

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Marcelo Augusto do Nascimento Muniz

**Saúde, Organizações Sociais e Trabalho:
Os limites do “novo” modelo de gestão da saúde no Rio de Janeiro**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Marcio Eduardo Brotto

Rio de Janeiro
Agosto de 2016



Marcelo Augusto do Nascimento Muniz

Saúde, Organizações Sociais e Trabalho:

Os limites do “novo” modelo de gestão da saúde no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Marcio Eduardo Brotto

Orientador

Departamento de Serviço Social – PUC-Rio

Profa. Inez Terezinha Stampa

PUC-Rio

Prof. Marcelo Luciano Vieira

PUC-Rio

Profa. Mônica de Castro Maia Senna

UFF

Profa. Monica Herz

Vice-Decana de Pós-Graduação do

Centro de Ciências Sociais

Rio de Janeiro, 24 de agosto de 2016

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e do orientador.

Marcelo Augusto do Nascimento Muniz

Graduou-se em Serviço Social na UERJ em março de 2004. Especializou-se em Psicopedagogia Clínica e Institucional pelas Faculdades Integradas Simonsen em 2012. Atualmente, trabalha como Assistente Social do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, estando cedido para Secretaria de Estado de Saúde.

Ficha Catalográfica

Muniz, Marcelo Augusto do Nascimento

Saúde, organizações sociais e trabalho: os limites do “novo” modelo de gestão da saúde no Rio de Janeiro / Marcelo Augusto do Nascimento Muniz; orientador: Marcio Eduardo Brotto. – 2016.

106 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)—Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Serviço social – Teses. 2. Saúde. 3. Organizações sociais. 4. Trabalho. I. Muniz, Marcelo Augusto do Nascimento. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

Dedico esta obra para aquela que me deu a vida,
ensinando-me o caminho da honestidade e a
importância do amor em todas as nossas ações e em
todos os lugares por onde nos aventurarmos. À
minha mãe Lídia (*in memoriam*), que sempre
acreditou em meu potencial e me incentivou, sendo
o alicerce de minha caminhada, toda a minha
gratidão, meu respeito e minhas saudades.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de exaltar e enaltecer a presença de Deus na minha vida. Ao autor da vida, símbolo de amor e sacrifício, que sempre guiou e protegeu cada passo dado, minha eterna gratidão.

Aos meus pais Luiz e Lúcia, que sempre me mostraram a importância de aprender para crescer, dando-me a liberdade necessária para trilhar por caminhos que eles não tiveram a oportunidade de explorar, o meu mais sincero sentimento de agradecimento.

Ao meu irmão Márcio, exemplo de homem, inteligente e íntegro, cuja simples existência me motiva e inspira minha caminhada.

A todos os meus familiares, em especial minhas comadres Luciane e Aparecida, que sempre têm uma palavra acolhedora e fraterna, dedico esta importante conquista.

Aos meus afilhados que tanto amo, deixo-lhes a dedicação e a superação como exemplo, na certeza de ter cumprido meu papel.

À PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Ao Departamento de Serviço Social, todos os professores e funcionários, que contribuíram diretamente para que este desafio fosse real e alcançável, minha singela homenagem. Um agradecimento especial à professora Inez Stampa, que

tive o privilégio de conhecer nesta jornada, nutrindo uma grande admiração por sua inteligência e leveza em suas atitudes.

Ao meu orientador Marcio Broto, que é incansável, dedicado, acessível, incentivador, comprometido e excelente profissional, uma dedicatória especial. E a todos os professores que formaram a banca examinadora desta dissertação, contribuindo de maneira singular para todas as reflexões propostas, meu afeto sincero.

A todos os meus colegas de turma, em especial aos companheiros Adilso e Fernanda, com quem troquei grandes experiências e ótimos conhecimentos.

A todas as minhas companheiras de trabalho, seja no Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro ou do Hospital Estadual Albert Schweitzer, com quem tive o privilégio de dialogar e aprender, experimentando, na prática, as contradições impostas pela ordem capitalista.

Agradeço aos profissionais com quem tive a oportunidade de dialogar e que dedicaram parte de seu conturbado tempo para contribuir para a minha pesquisa.

Por fim, meu agradecimento maior, para aqueles que são a razão da minha existência, meus companheiros de todas as horas, a quem dedico minha vida e por quem procuro ser e fazer meu melhor. A eles, que sofreram com minhas ausências e sem entender bem a importância desse momento para mim, incentivaram-me e contribuíram decisivamente para que esta conquista acontecesse.

