando-a em outras áreas do governo (MARQUES & MENDES, 2009). Em 2007, durante o governo Lula a CPMF foi derrubada pelo Congresso. Em contrapartida, a votação quanto à prorrogação da DRU tem sido aprovada, tanto no governo Lula em 2007, como no governo Dilma.

É preciso considerar ainda que, além de o Senado ter aprovado a continuidade da DRU, a extinção da CPMF prejudica de forma considerável a Saúde. Não só o SUS não conta com os recursos dela originados, como não foi definido qual seria a fonte que iria substituí-la. Em 2006, a receita da CPMF correspondeu a R\$ 32,1 bilhões, sendo que 40,22% foram destinados à Saúde. A continuar a atual orientação da política econômica, a tensão entre a saúde e a área econômica do governo será mantida. (MARQUES; MENDES, 2009, p. 848).

A persistência da situação de indefinição dos recursos financeiros para a área da saúde fez com que se buscassem novas alternativas, como a vinculação dos recursos orçamentários das três esferas de governo. “A história de construção de uma medida de consenso no âmbito da vinculação de recursos levou sete anos tramitando pelo Congresso até a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), em agosto de 2000” (MARQUES; MENDES, 2009, p. 847).

A EC 29 estabeleceu que estados e municípios devem alocar, no primeiro ano, pelo menos, 7% dessas receitas. Esse percentual deve crescer anualmente até atingir, para os estados, 12%, no mínimo, em 2004 e, para os municípios, 15% no mínimo. Em relação à União, a EC 29 determina que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Para a União, a EC 29 não explicita a origem dos recursos, e em relação à Seguridade Social foi omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos. (MARQUES; MENDES, 2009, p. 847).

Apesar de a lei ter sido aprovada em 2000, a lei que regulamenta a EC 29 só foi aprovada em 2011, e sancionada pela Presidente Dilma Rousseff em 2012; porém a nova lei complementar 141 não garantiu mais recursos por parte da União, mantendo os percentuais determinados pela EC 29 (BORGES et al., 2012).

Durante o governo Lula várias manobras foram realizadas a fim de retirar recursos da saúde para atividades que não dizem respeito ao conceito de saúde. Este governo não mostrou muita disposição para aumentar sua participação nos gastos com saúde, “nem em definir fontes exclusivas para seus custeios, e tampouco em firmar o compromisso com as políticas sociais universais” (MARQUES; MENDES, 2009, p. 849).

Salvador (2010) destaca que durante o período de 2000 a 2007 os recursos destinados à política de saúde em comparação aos destinados às demais políticas que integram a seguridade social foi o menor. E que durante o primeiro mandato do

governo Lula a destinação anual de recursos para a saúde foi menor que nos três últimos anos do governo FHC. “O ano de 2004, em termos reais, foi o pior no financiamento da saúde, com o montante de receitas bem inferior à média do período 2000-2007⁷⁷: apenas R\$ 40, 86 bilhões” (SALVADOR, 2010, p. 241).

Assim, a política econômica voltada para a amortização da dívida pública⁷⁸, com o chamado superávit primário, tem diminuído os investimentos públicos. E o subfinanciamento do SUS tem prejudicado a ampliação da cobertura assistencial primária e terciária, bem como “a gestão das unidades também foi inviabilizada pela falta de dinheiro, corroborando a ideia-força da inviabilidade do poder público na oferta de serviços à população” (BORGES et al., 2012, p. 63).

Ainda segundo Borges (et al., 2012), a insuficiente infraestrutura dos estabelecimentos, serviços, equipamentos e de pessoal de saúde, decorrente do subfinanciamento, dificulta o acesso da população e prejudica a credibilidade do SUS perante a população. Borges (et al., 2012, p. 63-64) afirma:

o Brasil não tomou para si o cuidado com o SUS, que participa no imaginário popular como um programa assistencial residual, ou seja, para os menos afortunados. Isso justifica, no âmbito político, o projeto mercantilista para a saúde, em contraposição ao projeto do movimento sanitário. Políticos, financiados pelo grande capital da saúde, subjagam o SUS ao clientelismo e ao patrimonialismo, presentes ainda na política brasileira. Esses fazem *lobby* para o mercado, apoiam a privatização das unidades públicas e não priorizam políticas que fortalecem o financiamento do SUS.

Os governos petistas vêm mantendo uma política macroeconômica em detrimento do fortalecimento das políticas sociais, no que se refere ao financiamento do SUS e às demais políticas que compõem a seguridade social. Tais determinações estão inseridas no contexto de uma ofensiva capitalista, em que “o capital financeiro regressou poderoso, após o largo período dos trinta anos gloriosos do capitalismo em que ficou reprimido, determinando um ‘novo’ papel ao Estado e assegurando o pleno crescimento de sua forma fictícia” (MARQUES; MENDES, 2009, p. 842).

Fica evidente, nessa relação, que a prioridade dada ao capital financeiro não só inviabiliza um crescimento econômico, como a

⁷⁷Segundo Salvador (2010), a média de recursos desse período foi de R\$ 43,48 bilhões.

⁷⁸Segundo o *site* da Auditoria Cidadã da Dívida em 2014, “apenas até 11 de setembro, o governo federal já gastou R\$ 825 bilhões com juros e amortizações da dívida. Este valor representa 51% de todos os gastos federais até aquela data”. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br/gastos-com-a-divida-federal-em-2014-ja-chegam-a-r-825-bilhoes/>. Acesso em: outubro de 2014.

garantia de um financiamento para as áreas sociais, principalmente da saúde pública brasileira. É da compreensão de que a dominação financeira no Brasil sustenta a permanência de uma política econômica que subordina o social no país. A adoção de políticas macroeconômicas restritivas, isto é, de cumprimento às metas de inflação e de ajuste das contas externas, exige sempre superávits primários fiscais altos e tentativas de redução dos gastos públicos sociais. (MARQUES; MENDES, 2009, p. 842).

O capitalismo contemporâneo, sob um novo estilo de acumulação, a financeirização, tem requisitado a atuação do fundo público a favor dos interesses do capital, e as contrarreformas têm sido o instrumento utilizado para viabilizar essa transferência. As OSs, apresentadas como novo modelo de gestão, têm se revelado como um dos mecanismos diretos de apropriação de recursos públicos na área da saúde para atender aos interesses privados, ou seja, do capital.

Os poucos recursos destinados à saúde, em decorrência do seu subfinanciamento, têm ainda subsidiado o sistema de planos privados de saúde através da isenção fiscal, bem como o repasse para as iniciativas privadas, tanto por dentro do SUS, como pela transferência de gestão para as OSs.

Para Fontes (2011), “o avanço de entidades privadas no fundo público significa um processo crescente de privatização da gestão, e um aumento da exploração dessas atividades por empresas, que se responsabilizam por fazer uma parcela da política social com a contraparte dos recursos públicos” (FONTES, 2011, p. 21).

Alguns autores têm conceituado este tipo de privatização, por meio dos novos modelos de gestão, como “*privatizações não clássicas*, porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão com mais e não menos estado!” (GRANEMANN, 2011, p. 54).

A apropriação privada do fundo público da saúde, ou seja, o repasse de recursos públicos para o setor privado, tem se dado de várias formas, especialmente através dos denominados novos modelos de gestão: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), e, mais recentemente, através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Trata-se da privatização e da terceirização dos serviços públicos, pois o Estado renuncia ao papel executor direto desses serviços. Isso ocorre mediante repasse de recursos, de equipamento e

instalações públicas e de pessoal para entidades de direito privado, permitindo ao setor privado operar no espaço estatal e quebrando as amarras impostas pelo direito público, sob a administração direta do Estado (CORREIA, 2011, p. 45).

Gomes (2014) destaca que as Organizações Sociais, a partir dos anos 1990, apresentaram-se como a primeira mudança substancial de gestão do SUS, com a diminuição da prestação direta pelo Estado dos serviços de saúde, incentivando a atuação privada na área.

As Organizações Sociais OSs foram concebidas como instrumento de viabilização e implementação de Políticas Públicas. O objetivo formal da chamada “Lei das OSs” foi o de “qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino⁷⁹, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (art. 1º da Lei 9.637/98).

As OSs foram instituídas no Brasil a partir da Lei Federal nº 9.637/98. “Ela é considerada não estatal justamente por ser privada e, conseqüentemente, não faz parte da Administração Pública” (CARTILHA DE OS e OSCIP, 2010, p. 7). O instrumento utilizado para firmar a parceria entre o Poder Público e a entidade qualificada como OSs é o contrato de gestão.

Segundo esta lei, as OSs têm dispõem de uma maior flexibilização na contratação de recursos humanos, “podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle interno e externo da administração pública”; estas são consideradas “atribuições privativas do Conselho de Administração” (REZENDE, 2008, p. 29). Assim, a instituição de OSs abre precedentes para a flexibilização de vínculos, perda de direitos trabalhistas e previdenciários, acarretando um aprofundamento da precarização do trabalho. (CORREIA, 2011)

⁷⁹Recentemente, a privatização via Organizações Sociais tem alcançado outras políticas sociais, como a educação, no âmbito federal, tem sido anunciada pelo presidente da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A instituição defende a contratação de professores estrangeiros por OSs. “A proposta tem o aval do Ministério da Educação e foi apresentada pelo presidente da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Jorge Almeida Guimarães, no simpósio internacional Excelência no Ensino Superior, no Rio de Janeiro. No modelo proposto pela Capes, os professores e pesquisadores seriam contratados de forma autônoma pelas instituições de ensino, e não passariam mais por concursos públicos, como é feito atualmente. Seriam regidos ainda pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que não prevê, por exemplo, dedicação exclusiva”. (AGÊNCIA BRASIL, *Capes defende contratação de professores por organizações sociais*. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/pesquisa-e-inovacao/noticia/2014-09/capes-defende-contratacao-de-professores-por-meio-de>. Acesso em: 23.9.14).

Quanto à qualificação de entidades que pretendem ser qualificadas como OSs, a Lei 9.637/98, que as institui, em seu art. 2º estabelece requisitos para a habilitação a esta qualificação, como:

- I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:
- a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
 - b) finalidade não lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;
 - c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;
 - d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
 - e) composição e atribuições da diretoria;
 - f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
 - g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
 - h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
 - i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;
- II - haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado. (BRASIL, 1998).

Com a Lei 9.637/98, o Estado, através da celebração de contrato de gestão, cede não só a gestão, mas recursos orçamentários, equipamentos, prédios, bens e servidores públicos para as entidades privadas prestarem serviços pelo SUS, compondo o quadro de privatização do SUS.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 4/5/2001), que estabelece um teto de 56% da receita corrente líquida com despesas de pessoal, vem impondo barreiras à contratação de pessoal, principalmente nas áreas sociais, como a saúde (ANDREAZZI; BRAVO e MENEZES, 2013). Esta lei propiciou que estados e municípios aderissem a este modelo de gestão. Muitos gestores têm

se utilizado desta lei como argumento para a adesão às OSs, visto que estas não preveem a contratação de pessoal via concurso público. “Há razoável consenso de que ela foi uma das molas mestras da política financeira neoliberal e da contrarreforma do Estado, avançando, ainda, sobre a autonomia dos entes subfederais” (FLEURY et al., 2010 *apud* ANDREAZZI; BRAVO e MENEZES, 2013, p. 5).

As unidades de saúde públicas, além de serem subfinanciadas, passam a ser submetidas a limitações na autonomia administrativa, comprometendo a sua gestão e favorecendo o seu desmonte, para a consequente privatização (BORGES et al., 2012).

O próximo item explicita as contradições decorrentes do processo de implementação de OSs no país, mediante os dados da pesquisa documental, em que se discutem as consequências da adoção dessa gestão.

3.2 Os reflexos das OSs na gestão do SUS: contradições e prejuízos

Neste item serão tratadas as contradições entre o que é anunciado pelo discurso governamental como justificativa de implantação das OSS e a realidade, em termos da inconstitucionalidade, desse processo de privatização, para os profissionais, usuários e o erário. Serão também abordadas as resistências a este modelo, em especial as da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

3.2.1 Contradições que envolvem a justificativa para implantação das OSs

Como visto, entre as políticas públicas afetadas pela contrarreforma está a saúde, a qual deveria ser gerida por um novo modelo de gestão: as Organizações Sociais (OSs), apresentadas como uma nova gestão “modernizadora”.

A onda de contra-reformas que desmantelou o Estado brasileiro a partir do início da década de 90, transferindo, de forma sem precedentes, riquezas e poder para a iniciativa privada, deu origem a várias Emendas Constitucionais que desfiguram a Constituição Federal brasileira de 1988 e que alcançaram o SUS, que apenas começava a sair do papel. Foram introduzidas formas de gestão,

apresentadas como inovadoras, tais como as Organizações Sociais, que, na verdade, enfraquecem a verdadeira inovação do SUS: a possibilidade de controle público, com a participação dos usuários e dos trabalhadores do sistema, sobre a formulação e a condução da política de saúde no Brasil. (JUNQUEIRA, 2007, p. 67).

O Sistema Único de Saúde, assegurado pela Constituição Federal de 1988, foi criado a partir de processo democrático “cujo coroamento havia sido a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com ampla participação de representantes de movimentos populares, dos meios acadêmicos, lideranças políticas e sindicais, entre outros” (JUNQUEIRA, 2008, p. 68). O SUS tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde, além de uma gestão descentralizada formada por governo federal, estadual e municipal, com participação social.

De acordo com Rezende (2008, p. 28),

o SUS foi instituído não apenas como um novo modelo de atenção à saúde, mas como um modelo de gestão do Estado, federalizado, descentralizado, com comando único em cada esfera de governo e com pactuação da política entre estas, com financiamento tripartite, com participação da comunidade e com controle social.

