



3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social

Tema: “Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios da política social”

Vitória (ES, Brasil), 22 a 25 de junho de 2015

Eixo: Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas.

As mudanças na gestão da política de saúde: uma breve análise dos anos 90 aos dias atuais

Débora Holanda Leite Menezes¹

Resumo

O artigo discute as mudanças vivenciadas na gestão da política de saúde brasileira. O objetivo é captar como vêm sendo difícil a efetivação dessa política pública, que se consolidou fruto dos movimentos sociais. Dessa forma, debruçamos nos referências teóricas da política de saúde em prol de entender os efeitos das políticas de ajuste neoliberal. A metodologia conta com uma revisão bibliográfica sobre o tema. Conclui-se, que um dos maiores prejuízos postos pela adoção dos novos modelos de gestão refere-se a precarização das condições de trabalhos dos profissionais de saúde, e o distanciamento dos princípios defendidos pelo projeto de Reforma Sanitária.

Palavras-chave: Políticas de Saúde. Privatização. Novos modelos de gestão.

Abstract

The article discusses the changes experienced in the management of Brazilian health policy. The goal is to capture as have been difficult for this public policy, which was consolidated result of social movements. Thus, worked through the theoretical health policy references for the sake of understanding the effects of neoliberal adjustment policies. The methodology includes a literature review on the topic. It follows that one of the biggest losses posed by the adoption of new management models refers to the precarious conditions of work of health professionals, and the distance of the principles defended by the health reform Project.

Keywords: Health Policy. Privatization. New management models.

Introdução

No Brasil, a saúde sempre foi um campo de disputa entre distintos projetos seja de Reforma Sanitária, ou Projeto Privatista, entretanto se reconhece que essa sempre teve sua racionalidade fragmentada, em geral curativa, hospitalocêntrica, centrada no

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Política Social da Universidade Federal Fluminense. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social pela Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ) e Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial Hugo de Carvalho Pedrosa. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa de Políticas Sociais, Questão Social e Serviço Social da UFRJ, coordenado pela Professora Janete Luzia Leite.

indivíduo onde a lógica dos interesses privados sempre estiveram presente principalmente pós-64.

Ademais, com a crise do regime ditatorial, a mobilização dos trabalhadores da saúde, alguns organismos sindicais e populares foi possível por na pauta preceitos oriundos do Movimento de Reforma Sanitária na Constituição Federal de 1988 (CF88) materializando em seu texto final um projeto de saúde pública, universal e democrática, que é o SUS. E para além disso, pensar: as ações de assistência à saúde, centrado nas ações de prevenção e promoção à saúde; a participação social por meio do controle social; e ainda as ações de educação em saúde, após mais de vinte anos de ditadura militar. Sabe-se que esse período democrático representou um breve oásis no meio do deserto encontrado na área da Saúde, pois foi somente com a instituição da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social) que o país, pois em destaque as políticas universais do Estado de Bem-Estar Social, estabelecendo, na nossa Carta Magna, um sistema de proteção social (ainda que incipiente).

Entretanto, a chegada dos anos de 1990, trouxe para o país a contrarreforma neoliberal, intensificando as suas perversas características. É reconhecido que o Estado brasileiro historicamente foi ausente e mínimo em relação à proteção social dos trabalhadores, além de autoritário, precisava minimizar-se, de acordo com os preceitos produzidos e reproduzidos pelos aparelhos privados de hegemonia nacional e internacional do capital. Vale destacar que os efeitos da contrarreforma neoliberal são decorrentes da resposta mundial do capitalismo à crise estrutural da década de 70.

Destaca-se então que os principais interesses do grande capital na minimização do Estado está no que Mandel (1985) denominou de supercapitalização (o uso e incorporação dos serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade, trazendo para essa área toda a lógica e racionalidade privada, anteriormente ocupada pelas políticas públicas). E a saúde se tornou um dos campos preferidos, consolidando uma das áreas de maior investimento tecnológico do mundo e de grandes possibilidades no mercado privado – desde os seguros e planos de saúde para os mais diversos segmentos de renda, indústria de medicamentos e equipamentos de saúde, redes hospitalares, redes de farmácia, ações na bolsa de valores, organizações sociais, fundações, etc.