A minha cadela Safira, companheira de todos os momentos, meu esposo Douglas, meu primeiro e único amor, e minha filha Ana Beatriz, meu tesouro maior e presente de Deus, dedico não apenas esta dissertação, mas tudo o que tenho e sou, por toda a minha vida.

A todos, ofereço algo muito maior do que um simples obrigado. Muito obrigado por me fazer um homem mais forte e feliz, capaz de conquistar novas vitórias, sem perder o amor e a humildade no olhar e na alma.

Resumo

Muniz, Marcelo Augusto do Nascimento; Brotto, Marcio Eduardo (Orientador). **Saúde, Organizações Sociais e trabalho: os limites do “novo” modelo de gestão da saúde no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2016. 106p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente estudo, *Saúde, Organizações Sociais e Trabalho*, apresenta reflexões que apontam para uma perspectiva de desconstrução do modelo de atendimento à saúde enquanto sistema único, além da consolidação de um “novo” modelo de gestão das políticas públicas, que altera as relações de trabalho e, conseqüentemente, a correlação de forças sociais, que interfere na construção da política de saúde. A discussão sobre a política de saúde tem se conformado como uma das questões mais tratadas no âmbito da questão social no Brasil. Neste contexto, a saúde está atrelada às configurações das relações sociais na sociedade, sendo parte e expressão da estrutura macrossocietária e suas transformações históricas. No Estado do Rio de Janeiro, o loteamento das urgências e emergências hospitalares, em sua maioria, sob gestão das Organizações Sociais, revela a lógica de subordinação da saúde às relações sociais estabelecidas pelo capitalismo, suscitando contradições entre público e privado, que colocam em xeque a linguagem pública inerente aos direitos sociais e trabalhistas, em nome dos ideais mercantilistas. Nosso objetivo, portanto, consiste em contribuir para a compreensão dos determinantes da política de saúde na atualidade e a conformação dos modelos de gestão privada na administração dos serviços públicos, e conseqüentemente, seus rebatimentos sobre os profissionais de saúde, em um contexto de profunda precarização e exploração da classe trabalhadora.

Palavras Chave

Saúde; Organizações Sociais; Trabalho.

Abstract

Muniz, Marcelo Augusto do Nascimento; Brotto, Marcio Eduardo (Advisor). **Health, social organizations and work: the limits of the "new" health management model in Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2016. 106p. MSc. Dissertation - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This study presents, Health, Social Organizations and Work, reflections pointing to a deconstruction perspective of the health care model as a single system, and the consolidation of a "new" management model, amending labor relations and consequently the balance of social forces that interfere in the construction of health policy. The discussion on health policy has resigned as one of the most discussed issues in the social question in Brazil. In this context, health is linked to the settings of social relations in society, being part and expression of corporate macro structure and your historical transformations. In the state of Rio de Janeiro, the allotment emergency room and hospital emergencies, mostly under the management of social organizations, reveals the health subordination of logic to the social relations of capitalism, raising contradictions between public and private, posing in check public language inherent to social rights on behalf of mercantilist ideals. Our aim therefore is to contribute to the understanding of the determinants of health policy at the present time and the conformation of private management models in the management of public services, and consequently, its repercussions on health professionals in a context of deep insecurity and exploitation of the working class.

Keywords

Health; Social Organization; Work.

Sumário

1. Introdução	13
2 – Proteção social e saúde: desafios contemporâneos	21
2.1 - A saúde pública na perspectiva da seguridade social: um ensaio sócio-histórico	21
2.2 - Saúde e organizações sociais: o “novo” modelo da gestão da saúde no Brasil	25
2.3 - A conformação da Saúde no Rio de Janeiro e os imperativos do capital	33
3 – Trabalho na saúde: “velhos” conceitos e novas reflexões	42
3.1- O trabalho como categoria analítica central	42
3.2- O trabalho coletivo na saúde: temas e questões.....	47
3.3- Trabalho e organizações sociais: novos desafios	52
4 – Saúde, trabalho e organizações sociais no contexto neoliberal	57
4.1- Saúde e trabalho: limites da gestão das organizações sociais no Rio de Janeiro	57
4.2- O loteamento da saúde no Rio de Janeiro: limites para a atuação profissional	63
4.3- As metamorfoses do mundo do trabalho na contemporaneidade: caminhos possíveis	83
5. Considerações finais	89
6. Referências bibliográficas	98
7. Anexos	102