A transferência da gestão dos serviços de saúde para o “setor público-não estatal, que na realidade é privado” (CORREIA, 2011, p. 43), mediante “Contrato Gestão”, no caso das OSs, e “Termo de Parceira”, para as OSCIPs, através do repasse da gestão, dos recursos, das instalações públicas e de pessoal, configura-se como forma de privatização do que é público. Isso contraria diretamente a Constituição Federal de 1988, que em seu art.196

estabelece que a saúde é “*direito de todos e dever do Estado*”, e nos arts. 203 e 204 (a Assistência Social) e 205, caracteriza-se a educação e o ensino também, como deveres do Estado, o que o impede o Estado de se desresponsabilizar da prestação destes serviços, restando ao setor privado o papel apenas de complementaridade, na forma da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993. (REZENDE, 2008, p. 29).

Um das críticas à privatização da gestão por OSs dá-se quanto ao regime de metas estabelecido, as quais nem sempre correspondem às necessidades da população, acabando “por gerar a seleção de riscos (em que se evitam casos complexos, crônicos e de alto custo), mecanismo idêntico ao dos seguros privados de saúde” (BORGES et al., 2013, p. 120).

As metas pactuadas nem sempre são factíveis de ser concretizadas ou mesmo estão longe de atender à complexidade das necessidades sociais da população usuária. E tanto uma questão como a outra terminam por gerar uma espécie de ciclo perverso: as metas, procedimentos, protocolos, terminam tornando-se mais importantes do que a finalidade dos serviços, num processo de reatualização da burocracia, mas de uma burocracia sobre as bases da lógica privada na execução de um serviço público. (SOARES, R., 2010, p. 86).

As Organizações Sociais passam a ser apresentadas, durante o governo de FHC, como o mecanismo de inovação modernizadora que faria contraponto ao patrimonialismo, trazendo uma maior eficiência e agilidade na gestão, na compra e de bens e serviços, com maior autonomia financeira e administrativa.

A dispensa de licitação na compra de bens e serviços tem sido um dos pontos questionáveis da lei das OSs. A Lei nº 8.666/1993, que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública, estabelece em seu artigo 24:

Art. 24. É dispensável a licitação: XXIV - para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão. (Incluído pela Lei nº 9.648, de 1998). (Brasil, 1993).

Argumenta-se que a dispensa de licitação para as OSs visa à manutenção de sua lógica flexível. No voto sobre a ADI, o ex-ministro do Supremo Tribunal Federal Ayres Brito, relator da ADI 1.923/1998, assim argumenta:

As organizações sociais, por integrarem o Terceiro Setor, não fazem parte do conceito constitucional de Administração Pública, razão pela qual não se submetem, em suas contratações com terceiros, ao dever de licitar, o que consistiria em quebra da lógica de flexibilidade do setor privado, finalidade por detrás de todo o marco regulatório instituído pela Lei. (Voto do Ministro do STF, Ayres Britto, relator da ADI 1.923/98, em 31/3/2011).

Ao dispensar a licitação na contratação de serviços com OSs, coloca-se em questão a lisura no processo de contratação de bens e serviços de saúde por parte das OSs. É importante frisar a importância que a Lei das Licitações (8.666/1993) confere ao processo licitatório, como previsto em seu art. 3º:

A licitação destina-se a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia, a seleção da proposta mais vantajosa para a administração e a promoção do desenvolvimento nacional sustentável. Será processada e julgada em estrita conformidade com

os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos. (BRASIL, 1993).

De acordo com Melo (2011 *apud* Mello, 2009), o afastamento do processo licitatório perante a lei das OSS torna-se inconcebível: “Trata-se, pois, da outorga de uma discricionariedade literalmente inconcebível, até mesmo escandalosa, por sua desmedida amplitude, e que permitirá favorecimentos de toda espécie” (MELLO, 2009, p. 239 *apud* MELO, 2011, p. 73).

Quanto à gestão do trabalho em saúde, a flexibilidade na seleção, demissão e nos salários tem sido um dos pontos centrais da instituição desse modelo de gestão, desatendendo aos princípios constitucionais para a contratação de pessoal no serviço público. Pode-se dizer que a lei das OSs materializa a flexibilização do trabalho nos serviços públicos, prevista no marco da contrarreforma do Estado no governo de FHC.

Para Batista Jr. (2011), a flexibilidade da gestão tem ainda como um dos elementos a manutenção dos interesses patrimonialistas, visto que as nomeações poderão acontecer com base em nomeações clientelistas e indicações políticas, com salários diferenciados para os privilegiados.

A Lei de Responsabilidade Fiscal, como dito anteriormente, contribui para a flexibilização do trabalho e a disseminação de OSs pelo país, pois estas não estão submetidas às regras estabelecidas pela referida lei. “Concede maior liberdade para o estabelecimento de teto para o gasto com recursos humanos (lembrando que essa é a área mais crítica da gestão de unidades de saúde)” (BORGES et al., 2013, p. 117). Esse é um dos argumentos que muitos gestores têm utilizado para a não realização de concursos públicos, optando por transferir a gestão a essas entidades.

Os principais efeitos com a implementação de OSs podem ser visualizados no quadro abaixo, que compara unidades sobre a administração direta com unidades privatizadas via OSs.

Figura 1 Quadro Comparativo entre Modelos de Gestão para a Saúde

Administração Direta no SUS	Organizações Sociais na Saúde
Contratação via Concurso Público	Contratação por Processo Seletivo
Contratação pelo Regime Jurídico Único – estabilidade do servidor público	Fim do Regime Jurídico Único – contratação pela CLT, sem estabilidade do

	empregado
Profissional fixo na instituição	Alta rotatividade
Plano de Cargos, Carreira e Salários	Grandes diferenças salariais
Direitos trabalhistas assegurados	Flexibilização dos direitos trabalhistas
Atendimento Universal	Regime de Metas
Submissão à lei de licitações, respeitando os critérios objetivos e impessoais, com publicidade, de forma a permitir o acesso a todos os interessados	Não são submetidas a todos os procedimentos estabelecidos pela Lei de Licitações, pondo em questão a lisura de compras de bens e serviços
Participação nas deliberações dos Conselhos de Saúde, como espaços de controle social	Participação social restrita ao conselho administrativo, rejeitando os espaços de controle social
Princípios e diretrizes públicas	Princípios e diretrizes orientados pela lógica do mercado

Fonte: elaboração própria, com base na pesquisa documental.

Entretanto, o processo de instituição das OSs pelo país “não tem se dado sem contradições [...] há resistências da sociedade civil e dos trabalhadores do setor saúde à sua implementação” (ANDREAZZI; BRAVO e MENEZES, 2013, p. 8). No âmbito jurídico, ocorrem também questionamentos a respeito da sua legalidade em face dos princípios constitucionais. Existem duas Ações Direta de Inconstitucionalidade – ADIs, em trâmite no Supremo Tribunal Federal, a de nº 1.923, ajuizada em 1.12.1998, demandada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo Partido Democrático Brasileiro (PDT). A outra, de nº 1.943/99, ajuizada em 13.1.1999, foi requerida pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil. A decisão pela inconstitucionalidade da Lei das OSs as extinguiria nos Estados e Municípios em que foram implantadas.

Após 13 anos de tramitação no STF, no dia 31/3/2011, a ADI nº 1.923/98 entrou na pauta. O voto do relator, o então Ministro do STF Ayres Britto, foi favorável parcialmente a esta ADI:

Têm razão os autores quando impugnam o que se convencionou chamar de “*Programa Nacional de Publicização*”. Programa que, nos termos da Lei 9.637/98, consiste na “*absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União que atuem nas atividades referidas no art. 1º, por organizações sociais, qualificadas na forma desta Lei*” (art. 20). Em outras palavras, órgãos e entidades públicos são extintos ou desativados e repassados todos os seus bens à gestão das organizações sociais, assim como servidores e recursos orçamentários são igualmente repassados a

tais aparelhos ou instituições do setor privado. **Fácil notar, então, que se trata mesmo é de um programa de privatização. Privatização, cuja inconstitucionalidade, para mim, é manifesta [...]** O que me parece juridicamente aberrante, pois não se pode forçar o Estado a desaprender o fazimento daquilo que é da sua própria compostura operacional: a prestação de serviços públicos. (BRASIL, 2011, grifos nossos).

A votação da referida ADI segue em tramitação. Após o voto do ministro relator Ayres Britto, o ministro Luiz Fux pediu vista dos autos⁸⁰, proferindo sua decisão ainda no mesmo ano e julgando parcialmente procedente a ação:

Voto no sentido de *julgar parcialmente procedente o pedido*, apenas para conferir interpretação conforme à Constituição à Lei nº 9.637/98 e ao art. 24, XXIV, da Lei nº 8666/93, incluído pela Lei nº 9.648/98, para que:

- (i) o procedimento de qualificação seja conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do *caput* do art. 37 da CF, e de acordo com parâmetros fixados em abstrato segundo o que prega o art. 20 da Lei nº 9.637/98;
- (ii) a celebração do contrato de gestão seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do *caput* do art. 37 da CF;
- (iii) as hipóteses de dispensa de licitação para contratações (Lei nº 8.666/93, art. 24, XXIV) e outorga de permissão de uso de bem público (Lei nº 9.637/98, art. 12, § 3º) sejam conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do *caput* do art. 37 da CF;
- (iv) os contratos a serem celebrados pela Organização Social com terceiros, com recursos públicos, sejam conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do *caput* do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade;
- (v) a seleção de pessoal pelas Organizações Sociais seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do *caput* do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; e
- (vi) para afastar qualquer interpretação que restrinja o controle, pelo Ministério Público e pelo TCU, da aplicação de verbas públicas. (BRASIL, 2011).

Após o voto-vista do ministro Luiz Fux, julgando parcialmente procedente a ação, o ministro Marco Aurélio, ainda em 2011, pediu vista dos autos e até o momento não apresentou nenhuma decisão.

Ironicamente, apesar de o PT ter se oposto às OSs, através da ADI 1.923/98,

⁸⁰Na ocasião, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, pôde se pronunciar, através do *amici curiae*, representada pelo: Sindicato dos Trabalhadores e Servidores em Serviços de Saúde Públicos, Conveniados, Contratados e/ou Consorciados ao SUS e Previdência do Estado do Paraná – SINDSAÚDE/PR, respectivamente, o Dr. Ludimar Rafanham e o Dr. Ari Marcelo Sólton. Assim, como a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, o Ministério Público Federal, por meio da Vice-Procuradora-Geral da República, Dra. Deborah Macedo Duprat de Britto Pereira, se pronunciaram a favor da aprovação da ADI pela inconstitucionalidade das OSs. Por outro lado, a Advocacia-Geral da União, o Ministro Luís Inácio Lucena Adams, Advogado-Geral da União; pelos *amici curiae* e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e Academia Brasileira de Ciências, o Dr. Rubens Naves defendeu a não aprovação da Ação, concebendo as OSs como constitucionais. (BRASIL, 2011).

durante o governo de FHC, ao poder, com Lula e Dilma Rousseff, promoveu a disseminação deste modelo e a criação de novos, inspirados nas OSs. A exemplo da gestão de UPAs pelo país – criadas durante o governo Lula e expandidas durante o governo Dilma –, que em muitos municípios brasileiros vêm sendo implantada em articulação com a privatização da gestão por meio de OSs. A capital carioca é um exemplo; “no caso carioca, estão intimamente imbricadas, já que todas as UPAs municipais são geridas por OS” (MATTOS, 2012, p. 21).

Em texto elaborado pelo Ministério Público Federal, intitulado “Fundamentos básicos para a atuação do MPF contra a terceirização da gestão dos serviços prestados nos estabelecimentos públicos de saúde”, consta que:

A Lei Federal e as leis estaduais e municipais que admitem e disciplinam a transferência de serviços públicos de saúde para pessoas jurídicas de direito privado (instituições privadas) são inconstitucionais, pois colidem frontalmente com os princípios e regras da Constituição da República e da Lei Orgânica da Saúde que regem a promoção do direito à saúde através do SUS. (Ministério Público Federal, 2010).

Segundo o MPF (2010), há o descumprimento da regra constitucional que determina a prestação dos serviços do SUS diretamente pelo poder público (art. 196, *caput*), e que a participação da iniciativa privada fica autorizada em caráter complementar (199, *caput* e § 1º da CF, e art. 24 da Lei 8.080/90). O papel da iniciativa privada na prestação de serviços do SUS é, portanto, acessório, de modo que toda e qualquer tentativa de investir a iniciativa privada na condição de protagonista confronta o texto constitucional e a Lei Orgânica da Saúde.

A previsão deste artigo tem sido um dos argumentos dos que defendem a gestão por OSs. A noção de complementaridade tem sido invertida. O art. 199, § 1º, da Constituição Federal de 1988, prevê que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. E no art. 24:

Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. (Lei 8.080/90).

Neste sentido, a previsão da complementaridade estabelecida nesses artigos não diz respeito ao repasse da gestão, pessoal e patrimônio público a entidades privadas, mas ao uso de serviços ofertados pela iniciativa privada, através de contratos ou convênios.

3.2.2 Panorama das OSs no Brasil

Sob o argumento de modernização da gestão, e de maior eficiência na prestação dos serviços públicos (atividades não exclusivas do Estado, como a saúde), maior autonomia gerencial e um melhor atendimento ao cidadão com menor custo, as Organizações Sociais na saúde passam a ser disseminadas pelo país, em estados e municípios. Destaca-se o Estado de São Paulo, que passou a implementá-las ainda em 1998, pela Lei Complementar nº 846, adotando-as como modelo na propagação para os demais estados e municípios do país.