Assim, a onda neoliberal defende um modelo de gestão onde a proposta foi implementar a terceirização, sob diferentes modalidades, através dos contratos de gestão, com a inserção das chamadas Organizações Sociais (OS)/1998 e Organizações da

Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)/1999, Fundação Pública de Direito Privado/2007, bem como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que tem sido tratada como caminho simplificado de resolver os problemas referentes à gestão do SUS, porém estas organizações sociais e fundações passam a trabalhar em “parceria” com o Estado.

Neste processo, o que vai nos interessar mais de perto é a área da Saúde, que, desde então, vem apresentando uma degradação contínua, o que implica em sérios prejuízos para a população usuária e para os profissionais que nela atuam. Esse cenário da saúde pode ser observado com frequência na mídia (escrita e falada) casos de ausência: de atendimento, de medicamentos e de condições de assistência médico-hospitalar em qualquer lugar do país.

É óbvio que o caos que se instalou na Saúde brasileira não foi um acaso. Ao contrário; foi minuciosamente projetado, isso porque como se sabe, os investimentos na saúde ao longo dos últimos anos foram decrescente, em oposição ao aumento da demanda, que ocorreu devido as próprias condições financeiras do país. Nesse quadro de precarização do SUS, ocorre uma busca da população pelos serviços de saúde no mercado, o que transformou a saúde em um mercado altamente rentável. Entretanto, acompanhado da busca do serviço no mercado, houve também um aumento da demanda de acesso no SUS, em decorrência das condições de vida da população, que atualmente sofre com o desemprego, precárias condições de habitação e uma rede de saúde baseada no modelo curativo.

Assim, diante da situação da política de saúde, cada vez mais o Estado se desresponsabiliza do financiamento e da gestão das políticas sociais sob a justificativa da necessidade de desoneração do erário. Desta forma, a busca de serviços no mercado torna-se um fato constante, que conta com a “ajuda” do Estado também na consolidação de “parcerias” que transformam o espaço até então público em nichos público-privados. Isto quer dizer que a estrutura das instituições se mantém pública, enquanto a sua administração e gerência se deslocam para o âmbito do privado, o que impacta no funcionamento dos serviços de saúde e nas condições de trabalho dos profissionais que neles atuam. Observa-se que o período de transição das unidades públicas para a gestão da iniciativa privada, ou público - privada, essas unidades são modernizadas e recuperadas, para, em seguida, serem entregues a um novo modelo de gestão. Nada de

muito novo desde que o capitalismo entrou em sua fase monopolista (BRAVERMAN, 1987).

Tendo Fernando Henrique Cardoso (FHC), como Presidente da República e Luiz Carlos Bresser-Pereira, à frente do Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), a proposta de entrega das políticas sociais brasileiras (notadamente a Saúde) à iniciativa privada ganha corpo por meio das Organizações Sociais (OS), e da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Era a pá de cal sobre as instituições, os serviços e os servidores públicos, posto que além da já citada entrega do público a gestão das Organizações Sociais e das Fundações, essas por sua vez, trouxeram em sua essência a lógica gerencial oriunda das empresas privadas (produtividade, metas, competitividade, individualismo) nos serviços públicos.

Estas propostas (bem como o todo da Reforma do Estado bresseriana) não obtiveram aprovação parlamentar em sua totalidade, em grande parte devido à oposição que o Partido dos Trabalhadores (PT) e sua bancada fizeram, embora algumas medidas tenham sido implementadas.

Ironicamente, foi a gestão do PT, tendo Lula da Silva na Presidência do Brasil, que retomou o projeto OS/OSCIP, e pôs na pauta as Fundações Públicas de Direito Privado, encaminhando-as celeremente.

Essa transferência pode ser observada em dezembro de 2007, quando foi aprovada, no Rio de Janeiro, a Fundação Estadual dos Hospitais Gerais, dos Hospitais de Urgência; dos Institutos de Saúde e da Central de Transplantes. Deste ano em diante, iniciou rapidamente em todo o território nacional, e em particular neste estudo, no Rio de Janeiro, com os contratos de gestão com as Fundações, que são entes integrantes da administração pública indireta, de gestão pública, ou pelas Organizações Sociais que são pessoas jurídicas, ou seja, gestão privada.

Para continuarmos as mudanças na saúde, tivemos também a Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), instituído em 2010; e em seguida a institucionalização da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), instituída ao apagar das luzes de 2010 (precisamente no dia 31 de dezembro) por meio de uma Medida Provisória (MP), a qual difere das organizações sociais, pois traz em sua essência a gestão pública, porém de sistema jurídico híbrido.

Essas mudanças apontam para um leque de questão no se refere a condução do Sistema Único de Saúde, pois de um lado temos a transferência das responsabilidades do Estado, e de outro temos uma participação indireta do Estado, o que fere o princípio do SUS de que é responsabilidade do Estado garantir a saúde pública.

A partir desta breve digressão, necessária para situar o leitor a respeito dos condicionantes da temática que aqui será abordada, este artigo objetiva estudar as mudanças contemporâneas na gestão da política pública de saúde, que põe em pauta a adoção de um “*novo*” modelo de gerenciamento e administração das unidades de saúde de nível primário, secundário, terciário e quaternário, em todas as esferas do poder público (municipal, estadual e federal).

Como já aludido (mesmo que *en passant*), esta nova conformação incide direta e perversamente sobre as condições de trabalho dos profissionais que exercem seu labor nestas instituições.

Analisar as mudanças ocorridas na gestão da política pública de saúde exige uma aproximação da conjuntura mundial e brasileira, tomando como recorte os anos 1990, eleito por representar o pontapé inicial das metamorfoses engendradas na área da saúde em nosso país, em contraposição aos avanços constitucionais. No tocante as mudanças identifica-se que as condições de trabalho e a prática dos profissionais da saúde foram alvos da precarização e terceirização.

A fim de expor nossas reflexões, este texto se desdobrará em dois momentos, todos intimamente interligados, entrelaçados e mediatizados pela conjuntura supracitada.

O primeiro busca apreender as mudanças na política pública brasileira a partir do período pós-88, o qual é marcado pelos frequentes cortes sociais na área das políticas públicas, o que atinge diretamente nas condições de funcionamento das instituições de saúde, a qualidade dos serviços prestados à população e as condições de trabalho dos profissionais de saúde. Este amálgama dificulta a efetivação de valores defendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Isso, porque como é reconhecido essas novas configurações postas na pauta a partir dos anos 1990, como a adoção de modelos gerenciais serão aqui tratados resumidamente, posto que fundamentais para o entendimento do que ocorre na atualidade.

Além disso, para compreensão deste período histórico nos debruçamos em obras que nos possibilitam refletir sobre o panorama como as de: Hobsbawm (1995) e Harvey (2011) dentre as várias outras disponíveis cuja envergadura intelectual é inquestionável.

Na sequência, o estado do Rio de Janeiro, *locus* de nossa investigação, será priorizado por ser, também, um dos primeiros estados a aderir a proposta das OS/OSCIIP e Fundação Estatal de Direito Privado, funcionando como uma verdadeira caixa de ressonância para as receitas empregadas pelo grande capital e seus prepostos.

Por fim, teceremos alguns comentários que visam demonstrar as dificuldades de realização do compromisso do Projeto de Reforma Sanitária no contexto de deterioração do espaço público.

D) A política de saúde brasileira – suas mudanças e seus impactos a partir dos anos 1990

O Brasil, na década de 1990, entrou em um período de uma nova ofensiva burguesa, adaptando-se às exigências do capital internacional. O ambiente político, econômico e cultural foi reforçado pelo Consenso de Washington.

Nesta década foi introduzido o neoliberalismo no país, associado ao discurso da necessidade de modernização. O redimensionamento do Estado, conduzido pela política de ajuste neoliberal atingiu os avanços constitucionais de 1988, a partir da redução dos investimentos nas políticas públicas, destacando-se a da saúde que, na década anterior, fora marcada por uma perspectiva de reforma sanitária, ou seja, de expansão de direitos e de serviços.