Para que estados, municípios e o Distrito Federal firmem contrato com Organizações Sociais e qualifiquem entidades como as OSs, é necessário que criem suas próprias leis, com base na Lei 9.637/98.

Ainda no que se refere ao mapeamento de OSs no Brasil, em 2007, de 70 (setenta) OSs criadas no país, a saúde era o maior setor contemplado, com 25 organizações, sendo 16 em São Paulo⁸¹, uma no Espírito Santo, três na Bahia, três no Pará e uma em Goiás⁸² (SANO E ABRÚCIO, 2008).

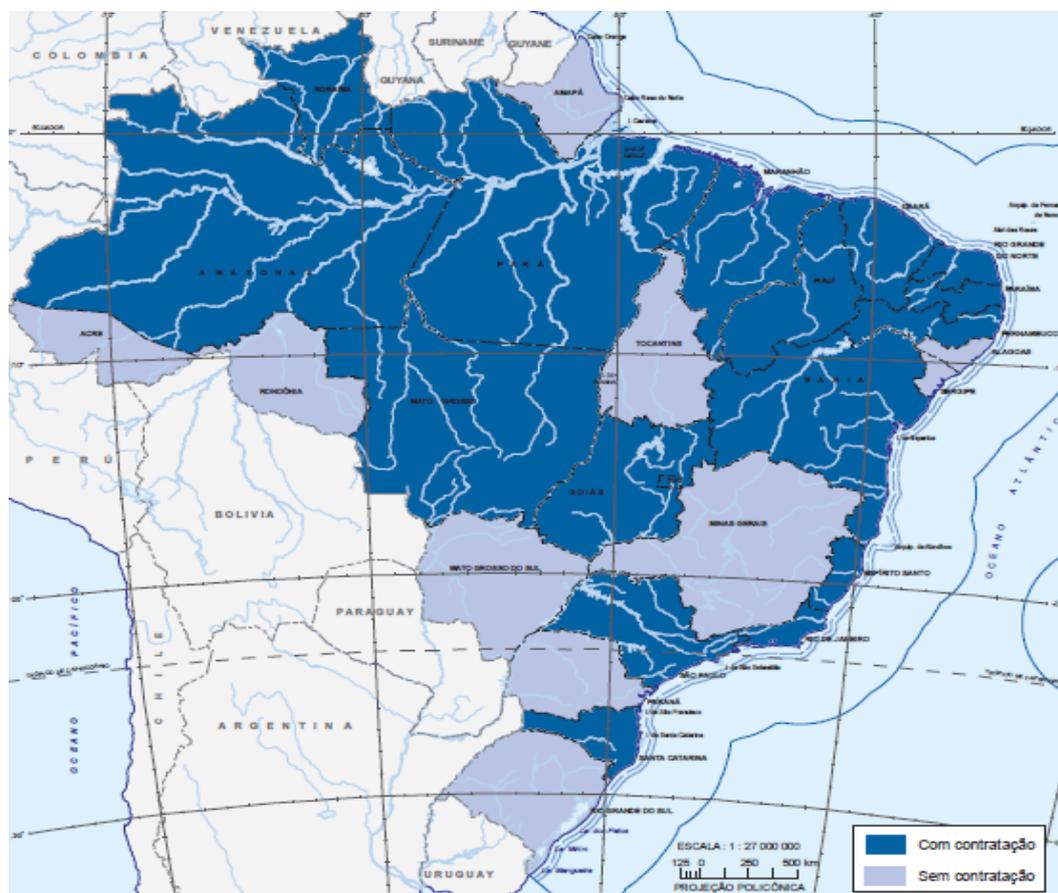
O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de 2013, passou a incorporar em sua Pesquisa de Informações Básicas Estaduais – Perfil dos Estados Brasileiros (Estadic) a contratação de Organizações Sociais na saúde. O questionário respondido pelos gestores estaduais revelou que 17 estados da federação recorrem à contratação das Organizações Sociais (OSs). Como se pode visualizar no mapa da pesquisa do IBGE.

⁸¹O número de OSs qualificadas no estado de São Paulo segundo o portal da transparência do estado é de 32. Conforme Rubens Navez Santos Jr., atualmente cerca de 60% dos atendimentos públicos na cidade de São Paulo são prestados por OSs. Disponível em: <http://www.rubensnaves.com.br/pt-BR/news/debate-e-lancamento-de-livro-sobre-organizacoes-sociais?gclid=CLf4-9K9pMACFZJr7AodewsA-Q#/>. Acesso em: 20.8.14.

⁸²Em Goiás, conforme o levantamento realizado no site da Secretaria Estadual de Saúde em 2014, este número subiu, sendo sete OSs qualificadas e que gerenciam unidades de saúde neste estado.

Figura 2

Mapa 1 – Contratação de serviço de saúde através de Organização Social – 2013



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Estaduais 2013 e Diretoria de Geociências, Coordenação de Geografia.

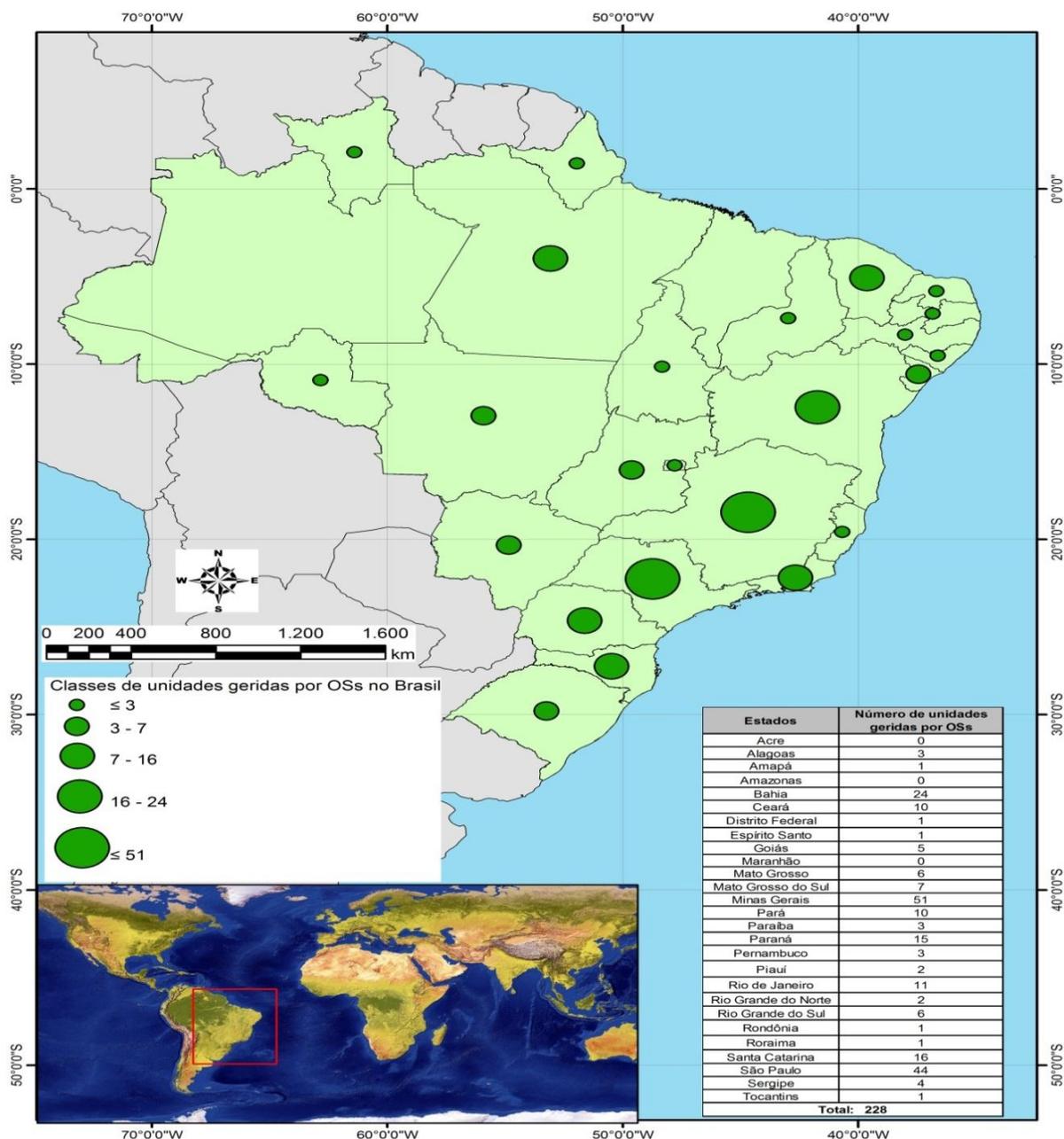
Outra fonte de dados sobre o número de unidades de saúde (federal, estadual, municipal) que são gerenciadas por Organizações Sociais no país é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), vinculado à base de dados do Ministério da Saúde. Conforme o mapeamento dessa fonte de dados, foi possível constatar que as Organizações Sociais estão presentes na maior parte das unidades administrativas da federação, gerenciando unidades de saúde⁸³ em estados e municípios do país. Dos 26 estados da federação mais o Distrito Federal,

⁸³Em anexo segue o quadro das unidades de saúde que são geridas por OSs no Brasil, segundo *site* do CNES-MS/2014. Salienta-se, entretanto, que os dados do anexo são de outubro de 2014, no qual se observam 231 unidades de saúde geridas por OSs. Já os dados que constituíram o mapa 2 são de agosto de 2014, quando o número de unidades de saúde geridas por OSs era 228. Desse modo, conclui-se que houve um aumento de três unidades de saúde geridas por OSs no Brasil.

elas estão presentes em 24, totalizando 97%, gerenciando 228⁸⁴ unidades de saúde no país, sejam de nível estadual ou municipal. Como pode ser visto na figura 2.

Figura 2

Mapa – Mapeamento do número de unidades geridas por OSs no Brasil – 2014



Fonte: Pesquisa documental realizada em de 2014. Dados coletados no *site* do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES do Ministério da Saúde⁸⁵.

⁸⁴Entre estas 228, unidades de saúde, a pesquisa revelou que as OSs gerenciam seis secretarias municipais de saúde de cinco estados: Bahia, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba e Piauí.

⁸⁵Cabe ressaltar que apesar de o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES/MS) ser uma fonte oficial, as informações não estão atualizadas, visto que há dados que não condizem com a pesquisa ESTADIC 2013 do IBGE, além de outras fontes de dados. Como o caso do estado do Rio de

Comparando os mapas 1 e 2, pode-se afirmar que o único estado que não tem OSs, em nível estadual ou municipal, é o Acre. Nos estados do Amapá, Tocantins, Rondônia, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Sul, Alagoas e Sergipe, ainda que não haja contrato com OSs em nível estadual (como demonstra o mapa 1), existem contratos em nível municipal, como consta no CNES. Nos estados do Amazonas e do Maranhão, constata-se uma contradição entre os dados do primeiro mapa, da ESTADIC/IBGE, em que consta haver contrato com OSs em nível estadual, e o segundo mapa, o qual explicita a ausência de qualquer contrato em nível municipal ou estadual. Esses dois estados precisam ser mais bem investigados.

Vale salientar que o levantamento que realizado através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS) diz respeito ao número de unidades geridas por OSs. Assim, uma OSs pode gerenciar uma ou mais unidades de saúde, tanto num mesmo município como em outros estados. Um exemplo é o caso do Instituto Pernambucano de Assistência a Saúde – IPAS, que gerencia unidades de saúde em Alagoas, Pernambuco, Mato Grosso e no Rio Grande do Norte; nesse último estado, esta OS foi descredenciada devido a irregularidades investigadas pelo Ministério Público Estadual.

Os dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/2014) não estão em conformidade com a pesquisa do IBGE/ESTADIC 2013. Como pode ser visualizado, os estados do Amazonas e do Maranhão não constam na base de dados do CNES; já na pesquisa realizada pelo IBGE, consta que Amazonas e Maranhão têm suas unidades de saúde estaduais ou municipais gerenciadas por OSs. Cabe ainda salientar que o cadastro abrange unidades de saúde das três esferas administrativas (municípios, estados e União).

Constata-se que as incoerências dos dados acima apresentados refletem as falhas na alimentação das fontes de dados oficiais do governo, bem como a falta de transparência por parte das secretarias de saúde. Isso vai de encontro à Lei de

Janeiro; neste, segundo o CNES, constam apenas 11 unidades de saúde geridas por OSs. Entretanto, como consta do texto de uma auditoria que está sendo realizada pelo Ministério Público: “das 30 UPAs na capital fluminense, apenas três ainda pertencem ao poder público. Todas as 14 UPAs da prefeitura são hoje administradas por Organizações Sociais. No município do Rio de Janeiro, a atuação delas na rede de Saúde é permitida desde maio de 2009, quando a Câmara de Vereadores aprovou a Lei nº 5.026”. MP do Rio investiga labas e outras 11 OSs da saúde. O Globo. 31.1.14. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/ancelmo/emergencia/posts/2014/01/31/mp-do-rio-investiga-iabas-outras-11-oss-da-saude-522594.asp>. Acesso em: setembro de 2014.

Acesso à Informação (12.527, de 2011) e à Portaria 3.462, de 2010, do Ministério da Saúde, as quais estabelecem o dever dos gestores de manterem seus dados atualizados junto às bases de dados do referido Ministério. Não se tem observado o cumprimento do que está previsto em lei.