Neste contexto, a política de saúde expressou as tensões entre a pauta da Reforma Sanitária e a agenda neoliberal. As conquistas importantes foram as mudanças político-institucionais; a unificação de um comando único da política nacional de saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (em contraste com a histórica trajetória fragmentada); e a construção de um arcabouço em que se fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), representando a lógica federativa. Além disso, houve a inclusão de diretrizes de participação social para efetivar o controle social das políticas públicas, há muito reivindicadas pelas diversas categorias profissionais vinculadas ao projeto de reforma sanitária.

Cabe ressaltar que nos anos 90, em face das necessidades de mundialização do capital², deu-se início a um processo de contrarreforma do Estado brasileiro. A

² Segundo CHESNAIS (1996), o processo de mundialização é uma fase específica do processo de internacionalização do capital, que tem como característica o movimento conjunto da acumulação ininterrupta do capital e das políticas de liberalização econômica, de privatização, desregulamentação e desmantelamento das conquistas sociais.

privatização foi o elemento articulador dessa estratégia, que objetiva abrir todas as atividades econômicas rentáveis aos investimentos privados, com o intuito de ampliar a acumulação capitalista e mercantilizar as políticas de proteção social conquistadas a partir de duras lutas nos chamados 30 anos gloriosos.

No plano político, após um longo período de Ditadura Militar, inicia-se o processo de democratização, que teve como marco a eleição de Fernando Collor, responsável pela introdução do neoliberalismo no Brasil. Diante, desse quadro vendo o seu plano econômico não apresentar o desempenho imaginado, o regime de inflação ser mantido, Collor teve seu nome ligado à corrupção, o que o levou a sofrer o *impeachment*, em 1992, que refletiu a mobilização da sociedade, em destaque para os estudantes, em oposição ao que vinha sendo posto pelo governo, como as reformas estruturais, a privatização das empresas estatais, altos índices de inflação e os leilões de bens públicos.

Assim, o presidente Collor renunciou para não perder seus direitos políticos, mas mesmo assim teve seus direitos políticos cassados. Frente isso, seu sucessor, o vice-Presidente Itamar Franco, assume o governo federal e mantém alguns traços anteriores e implanta um programa de estabilização, econômica em junho/1994, que instituiu o Real como a nova moeda do país. O Plano Real integra uma família de planos de estabilização discutidos na reunião de Washington, patrocinados pelas instituições internacionais. Ainda de acordo com o autor em tela, o Plano Real foi concebido para viabilizar, no país, a sustentação e a permanência do programa de estabilização proposto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e as reformas apresentadas pelo Banco Mundial (BM).

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso (FHC), Ministro da Fazenda de Itamar Franco e criador do plano de estabilização que conseguiu reverter momentaneamente a inflação no país, assume a Presidência da República após derrotar nas urnas, o candidato da esquerda – Luiz Inácio Lula da Silva.

A sua condução político-econômica respeitou os preceitos da ortodoxia neoliberal, conservando a lógica de redução de gastos nas políticas sociais. Porém, realizou este processo de maneira mais ofensiva, modificando substantivamente a estrutura do Estado, por meio de ampla reforma, denominado **Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado**, proposta elaborada pelo Ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE).

Ao analisarmos a proposta do plano esse direcionava a reforma como uma estratégia adotada para que o Estado se desviasse de suas funções básicas, deixando-as a

cargo do Terceiro Setor, do mercado e das empresas. O Plano Diretor da Reforma do Estado (aprovado em setembro de 1995) defendia a bandeira de que deve ser superada a administração pública burocrática, por considerar que há um esgotamento da estratégia estatizante, em prol de um *modelo gerencial* que tem como características a descentralização, a eficiência, o controle de resultados, a redução de custos e a produtividade. Ao adotar o modelo gerencial, o Estado deixa de ser o responsável direto pelas políticas sociais para se tornar promotor e regulador, transferindo tais responsabilidades para o âmbito privado, notadamente a partir da criação de uma esfera pública não estatal.