Cabe salientar, ainda, que a Lei de Acesso à Informação estabelece no seu capítulo II, art. 7º, “como direito de cidadão, obter informação primária, íntegra, autêntica e atualizada”. Já a Portaria nº 3.462/2010, em seu art. 2º, determina a obrigatoriedade dos gestores “de alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS, Sistema de Internação Hospitalar – SIH/SUS [...]” (BRASIL, 2010).

No que se refere ao levantamento de recursos destinados às unidades gerenciadas no país, em nível nacional, estadual e municipal, por OSs, o sistema do TABnet do DATASUS até a presente data não havia disponibilizando tais informações, impossibilitando o levantamento. Apesar de a Comissão Nacional de Classificação – CONCLA⁸⁶, que foi criada em 1994 com a finalidade de monitorar e definir as normas de utilização e padronização das classificações estatísticas nacionais, ter incorporado as Organizações Sociais como nova classificação de natureza jurídica⁸⁷ a partir de 2014.

3.2.3 Prejuízos com a implantação das OSs

O discurso desse modelo girou em torno de uma maior eficiência da gestão. Entretanto, tal discurso não tem sido condizente com a realidade, a qual tem revelado o oposto, quando se compara a gestão sobre a administração direta na saúde com a administração por meio das OSs.

⁸⁶A página de acesso à CONCLA está inserida no *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE.

⁸⁷As Organizações Sociais estão classificadas como entidades sem fins lucrativos. Segundo o IBGE, “esta Natureza Jurídica compreende: **as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos (as associações privadas, as fundações privadas, as fundações públicas de direito privado, e os consórcios públicos de direito privado), desde que tenham sido qualificadas como organização social nos termos da Lei Federal nº 9.637, de 15/5/1998, ou de lei estadual, ou distrital ou municipal.** Esta Natureza Jurídica não compreende: **as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que não tenham sido qualificadas como organização social; as pessoas jurídicas de direito privado com fins lucrativos; as pessoas jurídicas de direito público**”. Disponível em: <http://concla.ibge.gov.br/estrutura/natjur-estrutura/natureza-juridica-2014/330-1-organizacao-social>. Acesso em: 21/7/14.

Nas unidades de saúde de estados e municípios brasileiros onde as OSs foram implantadas, já se tem evidenciado uma série de problemas que estão sendo apurados pelo TCU, TCE e Ministério Público Estadual e Federal, em relação a maiores gastos, irregularidades e ao desvio de recursos públicos.

A gestão da saúde pública por OSs, adotada pioneiramente pelo estado de São Paulo e que tem sido modelo para outros estados brasileiros, foi alvo de estudo do Tribunal de Contas do Estado (TCE) paulista, que comparou os dois métodos de administração: por OSs e pela administração direta do Estado. Este estudo demonstrou alguns efeitos negativos na qualidade dos serviços gerenciados por OSs, no que diz respeito aos usuários, trabalhadores e ao erário:

fica claro, por exemplo, que os custos das OSs são mais altos, os doentes ficam mais tempo sozinhos nos leitos, a taxa de mortalidade geral é maior e que há uma ampliação da desigualdade salarial entre os trabalhadores. Enquanto os chefes ganham acima da média, os escalões inferiores recebem menos que seus pares dos hospitais geridos pelo estado. Para se ter uma ideia, do ponto de vista do resultado econômico, os hospitais analisados custam 60 milhões de reais a mais nas OSs do que nas gestões diretas – uma variação de 38,52% de menor eficácia. Outro exemplo significativo: o custo do leito por ano nas OSs foi 17,60% maior que nos hospitais da administração pública. (CARTA CAPITAL, 2011, p. 38).

O argumento do governo FHC para adotar os novos modelos de gestão, entre eles as OSs, era de que eles promoveriam a “eficiência e menor custo dos serviços sociais oferecidos pelas instituições privadas” (REZENDE, 2008, p. 27). No entanto, o que se vê é um discurso que não condiz com a realidade. Constata-se que os hospitais geridos por OSs, em São Paulo, computados os gastos tributários, apresentam um déficit maior que os geridos pela administração direta (TCE/SP, 2011). O gasto com terceirização dos serviços, especificamente na área da saúde através das OSs, tem dobrado no estado de São Paulo.

Em 2006, o governo de São Paulo gastou R\$ 7,95 bilhões em terceirizações; no ano de 2007, 52 bilhões. Entre 2006 e 2009, os gastos com OSs aumentaram em 114%. No mesmo período o orçamento do estado cresceu 47%, ou seja, as despesas do estado de São Paulo com a terceirização da saúde cresceram mais que o dobro do aumento do orçamento público. (CORREIA, 2011, p. 47 *apud* REDE BRASIL ATUAL, 2010).

No Mato Grosso, o Tribunal de Contas do Estado instaurou uma Comissão Técnica para investigar possíveis superfaturamentos nos pagamentos da Secretaria

Estadual de Saúde para cinco OSs responsáveis por administrar hospitais nesse estado (Diário Oficial Eletrônico de 4/4/2013). Foi constatado pelo Conselho Estadual de Saúde que o governo gastou mais com OSs do que com a gestão pública de saúde. Um dos hospitais chegou a receber oito vezes mais ao ser administrado por OS, no período de um ano, do que quando era administrado diretamente pelo Estado⁸⁸.

No estado do Tocantins, o Ministério Público Federal entrou com uma ação civil pública requerendo a nulidade dos contratos firmados entre uma Organização Social (Pró-Saúde) que administrava 17 hospitais públicos no estado, requerendo que o Estado reassumisse a prestação dos serviços em caráter imediato. Segundo o MPF/TO⁸⁹:

A ação civil é consequência de inquérito civil público instaurado com o objetivo de apurar a contratação da Pró-Saúde, e considera como inevitável a conclusão de que o Estado do Tocantins optou pela celebração dos contratos para terceirizar serviços de saúde de sua responsabilidade e provavelmente burlar o regime de licitações que lhe seria imposto se tivesse firmado contrato de prestação de serviços. Os contratos também serviriam para buscar a isenção de responsabilidades civis e trabalhistas. O texto da ACP considera como grave a tentativa do Estado do Tocantins de abrir mão do encargo constitucional de prestar adequado serviço de saúde e de garantir o direito de pleno acesso aos usuários. (MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DO TOCANTINS, 2012).

O Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte, em 2012, abriu procedimento Investigatório Criminal envolvendo a OSs denominada Instituto Pernambucano de Assistência a Saúde (IPAS). Na ocasião, considerou que esta fazia parte de uma “*complexa e bem estruturada organização criminosa, que atua com voracidade e tenacidade no desvio de recursos públicos do Município de Natal, cuja sangria de dinheiro se daria por intermédio da Secretaria de Saúde do Município de Natal*” (MPE, 2012, grifos nossos)⁹⁰. Houve então o cancelamento do contrato desta Secretaria com o IPAS.

Esta mesma OSs, que também administra o Hospital Dr. Clodolfo Rodrigues –

⁸⁸Governo de MT gasta mais com OSS do que com gestão pública de saúde, G1. 9 jul. 2013 Disponível em: <http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2013/07/governo-de-mt-gasta-mais-com-oss-do-que-com-gestao-publica-de-saude.html>. Acesso em: julho 2013.

⁸⁹MPF/TO. Disponível em: <http://www.prto.mpf.mp.br/news/mpf-to-requer-suspensao-imediata-dos-17-contratos-da-pro-saude-para-administrar-hospitais-do-tocantins>. Acesso em: junho de 2014.

⁹⁰Ministério Público Estadual/RN. Pedido de Busca e Apreensão e de Prisão Temporária e Preventiva. Decisão. Relator: Juiz de Direito Auxiliar José Armando Ponte Dias Junior. Natal: Ministério Público Estadual, 2012.

situado no município de Santana do Ipanema, Alagoas –, foi alvo de auditoria do Departamento Nacional de Auditores do SUS (DENASUS), em 2011, a pedido do Ministério Público Estadual. No relatório nº 10.499, do DENASUS, consta superfaturamento em compras de equipamentos, ilegalidade no contrato entre a prefeitura e a OS IPAS e irregularidades em dezenas de licitações para aquisição de equipamentos. Os auditores recomendaram que a então prefeita e a então secretária de saúde devolvessem ao Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde R\$ 3.755.973,00, quantia esta atualizada monetariamente e acrescida de juros de mora. É que o IPAS havia recebido os recursos sem executar as ações de saúde, pois o hospital ainda estava fechado para a população.

A instituição das OSs através do projeto de contrarreforma do Estado viabilizou a transferência para a gestão de entes privados, e uma maior autonomia dessas entidades na captação de recursos públicos pelo mercado. Criou-se a possibilidade de extração de rendas para grupos econômicos em articulação estreita com grupos de poder. Sobre este último aspecto, ANDREAZZI; BRAVO e MENEZES dão como exemplo o estado de São Paulo:

A materialização de tal estratégia pode ser visualizada no final de 2010, em São Paulo, onde o Plenário da Assembleia Legislativa aprova, na véspera dos feriados de final de ano, o Projeto de Lei Complementar 45/2010, do Executivo, agora Lei Complementar 1.131, 27/12/2010 e regulamentada pelo governador Geraldo Alckmin mediante o decreto n. 57.108/2011, que altera a regulamentação das Organizações Sociais no Estado de São Paulo. Através dessa lei, as Organizações Sociais que geram hospitais estaduais passam a poder utilizar até 25% de sua capacidade instalada para atender pacientes privados com ou sem planos de saúde. O que significa que o investimento que foi feito com recursos públicos, extraídos dos impostos pagos por toda a população brasileira, será disponibilizado de forma não igualitária, ao permitir uma entrada diferenciada para aqueles que tenham fontes privadas de financiamento. (ANDREAZZI; BRAVO e MENEZES, 2013, p. 11).

Entretanto, o Ministério Público de São Paulo conseguiu suspender os efeitos desta lei, a qual ampliaria o processo de privatização da gestão com a abertura de para planos privados, utilizando-se da rede pública de saúde.

Conforme análise de Correia (2011), a privatização dos serviços públicos através dos novos modelos de gestão, com destaque para as OSs, constitui uma grande ameaça aos direitos sociais:

A Lei 9.637/98, que cria as OSs, prevê a extinção do órgão público e a absorção de suas atividades por uma entidade privada, qualificada como OSs. A extinção do órgão público pressupõe a extinção dos serviços públicos. Como os usuários (classes subalternas) dos serviços públicos poderão reclamar a uma entidade privada a não execução de um serviço e a negação de um direito? Como pode o Estado abrir mão de executar o que lhe é próprio e essencial como poder público: os serviços públicos? As áreas que estão sendo repassadas para o setor privado são áreas decisivas de lutas sociais cotidianas pela efetivação dos direitos duramente conquistados na forma da lei. O que resta do setor público brasileiro está fortemente ameaçado com os processos de terceirização dos serviços públicos e da sua gestão em diversos estados e municípios brasileiros. Consequentemente, trata-se de um amplo processo que ameaça frontalmente os direitos sociais. (CORREIA, 2011, p. 45).

As OSs também têm prejudicado os usuários, como pode ser constatado numa auditoria realizada pela Auditoria-Geral do Estado (AGE) do Mato Grosso, que descobriu 25 falhas cometidas pela OS IPAS na gestão da Farmácia de Alto Custo. Numa delas, centenas de remédios “apodreceram’ após terem perdido o prazo de validade. [...] Os medicamentos de alto custo deveriam ser destinados para o tratamento de pacientes com câncer, problemas neurológicos e outras doenças graves”⁹¹. Ainda no que se refere aos prejuízos da gestão de OSs em relação à população, Correia (2011) aduz:

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 acima das necessidades da população. (CORREIA, 2011, p. 45).

A administração sob a responsabilidade das OSs também tem prejudicado os trabalhadores. Em Goiás, foram detectadas inúmeras irregularidades pelo Ministério Público Estadual; entre as principais, “a terceirização ilícita de mão de obra [...], violação ao princípio da dignidade da pessoa humana, por imposição de sofrimento moral aos servidores públicos, decorrente de ameaças e outras formas de constrangimento, para forçá-los a sair das unidades de saúde”⁹².

Diante do panorama apresentado sobre a atuação das OSs na saúde pública

⁹¹Relatório da Auditoria-Geral do Estado (AGE) do Mato Grosso, 2014.

⁹²MP/GO. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/07/02/18_14_45_714_ACP_IMPPROBIDADE_ADMINISTRATIVA_SA%C3%9ADE_ORGANIZA%C3%87%C3%95ES_SOCIAIS_SERVIDORES.pdf. Acesso: março de 2014.

brasileira, fica evidente que o argumento dos defensores do modelo das OSs, que negam ser este modelo uma forma de privatização do SUS, não possui consistência teórica nem confirmação diante da realidade apresentada. Segundo Borges (et al. 2012):

O que caracteriza essas entidades como instrumento privatizante do SUS seria a sua vinculação com a indústria da saúde (mais precisamente à produtora de insumos e produtos hospitalares), que encontrou um caminho jurídico das OSS para dominar as estruturas públicas, de forma a garantir a sustentabilidade do subsetor privado. Se essa indústria médico-hospitalar trata a saúde como um bem de consumo e as OSS são representantes dela, conclui-se que os opositoristas desse modelo estão certos ao crer que as OSS formam o arcabouço institucional para a privatização do SUS, atendendo aos interesses corporativos. Certamente, representantes da saúde coletiva as OSS não são.

Todavia, a disseminação desse processo, em especial na área da saúde, tem encontrado resistência pelo país, por meio dos conselhos e conferências que têm se posicionado contra esse mecanismo de privatização mediante esses novos modelos de gestão. O Conselho Nacional de Saúde, através da Moção de Apoio nº 8, de 9 de junho de 2011, manifestou seu apoio à ADI 1.923/1998, que contesta a legalidade das Organizações Sociais como gestores dos serviços públicos de saúde. Cabe ressaltar que a deliberação da moção se deu por pressões da Frente Nacional contra a Privatização.

O Conselho Nacional de Saúde vem a público, e particularmente junto aos Ministros do Supremo Tribunal Federal, manifestar seu mais absoluto e irrestrito apoio à ADI 1.923, que contesta a legalidade das organizações sociais como gestores dos serviços públicos de saúde. (CNS, 2011).

Entre os sujeitos políticos coletivos⁹³ que têm integrado o campo de resistência contra a privatização do SUS, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde (FNCPS) muito tem se destacado.

No próximo item, enfoca-se a resistência ao processo de privatização do SUS via OSs, protagonizada pela FNCPS.

⁹³Para Silva, A. (2014), a Frente se configura como sujeito político coletivo, uma vez que vem construindo ações e projetos na perspectiva de fortalecimento para a transformação da hegemonia predominante no processo de RSB. Os poucos intelectuais vinculados à Frente têm um papel preponderante no projeto da RSB na perspectiva de defender o projeto da RSB formulado na década de 1980. Esses intelectuais são fundamentais para dar homogeneidade e consciência ao projeto de sociedade, nas dimensões econômica, social e política; para tanto, têm um papel primordial na organização da cultura. (SILVA, A., 2014, p. 85).

3.3 As resistências ao processo de privatização do SUS via OSs: o protagonismo da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde⁹⁴ tem se constituído como movimento contra-hegemônico na área da saúde através da atuação dos Fóruns de Saúde – são 20 Fóruns estaduais e 14 municipais, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários vinculados a alguns fóruns⁹⁵. Tem como objetivo defender o Sistema Único de Saúde (SUS) público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980.

A Frente nasceu da articulação dos fóruns de saúde dos estados de Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e do município de Londrina. Inicialmente foi denominada de “Frente Nacional contra as OSs e pela procedência da ADI 1.923/98”. A ADI 1.923/98 questiona a Lei 9.637/98, que cria as Organizações Sociais (OSs) e tramita no Supremo Tribunal Federal (STF) desde 1998. Essa ADI intenta barrar o processo de implementação de OSs nas esferas estaduais e municipais. Uma vez obtida, a concessão da ADI é fundamental para “desmontar a coluna vertebral da privatização dos serviços públicos no Brasil” (FRENTE, 2011).

Em 2010, durante o seminário realizado no Rio de Janeiro, intitulado “20 anos de SUS: Lutas Sociais Contra a Privatização e em defesa da Saúde Pública Estatal”,

⁹⁴Consultar o estudo de Ximenes (2012) sobre as lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira, em que é analisada a atuação da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde como sujeito coletivo que tem resistido ao processo de desmonte do SUS.

⁹⁵Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN); Sindicato dos Trabalhadores da FIOCRUZ (ASFOC-SN); Central de Movimentos Populares (CMP); Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); Central Sindical e Popular (CSP-CONLUTAS); Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); Executivas Nacionais dos Estudantes de Medicina, Enfermagem e Serviço Social; Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras (FASUBRA); Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS); Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS); Fórum Nacional de Residentes; Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora, Unidade da Classe e de Construção de uma Central (Intersindical); Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); Seminário Livre pela saúde; os Fóruns de Saúde (Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Londrina, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Pernambuco, Minas Gerais, Ceará, Rio Grande do Sul e Paraíba), os setoriais e/ou núcleos dos partidos políticos. (PSOL, PCB, PSTU, PT e PC do B); Consulta Popular e projetos universitários (UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Universidade Federal Fluminense (UFF); Universidade Federal de Alagoas (UFAL); Universidade Estadual de Londrina (UEL); Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da FIOCRUZ; Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de saúde da FIOCRUZ; Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e; Universidade de São Paulo – USP (Frente Nacional Contra a Privatização, 2011).

a articulação entre os fóruns e as entidades se fortaleceu. Este seminário, que contou a participação de cerca de 400 integrantes, foi organizado pelo Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, pelo Conselho Regional de Serviço Social da 7ª Região e pelos projetos “Saúde, Democracia e Serviço Social: Lutas Sociais e Gestão Democrática,” “Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais” e “Políticas Públicas de Saúde”, sendo financiado pela UERJ, CNPq e FAPERJ (SILVA, A. 2012). Após este seminário, passou a se denominar Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde surge como fonte unificadora de lutas, com a mesma motivação que deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento Sanitário nos anos 1980: o combate à privatização da saúde. Assim, prioriza a luta contra a privatização mediante os novos modelos de gestão – OSs, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – que promovem a entrega de patrimônio, bens, serviços, servidores e recursos públicos a entidades privadas. De acordo com Bravo e Correia (2012), a FNCPS

tem como caminho estratégico conduzir uma ruptura com as bases privadas do setor saúde vigente, que é o mesmo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1980, pressupostos que se opõem à regulação da saúde pelo mercado. (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 140).

Esta Frente tem se articulado nacionalmente no enfrentamento da privatização da saúde como fonte de lucro. Várias são as estratégias de luta promovida pela Frente, como a luta no campo jurídico, no âmbito do Parlamento, nos meios de comunicação, no conjunto da sociedade, entre outros espaços.

No campo jurídico, a Frente tem executado e participado de várias atividades, como ações civis públicas, estado a frente de ações direta de inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais que criam modelos de gestão privatizantes e contra as suas implementações, articulações com os Ministérios Públicos Estaduais e Federal, TCE e TCU, neste sentido tem acompanhado à votação da ADI 1.923/98 (pela inconstitucionalidade da Lei 9.637/98 que cria as OSs, tem ainda se articulado para elaboração da ADI 4.895/2013 contra a EBSEH, ajuizada pelo Procurador-Geral da República, criado abaixo assinado on-line pela procedência da ADI contra as OSs e a EBSEH, além da criação de manifestos das entidades.

No âmbito do parlamento⁹⁶, tem articulado parlamentares para impedir o processo de privatização e denunciando publicamente os que têm votado contra o SUS. Participado de manifestações nas Câmaras e Assembleias nas sessões de votação dos Projetos de Lei que privatizam a saúde e de audiências Públicas.

No conjunto da sociedade, tem promovido debates sobre a privatização junto aos trabalhadores da saúde e usuários do SUS. Sendo este processo articulado as lutas nas ruas, através de caminhadas, atos, manifestações, denúncias da privatização da saúde.

No que se refere ao controle do controle social, a Frente tem pressionado para Conselhos e Conferências se posicionem contra aos novos modelos de gestão. Tem ainda participado de conferências, trazendo o debate sobre a privatização do SUS, como exemplo da 14ª Conferência Nacional de Saúde, em que se teve aprovada moção de repúdio à privatização, além de mobilizar os participantes para a luta.

Nos Meios de Comunicação, na produção de material para os meios de comunicação, ocupação de espaços na imprensa falada, impressa e televisiva.

No espaço Acadêmico, tem mantido posicionamento contra hegemonia em defesa da Reforma Sanitária dos anos 1980, incentivo às pesquisas e trabalhos de extensão em torno da saúde pública, na perspectiva da RSB.

Desde a sua criação, durante o seminário de 2010 no Rio de Janeiro, a FNCPS, a cada ano, vem realizando seminários nacionais. Foram realizados mais três seminários: o segundo, na cidade de São Paulo, em 2011; o terceiro, em Alagoas, em 2012; e o quarto em Santa Catarina, em 2013. O quinto seminário nacional e o primeiro internacional estão previstos para acontecer em março de 2015, no Rio de Janeiro.

Naquele momento [durante o primeiro seminário], enfatizou-se a discussão sobre o processo de privatização na saúde e afronta aos direitos; os movimentos sociais e saúde; a construção de alternativas no Executivo e no Legislativo; lutas e resistências na saúde; e também a elaboração de uma agenda de lutas da frente. (SILVA, A., 2013).

⁹⁶Em Alagoas e na Paraíba os fóruns participaram de sessões públicas com o tema da privatização da saúde, mobilizando a população para engajar nessa luta e entregando documento aos parlamentares com a solicitação para votarem contra os projetos de lei em tramitação. No Rio de Janeiro, o fórum manifestou-se dentro e fora da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj), visitou gabinetes e entregou documento aos parlamentares com os argumentos para votarem contra tal projeto. Os fóruns e a Frente têm divulgado material com as fotos dos deputados que têm votado a favor dos projetos privatizantes. (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 142).

Durante o evento foi discutida a sua organicidade, sendo constituída uma coordenação nacional representada pelos fóruns de saúde, entidades e movimentos sociais.

Ainda no primeiro seminário, foram propostos cinco eixos da agenda de luta em defesa de uma saúde pública, estatal, universal e de qualidade: 1. determinação social do processo saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; 2. gestão e financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; 3. modelo assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; 4. política de valorização do trabalhador da saúde; 5. efetivação do controle social.

A FNCPS também tem levantado algumas bandeiras de lutas, quais sejam:

- Alcançar um mínimo de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para a Saúde, garantindo o investimento público e o financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços de saúde.
- O fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU).
- Auditoria da Dívida Pública imediata, dívida esta que consumirá 42,42% do Orçamento Geral da União de 2014 para o pagamento de juros e amortizações, em detrimento da área social.
- Contra os subsídios públicos aos Planos Privados de Saúde.
- Contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e pelo arquivamento do Projeto de Lei do Senado (PLS 259/2009) que altera o artigo 23 da Lei 8.080/90 para viabilizar o rentismo.
- Revogação da Lei 12.550/2011, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e luta pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade 4.895/2013, que tramita no STF.
- Luta contra a entrega dos Hospitais Universitários a uma Empresa de direito privado, quebrando a autonomia universitária no que diz respeito ao ensino e à pesquisa.
- Luta pela revogação da Lei 9.637/1998, que cria as Organizações Sociais (OSs) e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923/1998, que tramita no STF. As OSs desrespeitam o controle social, promovem a cessão de servidores públicos para entidades privadas, contratam

trabalhadores sem concurso público, garantem a aquisição de bens e serviços sem processo licitatório, facilitando o desvio de recursos públicos.

- Luta pela anulação imediata da Proposta de Lei Complementar nº 92/2007, em tramitação no Congresso Nacional, que propõe as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) para gerirem todas as áreas sociais: saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social e promoção do turismo nacional.
- Defesa de concursos públicos pelo RJU e da carreira pública de Estado para o pessoal do SUS e contra todas as formas de precarização do trabalho. Por reajustes salariais dignos e política de valorização do servidor, isonomia salarial, estabilidade no trabalho e implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).
- Pela eliminação do limite da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal na saúde.
- Contra o PL 4.330, que permite a terceirização da atividade-fim, rompendo com todos os direitos dos trabalhadores brasileiros.
- Defesa da implementação da Reforma Psiquiátrica com ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, contra as internações e recolhimentos forçados e a privatização dos recursos destinados à saúde mental via ampliação das comunidades terapêuticas.
- Luta pelo cancelamento do Projeto de Lei do deputado federal Osmar Terra que propõe alterações na Lei 11.343/2006 e inverte a prioridade de intervenção na área da saúde mental. Esta tem na internação compulsória o último recurso clínico para pessoas que apresentam problemas no uso das drogas, conforme a Lei 10.216/2001, colocando-a como primeira e principal estratégia de cuidado.
- Luta contra o modelo “médico assistencial privatista” centrado no atendimento individual e curativo subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos; e pela defesa da integralidade da assistência à saúde, através do fortalecimento da atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade.
- Luta pela efetivação do Controle Social Democrático e das deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

No que diz respeito às OSs, a FNCPS vem desenvolvendo várias ações. Como resultado da articulação dos fóruns de saúde do Rio de Janeiro, São Paulo, Alagoas, Paraná e Londrina houve a criação de um abaixo-assinado *on-line* pela procedência da ADI 1.923/98, que possui 9.327 signatários, e uma Carta aos Ministros do STF, com quase 400 assinaturas de entidades de todo o país. A Frente elaborou um documento intitulado “Contra Fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”. Esse documento explicita os prejuízos causados por esses novos modelos de gestão à sociedade, aos trabalhadores e ao erário. Ainda neste sentido, foram realizadas audiências e visitas a cinco dos 11 ministros do Supremo Tribunal Federal (STF)⁹⁷, com vistas a barrar o processo de privatização.

O documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil” destaca-se entre os elaborados pela FNCPS, “uma vez que originou a mobilização da Frente em torno dos novos modelos de gestão, subsidiando a defesa oral da ADI 1923/98, na votação no Supremo Tribunal Federal (STF)” (XIMENES, 2012). O documento teve como objetivo apresentar aos Ministros do STF fatos ocorridos nos estados e municípios brasileiros que já implantaram as Organizações Sociais (OSs) como modelo de gestão dos serviços públicos na área da saúde e que têm trazido prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário. O referido documento demonstra fatos baseados em depoimentos de usuários e trabalhadores dos serviços das OSs e em pesquisa na imprensa que noticia a realidade desses serviços. Nessa discussão, como já ressaltado anteriormente, o que se coloca é a disputa pelo fundo público a favor dos interesses do capital.