Os cortes nos gastos sociais são justificados pela Crise Fiscal do Estado – gerando uma deterioração dos serviços públicos, passando alguns serviços a ser assumidos pela iniciativa privada, como proposta para resolver os problemas. A tendência geral da reforma do Estado é a redução de direitos, baseando-se no argumento de crise fiscal, transformando, assim, as políticas sociais em ações pontuais, seletivas e compensatórias, atendendo aos maiores efeitos da crise. O trinômio do ideário neoliberal para o campo das políticas sociais é privatização, focalização e descentralização; o que tende a alterar as responsabilidades da federação, transferindo-as para o campo privado ou para o setor público não estatal.

Outra questão a ser considerada sobre a reforma do Estado trata das propostas encaminhadas pelos organismos internacionais, no sentido de racionalizar os gastos, na área social, e fortalecer o setor privado, na oferta de bens e serviços coletivos, assim como estimular a quebra do caráter universal das políticas públicas da área social, que seriam mais vulneráveis.

Para tratar da interferência do Banco Mundial (BM) na política de saúde do Brasil, deve-se considerar que é a partir da gestão de FHC que se expande o volume de empréstimos junto a este e ao Fundo Monetário Internacional (FMI). As propostas, por parte do BM, para a Saúde brasileira, delimitam as funções do Estado, sob a alegação de que as realidades fiscais colidem com as propostas constitucionais de 1988.

Isto porque o BM considera as propostas constitucionais como idealistas, sugerindo que houvesse o rompimento com a universalidade, posto que as despesas se chocam com a realidade fiscal. Entretanto, não se pode deixar de considerar que de acordo com os organismos internacionais o modelo assistencial em destaque é o centrado na atenção básica, isso porque seria de baixo custo para os cofres públicos, enquanto os

serviços de alta complexidade, de modo geral, deveriam ser deslocados para o setor privado, pois esses serviços são mais lucrativos no mercado. Assim, defende-se a privatização e a terceirização, considerando que o serviço, na rede privada, é mais eficiente e de melhor qualidade.

Retomando as ideias de Bresser-Pereira, podemos considerar que as propostas de Reforma do Estado para o setor Saúde, assim como para outras áreas sociais, são instituídas às Organizações Sociais (OS). As OS, na sua essência, apresentam claramente a proposta de privatização do público, cabendo ao Estado continuar fomentando as atividades publicizadas e exercer sobre elas o controle estratégico, demandando resultados necessários ao atingimento dos objetivos das políticas públicas, sendo o contrato de gestão uma forma de regular as OS. Ou seja, as OS são regidas pelo regime privado e gerenciadas pelo Terceiro Setor.

Entretanto as propostas das OS trazem uma aparência muito vantajosa, seja para os trabalhadores e usuários dos serviços, pois a imagem transmitida é de que seria uma alternativa eficaz para resolver os problemas evidentes no serviço público, mas, na essência, deterioram o serviço público.

Isso, porque tem como reflexos: uma maior flexibilização na contratação de pessoal (sem realização de concurso e fora dos parâmetros do Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Civis da União); processo de realização de compras mais fácil e menos corrupto; e estabelecimento de metas pela via do contrato de gestão. A forma de gestão das OS se harmoniza totalmente com a Lei da Responsabilidade Fiscal, de 2000, que reduziu a possibilidade de expansão do quadro de pessoal, tanto na administração direta quanto na indireta no serviço público, em todas as esferas do poder público, conforme Junqueira (2007), o que refletiu diretamente na deterioração do serviço público.