Nesse processo de resistência, várias vitórias têm sido obtidas no campo jurídico contra a propagação das Organizações Sociais pelo país. Um exemplo é o de Santa Catarina, onde a Justiça determinou que o estado reassumisse o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), após este ter sido entregue para a

⁹⁷A primeira foi com o Ministro relator da ADI 1.923/98, Ayres Britto (22/10/10); posteriormente com os Ministros Ricardo Lewandowski (16/11/2010), Chefe de Gabinete do Ministro Marco Aurélio (16/11/2010), o magistrado instrutor do gabinete do Ministro Gilmar Mendes (26/11/21010), Ministro presidente do STF Cesar Peluzo (1/12/2010). Além das audiências, foram também visitados os gabinetes dos demais ministros. Audiências e visitas se deram com o propósito de ressaltar os prejuízos causados pelas OSs. Para tanto, foram entregues os documentos “Contra Fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”, a Carta aos Ministros do STF e o abaixo-assinado pela procedência da ADI 1.923/98. (SILVA, A., 2013).

Organização Social (OS) Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM em agosto de 2012⁹⁸.

Em Aracaju, a Justiça, através de uma liminar, determinou que a prefeitura não contratasse as OSs, já aprovadas pela maioria dos vereadores. A decisão foi dada em favor de um requerimento da Promotoria de Saúde do Ministério Público Estadual. A juíza fixou multa de R\$ 5 mil por dia de descumprimento, total ou parcial, do que fora determinando acima, no limite de R\$ 200 mil, importância que deveria ser revertida ao Fundo de Reconstituição do Bem Lesado, a ser paga pessoalmente pelo prefeito de Aracaju ou qualquer outro gestor, ordenador de despesas, que promova qualquer obstáculo ao cumprimento da ordem, sem prejuízo das ações penais e cíveis cabíveis. (Despacho da 3ª Vara Cível, 19/6/2013, sobre o Processo nº 201310300797, Ação Civil Pública do MPE/SE).

O estado de Goiás também foi alvo de proibição da justiça no que se refere à terceirização da gestão de hospitais públicos para serem geridos por Organizações Sociais. A decisão foi do juiz da 2ª Vara da Fazenda Pública Estadual, em ação civil pública proposta pela promotoria de justiça. O juiz considerou graves as irregularidades e ilegalidades apontadas pelo Ministério Público Estadual nos contratos firmados entre a Secretaria Estadual de Saúde e as OSs⁹⁹.

Desse modo, os fóruns de saúde e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde têm se constituído em espaços contra-hegemônicos das classes subalternas, pois têm resistido ao processo de desmonte do SUS, “denunciando os interesses do capital que sabotam o SUS. Têm se constituído em espaços que congregam setores da esquerda para fortalecer estratégias anticapitalistas ao enfrentar a privatização da saúde pública” (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 140).

A FNCPS busca fortalecer as lutas contra a privatização através de seus fóruns estaduais e municipais, articulando-se em nível nacional, buscando constituir uma nova hegemonia no campo da saúde que reafirme o caráter público e estatal da saúde. Busca resistir ao uso da saúde como fonte de lucro e mercadoria, valores e concepções de mundo da classe dominante que “naturalizam as desigualdades sociais, despolitizam as expressões da questão social e criminalizam as reações dos

⁹⁸ Justiça manda Estado de Santa Catarina reassumir o SAMU. **Sindsaude**. 27 ago. 2013. Disponível em: <http://www.sindsaudesc.com.br/index.php/noticias/850-justica-manda-estado-reassumir-o-samu.html>. Acesso em: 28 ago. 2013.

⁹⁹ Estado é proibido de transferir gestão. **Associação Médica de Goiás**. 15 dez. 2012. Disponível em: <http://www.amg.org.br/amg/clipping.php?sc=18&id=213&pg=0>. Acesso em: 13 de junho de 2013.

movimentos sociais à devastadora destruição dos direitos sociais” (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 140).

Os fóruns e a FNCPS têm atuado no controle democrático do controle social, pressionando os mecanismos institucionais de controle social para um posicionamento contrário à privatização da saúde via os novos modelos de gestão. Um exemplo foi a participação dos integrantes da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde durante a 14^a Conferência Nacional de Saúde¹⁰⁰. Nesta conferência, expressaram-se as disputas de projetos antagônicos entre os que defendem o SUS público, sob administração direta do Estado, e os que defendem os novos modelos de gestão privatizantes. Na arena de disputa, a FNCPS teve um papel importante com sua mobilização e organização. Conseguiu que os delegados rejeitassem as formas de privatização da saúde: Organizações Sociais (OSs), Fundações Estatais de Direito Privado, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as parcerias público-privadas (PPPs).

Entretanto, Bravo e Correia (2012) ressaltam a dificuldade de efetivação das deliberações dos conselhos e conferências por parte de gestores e do Parlamento. Todavia, ao serem aprovadas, tais propostas “legitimam as lutas sociais em torno do seu cumprimento e denunciam a destruição e a privatização do SUS de forma sorrateira, quase silenciosa, se não fossem as manifestações da Frente e dos fóruns estaduais e municipais” (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 145).

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, através de seus fóruns, entende a necessidade de fortalecer o protagonismo das classes subalternas com vistas às transformações societárias, enfrentando os determinantes sociais do processo saúde e doença e tendo como horizonte uma nova hegemonia. Estabelece um projeto comum de sociedade, a partir do corte de classe (e de seus desdobramentos, como a questão de gênero, etnia, religião, do meio ambiente, entre outras lutas específicas), neste caso, o das classes subalternas. Para tal, é fundamental manter a autonomia e a independência dos movimentos sociais em relação ao Estado (BRAVO; CORREIA, 2012, p.148).

Na conjuntura atual, a FNCPS tem se constituído como o principal

¹⁰⁰A 14^a Conferência Nacional de Saúde foi realizada em Brasília, de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011.

protagonista no enfrentamento do desmonte do SUS no cenário nacional, e como movimento contra-hegemônico que retoma os princípios da reforma sanitária, em especial a bandeira em defesa do SUS público e sob administração direta do Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso realizado no presente estudo possibilitou apreender mediações importantes que envolvem o objeto de análise, com a discussão dos novos modelos de gestão, especialmente o modelo das OSs, no contexto mais amplo da crise do capital. Verificou-se que o capital, no intuito de manter suas taxas de acumulação, tem se apropriado do fundo público privadamente por diversas formas. No caso específico deste trabalho, constatou-se que a implementação do modelo de gestão das OSs na área da saúde tem sido uma das formas de apropriação privada do fundo público da saúde.

A partir da análise da crise estrutural do capital a partir dos anos 1970, algumas questões decorrentes desse processo demandaram uma mais aprofundada investigação, como o processo de reestruturação produtiva, a financeirização do capital e o neoliberalismo. Assim, foi possível identificar que o capitalismo em sua fase financeirizada vem efetivando um vasto processo de reestruturação produtiva, com graves repercussões para o trabalho, sendo sua expressão mais evidente a precarização das relações de trabalho e seus rebatimentos nas políticas sociais.

O capital financeirizado, em busca de novos nichos para a sua acumulação, tem continuamente se apropriado do fundo público. Os mecanismos utilizados para tanto têm sido as contrarreformas, as quais, assentadas no ideário neoliberal, defendem a retirada do Estado da execução de suas funções, repassando-as para a iniciativa privada, nesse processo as políticas sociais tem sido um dos alvos principais.

No Brasil, as medidas de enfrentamento da crise se deram em consonância com o ideário neoliberal imposto pelos organismos financeiros internacionais – BM e FMI –, instituições estas que têm papel central no direcionamento das políticas de governo de países de capitalismo periférico. Conforme os estudos realizados, a direção do BM e do FMI, para as políticas sociais brasileiras, tinha como recomendação a priorização de políticas macroeconômicas em detrimento de políticas sociais universais. Para o BM, as políticas sociais deveriam ser mantidas sob os princípios da focalização, da privatização e da mercantilização, caracterizando assim o Estado máximo para o capital e o mínimo para o trabalho.

As primeiras medidas direcionadas pelo ajuste neoliberal – recomendadas pelo BM e FMI – têm seu marco histórico no governo de Fernando Collor. Entretanto,

só a partir governo de Fernando Henrique Cardoso passaram a ser concretizadas de modo efetivo, através da proposta da Reforma Administrativa do Estado, consubstanciadas no PDRE. Neste, foi delineado o processo de desmonte do Estado brasileiro, tendo sido as políticas sociais seu principal alvo de ataque. Dentre as políticas públicas afetadas pela contrarreforma estava a da saúde, que assim como as demais políticas sociais deveria ser gerida por um novo modelo de gestão: as Organizações Sociais (OSs) ou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).

O governo de FHC, mediante a contrarreforma, lançou a proposta de privatização dos serviços públicos e defendeu a retirada do Estado da prestação direta desses serviços. Para tanto teria suas funções restritas a coordenar e financiar, sendo tais serviços executados sob a administração dos novos modelos de gestão, a exemplo das Organizações Sociais (OSs) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Estes modelos, em especial o das OSs, são apresentados à sociedade como uma nova alternativa de gestão dos serviços públicos, os quais supostamente promoveriam uma maior eficiência, racionalização e agilização dos serviços públicos.

Todavia, constata-se, a partir da pesquisa realizada, que tal discurso de modernização da gestão mediante o modelo das OSs, na medida em que é posto em prática, tem impulsionado a precarização dos serviços públicos de saúde, a flexibilização dos vínculos trabalhistas e a dilapidação do erário, o que tem refletido no atendimento aos usuários do serviço, que têm enfrentado dificuldades em garantir seu acesso ao direito à saúde, com o estabelecimento de metas propostas por este modelo de gestão, bem como a descontinuidades de serviços com a alta rotatividade de profissionais.

O receituário neoliberal, especialmente no que se refere a modelos de gestão privatizante, teve seguimento nos governos posteriores a FHC, os governos de Luís Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff, que prosseguiram com o ajuste estrutural do Estado. Para as políticas sociais, em especial na área da saúde, foram lançados novos modelos de gestão: as Fundações Estatais de Direito Privado, que apesar de não ter sido aprovada como lei, tem sido um dos modelos utilizados em alguns municípios brasileiros para a administração de serviços na área da saúde. Houve também a proposta de criação da Medida Provisória nº 520, durante o governo Lula, reatualizada na lei 12. 550 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares,

no governo de Dilma Rousseff, com objetivo de privatizar os hospitais universitários do país, que até então estavam fora de alcance da lógica mercantilista privatistas.

Correia (2005) avalia que apesar de tais modelos de gestão terem suas particularidades internas, “integram a estratégia e a contrarreforma do Estado, pois têm a mesma natureza de repasse do fundo público para o setor privado, flexibilizando a gestão e os direitos sociais e trabalhistas, e privatizando o que é público” (2011, p. 44).

Diante do contexto de desmonte dos serviços públicos e da regressão dos direitos sociais, a saúde pública brasileira, assegurada legalmente na Carta Magna de 1988, através das lutas sociais travadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, passa a ser um dos alvos principais das contrarreformas implementadas por FHC e pelos governos posteriores.

Evidencia-se, portanto, que nos governos petistas as expectativas sobre a consolidação do projeto da reforma sanitária não conseguiram efetivar-se, tendo em vista que a política de saúde é cada vez mais direcionada à lógica de mercado. Ampliam-se as formas de privatização, seja com a complementaridade invertida, seja com a proposição de mais novos modelos de gestão expressos nas FEDPs e na EBSERH.

As medidas implementadas para o SUS, tomadas pelos referidos governos, vêm pondo em xeque o arcabouço legal que o assegura. As recomendações dos organismos financeiros internacionais para a política de saúde visam à quebra do seu caráter universal e à adoção de uma política de caráter seletivo e focalista. A defesa da ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde tem sido um dos pontos estratégicos de apropriação do fundo público.

Neste sentido, observa-se que a política de saúde vem sendo concretizada na contramão do estabelecido no arcabouço jurídico do SUS, constatando-se uma discrepância entre o SUS real em relação ao SUS constitucional. Esta contradição tem propiciado ampliar e consolidar os vários processos de privatização e desmonte do SUS.

O modelo das OSs é o que mais tem se expandido, na área da saúde, no Brasil. Conforme os dados da pesquisa realizada, constata-se que dos 26 estados da federação mais o Distrito Federal, elas se acham presentes em 24, totalizando 97%, gerenciando 228 unidades de saúde no país, seja no nível estadual, seja no nível municipal. Este modelo tem contribuído para a desestruturação dos serviços

públicos da saúde no que concerne: ao direito universal à saúde, através do seu regime de metas; à legislação trabalhista, com a flexibilização dos vínculos de trabalho, acarretando perdas trabalhistas e uma alta rotatividade de profissionais, prejudicando a continuidade dos serviços aos usuários.

Apesar do contexto de grandes ofensivas que visam ao desmonte da política de saúde, as resistências contra a implantação e a propagação desse modelo tem constituído a bandeira de luta de sujeitos políticos coletivos, com destaque para o protagonismo da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. A atuação deste movimento possibilitou a ampliação dessa discussão, assim como tem conseguido reverter algumas situações já materializadas. Neste sentido, faz-se necessário o fortalecimento dos setores progressistas que lutam em defesa de uma saúde pública de qualidade, baseada nos princípios defendidos pela Reforma Sanitária dos anos 80.

Cabe ressaltar que o estudo ora apresentado não se esgota neste trabalho, pois seu objeto envolve múltiplas determinações que se encontram em fase de pleno fluxo. Algumas questões precisam ser desveladas, como: Que interesses estão por trás das OSs? Qual a relação entre o poder econômico e poder político implícitos nesse modelo de gestão?. Desse modo, espera-se que este estudo possa instigar outras reflexões, dada a pertinência do tema e a necessidade de análises críticas da realidade em que está inserido o objeto.

REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Novas articulações entre o Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: a situação das Organizações Sociais. In: 2º Congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte, 2013.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2006.
- _____. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. São Paulo: Cortez, 2005.
- ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo – as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2012.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008a.
- _____; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e História**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008b.
- BERNARDO, João. **Democracia totalitária: teoria e prática da empresa soberana**. São Paulo: Cortez, 2004.
- BLOG da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/05/0523.html>>. Acesso em: fevereiro de 2014.
- BORGES, Fabiano Tonaco [et al.]. **Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.
- BORÓN, Atílio; [et al.]. A trama do Neoliberalismo. In: SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo – as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 11ª reimpressão, 2012.
- _____. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-neoliberalismo – as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em setembro de 2012.
- _____. Decreto Lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 fev 1967. Seção 1 – suplemento, p. 4. (Publicação

Original).Disponível 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). Acesso em: julho de 2014.

_____. Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 jun. 1993. (Publicação Original).

_____. Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 mai 1998. (Publicação Original). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm>. Acesso em: julho de 2013.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: 1995.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI-MC n. 1.923-5/DF). Relator: Ayres Britto. Julgado em: 1º ago. 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. A política de saúde no Brasil. In: Mota et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, 2001

_____. MENEZES, J. S. B. de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

CARTA CAPITAL. Tribunal disponibiliza estudo comparativo entre o gerenciamento da administração direta dos Hospitais Estaduais Paulistas e aqueles feitos pelas Organizações Sociais da Saúde. **Carta Capital**. Disponível em: <http://www4.tce.sp.gov.br/sites/default/files/2011-10-03-CartaCapital.pdf>. Acesso em: 13 de março de 2014.

CASTELO, Rodrigo. O social-liberalismo brasileiro e a miséria ideológica da economia de bem-estar. In: MOTA, E. (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CISLAGHI, J. F. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de.

(orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

CORREIA, Maria Valéria C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. Recife, 2005. Tese (Doutorado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

_____. **Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B (org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius – ADUFRJ, 2011.

_____. As tendências da privatização da política de saúde brasileira: desafios para a atuação do Serviço Social. In: **II Colóquio Nacional sobre o Trabalho do Assistente Social**. Maceió, 2013.

_____. A Saúde no contexto da crise contemporânea do capital: O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. In: **Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS**. Ano VII, nº 13. São Luís, ABEPSS, 2007.

_____. DANTAS, Analice. Impedir a implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH) nos hospitais universitários é possível e necessário. In: **Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Juiz de Fora – MG, 2013.

DOCUMENTO: “contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil”. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p. 65-72.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de uma interpretação sociológica**. 5ª ed. São Paulo: Globo, 2005.

FERREIRA, SERGIO DE ANDRÉA. **Uma visão crítica das Organizações Sociais**. Disponível em: http://www.gespublica.gov.br/projetos-aco-es/pasta.2009-07-15.5584002076/copy_of_pasta.2010-10-22.6887744790/ALGUNS%20ASPECTOS%20DAS%20ORGANIZACOES%20SOCIAIS.pdf. Acesso em: setembro de 2014.

FILGUEIRAS, Luiz. PINTO, Eduardo Costa. **Governo Lula Contradições**. Disponível em: www.ie.ufu.br/...%20Economia%20Brasileira%20Contemporanea%20III/GOVERNO20LULA%20CONTRADIÇÕES.pdf. Acesso em: setembro de 2014.

acesso em: julho de 2010.

FONTES, Virgínia. **Público e privado na saúde: o SUS e a filantropia**. In: Revista POLI: saúde, educação e trabalho. Ano IV – Nº 20 – nov./dez. 2011. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/EdicoesRevistaPoli/R22.pdf>. Acesso em: novembro de 2011.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Em defesa do SUS: público, estatal, universal e de qualidade**, 2011.

_____. **A saúde que defendemos!**. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br>. Acesso em: outubro de 2014.

GRANEMANN, Sara. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

GOUNET, Thomas. **Fordismo e Toyotismo na Civilização do Automóvel**. Coleção Mundo do Trabalho. Rio de Janeiro: Editora Boitempo, 1999.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna: Uma Pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural**. 16 ed. São Paulo, Loyola, 2007.

_____. **O enigma do capital: e as crises do capitalismo**. Trad. de João Alexandre Peschanski. São Paulo: Boitempo, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IBGE. ESTATÍSTICAS da saúde: assistência médico-sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 167 p. Disponível em: http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/825_IBGE.pdf. Acesso em: maio. 2014.

JÚNIOR, Francisco Batista. Gestão do SUS: o que fazer? In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius – ADUFRJ, 2011.

JUNQUEIRA, V. Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado: duas faces da contrarreforma de Estado na saúde. In: Temporalis. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS**. Ano VII, nº 13, São Luís, ABEPSS, 2007.

LEHER, Roberto. Prefácio: Ideologia do desenvolvimentismo, pobreza e hegemonia. In: MOTA, E. (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012.

LIMA, J. B. de. **As orientações dos organismos financeiros internacionais à política de saúde brasileira no contexto da financeirização do capital**. 2011. 122 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2011.

MANDEL, E. **Capitalismo Tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982 (Os Economistas).

MARANHÃO, C. As ilusões do “novo desenvolvimentismo”: expressão ideológica da crise na periferia do capitalismo. In: COSTA, G.M.; SOUZA, R. (orgs.). **O social em perspectiva: política, trabalho, serviço, social**. Maceió: EDUFAL, 2013.

MARCH, Claudia. **A contra-reforma do Estado e o trabalho em saúde nos serviços públicos: uma análise da realidade brasileira**. Disponível em:<http://www.alames.org/documentos/EJE02-72.pdf>. Acessado em: 16 fev. 2010.

MARQUES, Rosa & MENDES, Áquilas. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. In: **Revista Ciência saúde coletiva**. Vol. 14, nº 3. Rio de Janeiro, Maio/Junho de 2009.

MARX, Karl. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

_____. ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MASSON, F. de M. A “terceira via” na reforma da saúde pública brasileira. In: Temporalis, **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS**. Ano VII, nº 13, São Luís, ABEPSS, 2007.

MENEZES, Juliana, Souza Bravo. Os Governos do Partido dos Trabalhadores e as Políticas Sociais: “Nada de novo no front”. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização**. – 1ª ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. 96 p.

GOMES, Gustavo França. A Inconstitucionalidade da Contrarreforma do SUS e de seus Modelos Privados de Gestão. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs.). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização**. 1ª ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. 96 p.

MÉSZÁROS, István. **Para Além do Capital: Rumo a uma teoria da transição**. Trad. Paulo César Castanheira e Sérgio Lessa. 1ª ed. São Paulo, Editora da UNICAMP/BOITEMPO, maio de 2011.

MELO, Cristina Andrade. **As organizações sociais e as Quasiautonomous non governmental organizations (Quangos) da Grã-Bretanha: uma fuga para o direito privado?** In: REVISTA DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Ano XXIX, nº 2. Minas Gerais, 2011. Disponível em: <http://revista.tce.mg.gov.br/Content/Upload/Materia/1211.pdf>. Acesso em: setembro de 2014.

MATTOS, Vivian de Almeida. Serviço Social – **Cotidiano Profissional nas**

Unidades de Pronto Atendimento geridas por Organizações Sociais no município do Rio de Janeiro. 2012. 183f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Fundamentos básicos para atuação do MPF contra a terceirização da gestão dos serviços prestados nos estabelecimentos públicos de saúde. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/pfdc/institucional/grupos-de-trabalho/saude/temas-trabalhados/financiamento-a-saude/atuacao-do-gt/Relatorio-Terceirizacao-GTSAude>. Acessado em: 28 de junho de 2010.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90.** 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Redução da pobreza e aumento da desigualdade: um desafio teórico-político ao Serviço Social brasileiro. MOTA, E. (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade.** São Paulo: Cortez, 2012.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e Questão Social: crítica ao padrão emergente de intervenção social.** 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social.** São Paulo: Cortez, 2010.

MORONI, J. A.. Governo Dilma: Uma primeira análise. Disponível em: <http://colnadoblogdalucia.blogspot.com/2011/03/governodilma-uma-primeira-analise-jose.html>. Acesso em: 2 de março de 2011.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica.** 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal.** São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Introdução ao método na teoria social.** São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OAB. Cartilha OS e OSCIPs. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/os2/os/pdf/OAB-OS.pdf>. Acesso em: 31 de maio de 2010.

OLIVEIRA, Francisco. O culto a Moloch: Bresser Pereira e a reforma gerencial do Estado. In: BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, 2001.

_____. Neoliberalismo à brasileira. In: SADER, E.; GENTILI, P. (orgs.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático.** Rio de Janeiro: Paz

e Terra, 1995, p. 24-37.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PFEIFER, Mariana. Bresser-Pereira e o pacto neodesenvolvimentista. In: Temporalis. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS**. Ano 13, nº 26, Brasília, ABEPSS, 2013.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

REZENDE, C. A. P. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: Maria Inês S. Bravo; Débora de S. Pereira; Juliana S. B. de Menezes; Mariana M. do N. Oliveira. (Org.). **Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde**. UERJ/ Faculdade de Serviço Social – Projeto Políticas Públicas de Saúde, 2007.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2000.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Financiamento tributário da política social no pós-real. In: BERING, BOSCHETTI, GRANEMANN [et al.] (orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez editora, 2012.

SILVA, Alessandra Ximenes da. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira**. Recife, 2013. Tese (Doutorado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

_____. Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da Reforma Sanitária Brasileira. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, S. B. de. (orgs.). **A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização**. 1ª ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014. 96 p.

SILVA, Giselle Souza da Financeirização do Capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: BRAVO, M. I. S; MENEZES, J. S. B. (org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius – ADUFRJ, 2011.

_____. Transferência de renda e monetarização das políticas sociais: estratégia de captura do fundo público pelo capital portador de juros. In: BERING, BOSCHETTI, GRANEMANN [et al.] (orgs.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez editora, 2012.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 3ª ed. rev. e atual. São

Paulo: Cortez, 2009. (Biblioteca Básica do Serviço Social; v. 3).

SOARES, Laura Tavares. Os custos sociais do ajuste neoliberal no Brasil. Capítulo 8. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/sader/cap08.pdf>> Acesso em mai/2011> Acesso em: 30 de maio de 2011.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma da política de as saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Recife, 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOUZA, Reivan Marinho de. **Controle capitalista e reestruturação produtiva: Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP**. Maceió: Edufal, 2011.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. **Gestão pública e democracia: a burocracia em questão**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

ANEXO

UNIDADES DE SAÚDE GERIDAS POR OSs NO BRASIL
(outubro de 2014)



Ministério da Saúde

CNESNet
Secretaria de Atenção à Saúde

DATASUS
Departamento de Informática do SUS

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Home Institucional Serviços Relatórios Consultas Documentação Fale Conosco

Indicadores - Natureza da Organização
ADMINISTRACAO INDIRETA - ORGANIZACAO SOCIAL PUBLICA

CNES	Estabelecimento	CNPJ	CNPJ Mantenedora
5657725	AHCLISA	08083168000110	89030639000123
3447553	ALA DE DETENCAO DE PIMENTA BUENO		04092680000171
6143121	AMA ALEXANDRE ZAIO		46392130000380
6146341	AMA DR JOSE SOARES HUNGRIA		46392130000380
6998178	AMA ESPECIALIDADE JARDIM PIRAJUSSARA		46392130000380
6676936	AMAR	05876741000154	
2122995	AMBULATORIO CONEGO NUNAN	20349742000134	
6873030	AMBULATORIO DE SAUDE OCUPACIONAL SOROCABA		46634044000174
2359634	AMBULATORIO FREI ROSARIO VIEIRA GOIANORTE		25086612000170
6068340	APAE	89965966000177	
5597048	APAE DE ILHA SOLTEIRA	44446268000127	
7296622	APAE NOVA VENEZA	75566125000182	
7357710	ASSOCIACAO DE APOIO AOS PORTADORES DE CANCER A E V	09426528000100	
7003625	BANCO DE LEITE ELZA MURAD AVAYOU		01417029000136
2471485	BANCO DE SANGUE UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSAO DE AF		03507415000225
6943675	BASE DO SAMU		11734374000157
6980740	BASE SAMU SUL CAPAO REDONDO PB AM945		46392130000380
5117666	CANTINHO DA SAUDE GRANJA DO TORTO		00394700000108
2091429	CAPS AD II V MADALENA PROSAM		46392130000380
6668127	CAPS AD III FO BRASILANDIA		46392130000380
2479001	CAPS CANINDE		07113558000122
5023106	CAPS II		14217327000124
5406544	CEFISO		01612155000141
6274919	CENSE I CASCAVEL PR		09088839000106
6946453	CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS BALNEARIO CAMBORIU		82951245000169
6952704	CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS CRICIUMA		82951245000169
6945783	CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS DE JOACABA		82951245000169
6978606	CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS JOINVILLE		82951245000169
6953875	CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS LAGES		82951245000169
6953751	CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS SAMU BLUMENAU		82951245000169
6939244	CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS SAMU CHAPECO		82951245000169
6403204	CENTRAL DE TRANSPLANTES DE SERGIPE		13128798001680
3470652	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL CAPS AD III MOCOCA		44763928000101
6436226	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL DE PEDERNEIRAS		46189718000179
6428304	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL II CAPS II MOCOCA		44763928000101
6779441	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL PORTO FERREIRA		45339363000194
2053977	CENTRO DE CONVIVENCIA DO IDOSO		47970769000104
3906302	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS		18283101000182
6479537	CENTRO DE REABILITACAO DE AQUIRAZ		07911696000157
5061881	CENTRO DE SAUDE UNIDADE BASICA JOSE MONTEIRO		17909599000183
6360556	CEO CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA		01178931000147
5119731	CEO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS		73449977000164
3911799	CEPAT DST HIV AIDS HEPATITES VIRAIS		46668596000101
5867401	CEREST CENTRO REGIONAL DE SAUDE DO TRABALHADOR		01067479000146
6297684	CIS AMAVI	09069217000122	
3407624	CIS AMLINORTE	03043185000100	88814181000130
7503148	CIS AMSO	12397803000100	
5479630	CIS AMVI	03269695000108	
2099497	CISAMAPI	01095667000188	
2731967	CISCENOP	01178931000147	
0014095	CISCOMCAM	95640322000101	
2800837	CISCOPAR	73449977000164	
3498441	CISMEPI	02031332000169	18401059000157
2126974	CISMEV	00995538000183	
2127601	CISMISEL	01202226000138	
2395304	CISOMT	01870663000120	
7292414	CISRNM	02056667000131	
7595247	CISVER	01098929000168	

http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza_Listar.asp?VTipo=06&VListar=1&VEstado=00&VMun=