A adoção de um novo modelo gerencial, proposto por Bresser-Pereira incluiu, ainda, uma reforma gerencial na Saúde, consubstanciada na Norma Operacional Básica-SUS inspirada no modelo inglês: descentralizar a administração e o controle dos gastos; transformar os hospitais em unidades públicas não estatais; implementar um sistema de entrada e triagem na rede de saúde; e criar hospitais e ambulatórios especializados. Assim, mesmo com o SUS sendo, em tese, universal em todos os níveis de atenção, as instituições de saúde passam por um sucateamento (falta de recursos econômicos, humanos e materiais para realização dos atendimentos), o que “empurra” os usuários que possuem condições financeiras para o serviço ofertado pela iniciativa privada, no mercado. Isto

deixa os “desprovidos” somente à mercê da saúde pública. A intervenção do Estado, neste momento, constitui-se em garantir o mínimo a quem não pode comprar o serviço privado, ficando o acesso pela via do mercado restrito ao “*cidadão-consumidor*”. (MOTA, 2000).

É no final da gestão FHC que o povo brasileiro, vislumbrando uma mudança política econômica e social, elege, para Presidente da República, um ex-sindicalista. Após duas tentativas anteriores malogradas, Luiz Inácio Lula da Silva é eleito, e traz consigo a expectativa de mudança.

A eleição, em 2002, de Lula da Silva representou um marco político na história brasileira, pois foi a primeira vez que um representante da classe operária, com forte experiência de organização política fora eleito Presidente da República, demonstrando uma reação da população ao projeto neoliberal da década de 1990.

No primeiro governo Lula da Silva (2003-2006), no que se refere às características desta gestão, as mesmas delimitaram as possibilidades de consolidação de um sistema de proteção social baseado nos valores constitucionais. A política do governo manteve a mesma linha de ajuste macroeconômico dos governos anteriores, tornando as políticas sociais mais vulneráveis em face das limitações dos gastos públicos, evidenciando-se seu caráter contencionista. Dessa maneira, por mais opositorista que Lula da Silva tenha sido durante o governo FHC; na sua gestão, ele assumiu a prática neoliberal. A política econômica do governo Lula da Silva tinha como prioridade a estabilização do superávit primário, a manutenção das taxas de juros elevadas e outras medidas que limitavam as possibilidades de crescimento e desenvolvimento, em longo prazo, com a redistribuição de renda.

Ao pôr em prática essas orientações econômicas, os impactos nas políticas sociais são brutais, exponenciando as políticas focais em detrimento da lógica do direito e da concepção de Seguridade Social universal.

No primeiro mandato de Lula da Silva, o destaque foi o Programa Fome Zero que, em seguida, foi substituído pela modalidade de programa de transferência de renda direta, estratégia que tem sido amplamente utilizada em vários países latino-americanos, a partir da década de 1990 para gerir a pobreza (não enfrentá-la; não erradicá-la) sob a orientação das agências financeiras multilaterais.

A expectativa de que o governo Lula da Silva fortalecesse o projeto de Reforma Sanitária não se concretizou, pois este não só manteve como acentuou este e o projeto

privatista, apesar de haver se comprometido, durante a campanha, com a agenda política da Reforma Sanitária.

Na primeira gestão de Lula da Silva que ocorreu a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em dezembro de 2003, que contou com a participação do Ministro da Saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, e a escolha de representantes da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2006), com o intuito de garantir o atendimento das demandas e dos direitos dos trabalhadores do SUS, assim como a participação social.

A 12ª CNS representou avanços em relação às três últimas Conferências, pois nela foram retomadas as referências da Reforma Sanitária, até então esquecidas. Entre os eixos temáticos, destacam-se: *Direito à Saúde, à Seguridade; A intersetorialidade das ações de saúde; As três esferas do governo e a construção do SUS; A organização da atenção em saúde; Controle social e gestão participativa; O trabalho na saúde; Ciência e tecnologia e saúde; O financiamento da saúde; Comunicação e Informação em Saúde*. Todavia, estes eixos não vieram acompanhados de ações que pudessem garantir a sua efetivação.

A política de saúde, no governo Lula, também, apresentou elementos de continuidade do governo FHC, como a focalização, a precarização, a tercerização dos recursos humanos, o desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social isso porque seguiu as propostas dadas pelos organismos internacionais.