5/10/2014

Indicadores - Natureza da Organização - Cnes

3721930	CONSAUDE ANDRADINA	07309266000160	
5141745	CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DOS CAMPOS GERAIS	03878900000124	
6833152	CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE MEDIO NORTE MATOGROSSENSE	02451265000131	
2219239	CONSULTORIO ODONTOLOGICO E E NOVA ESPERANCA		22678874000135
7322224	CONSULTORIO ODONTOLOGICO E M E F ENIR DA SILVA PILAN		46634465000103
7322216	CONSULTORIO ODONTOLOGICO E M E F JOSE DE MOURA GLASSER		46634465000103
7473141	COPISRN	12120272000104	
2825686	CORPO DE BOMBEIROS COMUNITARIOS DE SLO		83021873000108
5690641	CORPO DE BOMBEIROS DE MODELO		83021832000111
7384661	CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE CAMPO ERE		83026765000128
2753731	CRECIS LOANDA		73966913000130
2781212	CRECISPARANAVAI		73966913000130
7232853	CTA SAE CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO		73449977000164
7042728	DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA AMBIENTAL DE AMAJARI		12322548000137
2021129	DSEI AP POSTO DE SAUDE INDIGENA ESTRELA		00394544005144
2204924	ESF ALVORADA		00634997000131
2204916	ESF BERNARDO VALADARES		00634997000131
2209292	ESF CDI SETE LAGOAS		00634997000131
3881032	ESF CENTRO		10711980000194
2209276	ESF ITAPOA I		00634997000131
2209284	ESF ITAPOA II		00634997000131
2773880	ESF JARDIM ELDORADO		56900848000121
2209306	ESF JK		00634997000131
2209330	ESF OROZIMBO MACEDO		00634997000131
2115018	ESF PADRE FIALHO		18385104000127
2209322	ESF PADRE TEODORO		00634997000131
6669239	ESF VILA BEATRIZ		10711980000194
7009496	ESTRATEGIA DE SAUDE COMPLEXO SANTO ANTONIO		15403041000104
5473543	FARMACIA POPULAR DO BRASIL	17749896000370	17749896000109
6954952	FARMACIA POPULAR DO BRASIL		07393885000185
6466842	FARMACIA POPULAR DO BRASIL DE LAGARTO	05000601000207	
5028213	FARMACIA POPULAR DO BRASIL VALPARAISO DE GOIAS		01616319000109
6939066	FUNDACAO CASA DE BATATAIS	44480283011800	
7085583	FUNDACAO CASA DE MARILIA	44480283005827	
7019076	HORA CERTA BRASILANDIA FO		46392130000380
5420938	HOSP MUN CIDADE TIRADENTES CARMEN PRUDENTE	46392148004107	46392130000380
2076896	HOSP MUN SAO LUIZ GONZAGA	46392148005693	46392130000380
0003077	HOSPITAL DA POLICIA MILITAR	13128798003208	
3721906	HOSPITAL DE TOXICOMANOS PADRE WILSON VALE DA COSTA		05487631000109
4028511	HOSPITAL DEPUTADO LUIS EDUARDO MAGALHAES		13937131000141
3972925	HOSPITAL DO OESTE		13937131000141
6595197	HOSPITAL DO SUBURBIO		13937131000141
0003980	HOSPITAL ELADIO LASSERRE		13937131000141
2602083	HOSPITAL GERAL DE ITAPARICA	13937131002780	13937131000141
2785900	HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCANTARA	05268526000847	05268526000170
2799790	HOSPITAL GERAL SANTA TEREZA		13937131000141
2816210	HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO		13128798001680
3987884	HOSPITAL METROPOLITANO DE URGENCIA E EMERGENCIA		05054929000117
5718368	HOSPITAL MUN DR MOYSES DEUTSCH M BOI MIRIM	46392148005502	46392130000380
2082381	HOSPITAL MUNICIPAL DE BEBEDOURO JULIA PINTO CALDEIRA		45709920000111
2083272	HOSPITAL MUNICIPAL DE BERTIOGA		68020916000147
2707616	HOSPITAL MUNICIPAL DONA LYDIA DE SAN MAMEDE		04219099000178
2810034	HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE MENINO JESUS		77817476000144
2402564	HOSPITAL MUNICIPAL ESAU MATOS		11113324000152
2716097	HOSPITAL MUNICIPAL IRMA DULCE O S S	57571275000950	46177531000155
2023474	HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI		46410866000171
0004987	HOSPITAL PROFESSOR CARVALHO LUZ	13937131006425	13937131000141
7486413	HOSPITAL PUBLICO ESTADUAL GALILEU		05054929000117
2487438	HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIAO	13937131001385	13937131000141
2602075	HOSPITAL REGIONAL DE CASTRO ALVES		13937131000141
2602121	HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA	13937131006697	13937131000141
4028155	HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO		13937131000141
6414702	HOSPITAL REGIONAL DE SANTO ANTONIO DE JESUS	13937131007073	13937131000141
2802090	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO LUIS EDUARDO MAGALHAES		13937131000141
2604426	HOSPITAL REGIONAL DO ARAGUAIA	04805882000113	
5585422	HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PA DR WALDEMAR PENNA		05054929000117
6779522	HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI	05268526000251	05268526000170
3316300	HOSPITAL REGIONAL DO NORTE PIONEIRO		00476612000155
5599504	HOSPITAL REGIONAL DO SUDESTE DO PARA DR GERALDO VELOSO		05054929000117

http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza_Listar.asp?VTipo=06&VListar=1&VEstado=00&VMun=

2/4

5/10/2014

Indicadores - Natureza da Organizaçã - Cnes

5616298	HOSPITAL REGIONAL DR CLODOLFO RODRIGUES DE MELLO		12250916000189
4026896	HOSPITAL REGIONAL DR MARIO DOURADO SOBRINHO	13937131004058	13937131000141
5597501	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DA TRANSAMAZONICA		05054929000117
5498465	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO ARAGUAIA		05054929000117
6710158	HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO MARAJO		05054929000117
6683134	HOSPITAL REGIONAL TEREZINHA GAIO BASSO	78478559000208	82951245000169
2616483	HOSPITAL SANTA CLARA		12846471000102
2603012	HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA		13937131000141
2168200	HOSPITAL SAO JOSE PASSABEM	19692433000183	
7265239	LABAM	11274563000194	
7438354	LABORATORIO DE ANALISE DE AGUAS DR KLEBERT PASSOS		05522917000170
7367198	LABORATORIO DE ANALISES CLINICA DOUTOR MANOEL FERREIRA		12247946000136
7465300	LAR NOSSA SENHORA DO CARMO NA PROVIDENCIA DE DEUS	53221255000140	
3956369	MATERNIDADE PROFESSOR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETO		13937131000141
2044536	NUCLEO DE SAUDE DA FAMILIA PALMA		47970769000104
7168292	NUCLEO DE TELESSAUDE DA UFPE		24134488000108
7380232	NUCLEO REGIONAL TELESSAUDE BAIXADA FLUMINENSE		29138278000705
7161751	NUCLEO TELESSAUDE ANDRADINA		07309266000160
6922945	PETROBRAS DEPTO COMERCIAL	33000167074490	33000167000101
3042243	POSTO DE SAUDE DE ASSUNCAO DE GOIAS V PROPICIO		01612817000183
3796728	POSTO DE SAUDE PEDRO JOSE DE OLIVEIRA		13104112000134
6902979	PROGRAMA DE SAUDE DA FAMILIA 17		01417029000136
6600344	PRONTO ATENDIMENTO LUIZ GONZAGA ROCHA		51455087000122
3896250	PRONTO SOCORRO CENTRAL BOQUEIRAO		46177531000155
2027100	PS MUN DR CAETANO VIRGILIO NETTO		46392130000380
4050169	PS MUN PERUS		46392130000380
3910482	PSF DALMACIO ANTUNES		49556863000139
7383444	PSF II SAO PEDRO		12250916000189
5587921	PSF III		01215474000113
6972942	SAE CTA MANOEL PAZ LANDIM		45131885000104
7096313	SAMU MACRO NORDESTE JEQUITINHONHA		13220150000152
6996728	SAMU NOVA PRATA		91618439000138
7078617	SAMU 192 PONTAL DO PARANA		13681884000139
6970370	SAMU 192 TRES DE MAIO		87612800000141
6427227	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ALGODAO DE JANDAIRA		01612471000113
7104030	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE GUARIBAS		03043161000150
6763820	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE PLACAS		12566342000152
6462081	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SANTA CECILIA		01612643000159
6727859	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE TEOFILANDIA		12404015000102
6597424	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE XINGUARA		04144150000120
6508480	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE E SANEAMENTO DE NOVA MARINGA		37464831000124
7011857	SES RJ COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERNID E CLINICA DA MULHER		42498717000155
6518893	SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELENEIDA STUDART	42498717010622	42498717000155
5478898	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR MELCHIADES CALAZANS	42498717008130	42498717000155
7267975	SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER		42498717000155
6220584	SES RJ UPA 24H BOTAFOGO	42498717009292	42498717000155
6858317	SES RJ UPA 24H COPACABANA	42498717011351	42498717000155
6037526	SES RJ UPA 24H JACAREPAGUA	42498717009535	42498717000155
5955661	SES RJ UPA 24H TIJUCA	42498717008997	42498717000155
7345348	SESI UNIDADE OPERACIONAL DE VIDEIRA	03777341011281	
2508311	SINDICATO RURAL DE ALAGOINHAS	13645270000100	
2691515	SPDM PAIS HOSP REG DE ARARANGUA DEP AFONSO GUIZZO	61699567004694	82951245000169
6800815	TEREZINHA PEREIRA	13351676000171	
7073550	UBS BAIRRO TERRAS DE SANTA MARIA TIETE SP		46634598000171
6585019	UNAD UNIDADE DE ATENDIMENTO AO DEPENDENTE		46392130000380
6293883	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR JOSE MONTEIRO DE ALMEIDA		18404897000184
2374358	UNIDADE BASICA DE SAUDE LUCIA MARIA COELHO		15403041000104
2437724	UNIDADE DE ATENDIMENTO SANTA CLARA		03532661000156
6660541	UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSAO DE TOLEDO		73449977000164
7070713	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DOUTOR CHARLES ANTUNES BECHARA		46177531000155
7115652	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA DRA ANA OLIVIA BENTIVOGLIO		46410866000171
6321852	UNIDADE DE SAUDE CENSE	09088839000106	
2558645	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI		15403041000104
2597187	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PRIMAVERA		15403041000104
2558637	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA SANTA ROSA		15403041000104
6999506	UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO AUTRAN NUNES		07954571000104
7018800	UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO CANINDEZINHO		07954571000104
7360851	UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO CONJUNTO CEARA		07954571000104

http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza_Listar.asp?VTipo=06&VListar=1&VEstado=00&VMun=

3/4

5/10/2014

Indicadores - Natureza da Organizaçã - Cnes

7006810	UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO MESSEJANA	07954571000104
6985483	UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO PRAIA DO FUTURO	07954571000104
6995160	UPA DE ROMA	13937131000141
7073194	UPA PORTE II 24HS JD CEREJEIRAS ATIBAIA	45279635000108
6635903	UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO BARRA	11308894000106
7135343	USA 01	13220150000152
7135351	USA 02	13220150000152
7135378	USA 03	13220150000152
7135386	USA 04	13220150000152
7135394	USA 05	13220150000152
7135017	USB 01	13220150000152
7135025	USB 02	13220150000152
7135033	USB 03	13220150000152
7135041	USB 04	13220150000152
7135068	USB 05	13220150000152
7135076	USB 06	13220150000152
7135084	USB 07	13220150000152
7135092	USB 08	13220150000152
7135106	USB 09	13220150000152
7135130	USB 10	13220150000152
7240260	USB 11	13220150000152
7135203	USB 12	13220150000152
7135211	USB 13	13220150000152
7135254	USB 14	13220150000152
7135262	USB 15	13220150000152
7135270	USB 16	13220150000152
7135289	USB 17	13220150000152
7135297	USB 18	13220150000152
7135300	USB 19	13220150000152
7135319	USB 20	13220150000152
7135335	USB 21	13220150000152
5095328	USF ALTO SAO LOURENCO	11097300000157
2031590	USF JARDIM JOSEFINA	53415717000160
2096528	USF JARDIM SAO JORGE	53415717000160
2096501	USF PACHECO CHAVES	53415717000160
0005363	8 CS SIGFRIED S SCHINDLER	13937131000141
EM BRANCO		331
TOTAL		231