Na análise da assistência a saúde no governo Lula da Silva, é nítido que as propostas de atenção básica defendidas pela Reforma Sanitária – que priorizam um modelo universalizante, integrando ações de caráter coletivo, as ações de assistência médica, democráticas e participativas – ficaram longe de ser consolidadas, posto que foi mantido um caráter focalizado, direcionado para os aspectos individuais da Assistência, onde não se trabalha a medicina preventiva e de promoção da saúde, ao contrário o modelo enfatizado é o curativo, pois esse é mais rentável para o mercado farmacêutico e para os grandes empresários dos serviços privados, que oferecem serviços para o SUS.

No âmbito do financiamento, persistiram graves problemas, pois a disponibilidade dos recursos permaneceu baixa, exemplificada pelos conflitos com a área econômica do governo e pela dificuldade da distribuição de recursos nas esferas.

Deve-se lembrar ainda que durante a gestão Lula da Silva o desfinanciamento foi articulado ao gasto social, o que acabou por determinar a manutenção de políticas focais, de precarização e terceirização dos recursos humanos (BRAVO, 2006).

Ao analisarmos a política de saúde durante a gestão de Lula da Silva, faz-se mister expor que as alterações do sistema não conseguiram enfrentar as demandas da população. As mudanças e inovações tecnológicas introduzidas na Saúde visavam ser legitimadas pela eficiência e eficácia, encobrindo as tensões existentes entre o projeto privatista e o projeto histórico da Reforma Sanitária.

Em 2007 novas propostas são colocadas na pauta da Saúde com a nomeação de José Gomes Temporão: temas polêmicos foram debatidos, como a legalização do aborto, considerado problema de saúde pública; as restrições à publicidade de bebidas alcoólicas; a necessidade de fiscalizar as farmácias; a adoção de um novo modelo jurídico-institucional para o funcionamento da rede pública hospitalar, e a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (BRAVO, 2007).

Naquele momento, iniciava-se uma nova etapa da contrarreforma do Estado, agora de lavra do governo Lula da Silva, ao enviar o projeto das Fundações Estatais de Direito Privado ao Congresso Nacional.

Ao analisarmos a proposta das Fundações verificamos que o modelo adotado para as fundações tem pretensões mais abrangentes que a proposta bresseriana original, pois atingiria outras áreas das políticas sociais, como a Educação, a Assistência Social, a Ciência e Tecnologia e outras.

As fundações propõem um novo modelo de gestão para o SUS, dando autonomia à iniciativa privada com relação a gastos, contratação de profissionais, empregos, salários etc., sem qualquer tipo de controle social; porém, isso representa um retrocesso político no controle público do SUS, cabendo à esfera privada o poder de decisão.

O projeto de fundações representa, em última análise, a continuidade das políticas privatizantes que se desenvolveram no Brasil desde a década de 90, com os presidentes Collor, Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso e, também, Lula da Silva.

O processo de contrarreforma permite que a iniciativa privada assuma responsabilidades do cotidiano, transformando dimensões da vida social em negócios. Dessa forma, responsabilidades estatais são entregues ao mercado pelo viés da privatização, que tem no projeto de Fundações a consolidação e a afirmação de um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital.

Assim, pode-se considerar que a Fundação Estatal de Direito Privado tem, no seu conteúdo, a defesa da privatização dos serviços sociais, das políticas sociais e dos direitos dos trabalhadores. Para Granemann (2008), as fundações estatais materializam-se nas Parcerias Público-Privadas (PPP), nas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), nas Organizações Sociais (OS) e nas Fundações de Apoio.

Os prejuízos das fundações para os trabalhadores se manifestam na forma de contratação da força de trabalho, que passa a ser efetivada pelo regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e de formas questionáveis de concursos públicos. Esta orientação, portanto, não garante a estabilidade no trabalho.

Além disso, ao findar a gestão Lula da Silva, surge a proposta de desresponsabilização do Estado mediante a criação da Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares S.A. (EBSERH), que atingiu diretamente os Hospitais Universitários A EBSERH tem personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, está vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado. Essa proposta representa um impacto nas propostas constitucionais de 1988, e normatiza a adoção das propostas de reforma do Estado iniciadas no governo FHC, que permanecem hodiernamente.

A criação da EBSERH materializa grande parte da proposta das fundações, atingindo as unidades de saúde brasileiras – fundamental para o atendimento da população, ao garantir-lhe o acesso de maneira universal –, pois rompe com direitos sociais instaurados.

Atualmente, no governo Dilma Rosseulff, a implementação do projeto das fundações, bem como a EBSERH corre celeremente, notadamente no âmbito da saúde. Em suma: essas formas de gestão estão consoantes às orientações neoliberais e integram o processo de contrarreforma do Estado, representando perdas para a classe trabalhadora e favorecimento do setor privado, que se apropria cada vez mais, do fundo público. Cabe ao Estado o papel de financiador e regulador das políticas sociais, repassando para o setor privado a gerência e a gestão dos serviços públicos.

Os modelos de gestão postos em pauta no cenário contemporâneo fragilizam a política pública de saúde, e não se restringem apenas a esfera federal, pois incluem todas as esferas do poder público. Assim, nos aproximamos do Rio de Janeiro, locus privilegiado de unidades de saúde pública, traço do seu legado de capital do Brasil, e que hoje apesar de possuir uma rede privilegiada no número de dispositivos de saúde, sofre

com o sucateamento e precarização dos serviços de saúde, e numa estratégia de superar os efeitos da “crise” da saúde vem buscando a iniciativa privada via OS, Fundação, dentre outras para resolver o problema.

Considerações Finais

Sendo assim, devemos considerar que essas mudanças é a primeira de muitas outras que estarão por vir, isso porque muitos são os desafios a ser superados para que o Sistema Único de Saúde se mantenha universal.

Referências

BRASIL. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime de pactuação global com esses hospitais. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 27 jan. 2010 - Edição Extra. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em: 13 nov. 2014

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: LTC Livros Técnicos e Científicos, 1987.

BRAVO, M. I. de S. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. **Temporalis**, Brasília, ano 7, n. 13, p.121 -153, jan./jun. 2007.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana E. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. Brasília: ABPESS; São Paulo: Cortez, 2006. p. 88-110.

BRAVO, M.I. de S; ANDREAZZI, M. S. F. & MENEZES, J. S. B. Organizações Sociais na atenção a saúde: um debate desnecessário. In: JORNADA DE INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., 2013, Maranhão. **Anais...** Maranhão: UFMA, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo16-impassesedesafiosdaspoliticasdaseguridadesocial/organizacaoessociaisnaatencaoasaudeumdebateneccessario-umdebateneccessario.pdf>>. Acesso em: nov. 2014.

BRESSER-PEREIRA, L.C. A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Cadernos MARE da Reforma do Estado**, Brasília, v. 1, 1997.

_____. **A Reforma do aparelho do Estado e a Constituição brasileira**. Brasília, jan.1995. (Conferência ministrada nos seminários sobre a reforma constitucional, realizados com os partidos políticos).

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

CONLUTAS, Central Sindical e Popular. Notícias 2013. Disponível em: <<http://cspconlutas.org.br/>>. Acesso em: set. 2014.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, M. I. *et.al.* **Política de Saúde na atual conjuntura**. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008, p. 36-39. [Disponível também em: <<http://www.adufrj.org.br/observatorio/wp-content/uploads/2009/08/pol%C3%ADtica-de-sa%C3%BAde-na-atual-conjuntura.pdf>>]

HARVEY, D. **A Condição Pós-moderna**. . São Paulo: Loyola, 2011.

HOSBSBAWM, E. **Era dos Extremos**. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.

JUNQUEIRA, V. Organizações sociais e as fundações estatais de direito privado - duas faces da contra-reforma de estado na saúde. **Temporalis**, Brasília, v. 7, n. 13, p.67-90, jan./jun. 2007.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MOTA, Ana Elisabete. **Cultura da crise e Seguridade Social**: um estudo sobre tendências da Previdência Social e da Assistência Social brasileira nos anos 80 e 90. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SOARES, L.T. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.