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Caracterização dos profissionais, por idade	68
Gráfico 2 – Caracterização dos profissionais, por tempo de formação profissional	68
Gráfico 3 – Caracterização dos profissionais, por número de vínculos profissionais	70
Gráfico 4 – Exercício profissional, por alterações promovidas pelas organizações sociais	72
Gráfico 5 – Exercício profissional, por quadro de profissionais com demonstrativo de enxugamento do número de trabalhadores	73
Gráfico 6 – Relação gestor x trabalhador: como as organizações sociais definem o profissional de saúde	74
Gráfico 7 – Relação gestor x trabalhador: como o profissional de saúde se define	75
Gráfico 8 – Relação gestor x trabalhador: espaços coletivos para a construção de fluxos e protocolos nas UPAs	76
Gráfico 9 – Relação gestor x trabalhador: receio dos profissionais de fazer críticas aos fluxos e protocolos estabelecidos	76
Gráfico 10 – Relação gestor x trabalhador: espaços coletivos para discussões de caso	77

Gráfico 11 – Relação gestor x trabalhador: quadro demonstrativo com relatos de assédio moral	78
Gráfico 12 – Espaços Institucionais: avaliação das estruturas físicas das UPAs	79
Gráfico 13 – Assistência ao paciente: agravos à saúde do paciente	80
Gráfico 14 – Assistência ao paciente: avaliação da qualidade da assistência prestada	80

Sem sombra de dúvida, a vontade do capitalista consiste em encher os bolsos, o mais que possa. E o que temos a fazer não é divagar acerca da sua vontade, mas investigar o seu poder, os limites desse poder e o caráter desses limites.

Karl Marx

1.

Introdução

A participação de entes privados na constituição de serviços e políticas públicas não representa um debate exclusivamente contemporâneo. Ao contrário, a relação público e privado é histórica e contraditória, sendo palco de intensas lutas e disputas entre as classes sociais antagônicas. Na saúde, o caráter contributivo sempre esteve presente na consolidação da política nacional, conferindo traços marcantes e hiatos profundos entre a saúde pública e as demais formas de organização dos serviços de saúde, como ocorreu, por exemplo, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)¹. A relação público-privado na saúde não é, portanto, um fenômeno recente, já que consolidou historicamente um padrão de ofertas de serviços de saúde extremamente diversificado, combinando a atividade pública estatal, organizações religiosas de caridade, rede de filantropia e grupos de autoajuda, empresas com fins lucrativos e práticas liberais. Neste sentido, o debate sobre o público e o privado na atenção à saúde na atualidade congrega características históricas a traços de modernidade, tendo as Organizações Sociais (1998) e as Fundações Estatais de Direito Privado (2007) como expoentes do “novo” modo de pensar a gestão da saúde no país.

As Organizações Sociais, objeto de estudo desta pesquisa, surgem no país ao longo dos anos de 1990 no contexto da Reforma do Estado, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, sendo formalmente constituídas pela Medida Provisória nº 1.591/1997, ganhando contornos legais em 1998, por intermédio da Lei nº 9.637, que dispôs sobre a qualificação de entidades privadas como Organizações Sociais. O modelo de gestão pública, por intermédio das Organizações Sociais, representaria, no processo de Reforma do Estado, a possibilidade de constituição de um Estado gerencial e enxuto, que delega a outras entidades suas funções produtivas e de prestação de serviços.

¹ As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e os empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral. (BRAVO, 2009, p. 90)

Nesta conjuntura, o escopo do projeto publicizado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), apresentou um “novo” modelo de administração pública, baseado no estabelecimento de alianças e articulações entre o Estado e a sociedade, de modo a atenuar as denominadas disfunções operacionais, assim como, distorções crescentes, oriundas da denominada burocracia estatal.

O discurso, do então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, estava atrelado ao argumento que apontava para um Estado falido, que já não seria capaz de atender com eficiência as demandas a ele dirigidas. Trata-se de um marco institucional, cuja expectativa consiste no aprimoramento da gestão pública estatal e não-estatal, no bojo de um contexto de crise fiscal, onde é apontado o esgotamento das estratégias estatizantes de intervenção do Estado. Essas questões, associadas à crise do Estado de Bem-Estar nos países desenvolvidos, representariam a necessidade de redefinição do papel do Estado e sua capacidade de implementar, de forma eficiente, políticas públicas em conjunto com a sociedade. A ineficiência e ineficácia do aparelho estatal, atrelado ao questionamento dos padrões de proteção social dos países desenvolvidos, justificariam, portanto, a necessidade de participação das Organizações Sociais, assim como, outros modelos de gestão privada, nas políticas públicas como um todo. Deste modo, o chamado Terceiro Setor, segundo o MARE, passaria a ser responsável por intervir de forma cada vez mais ativa e efetiva na produção e administração de bens públicos.

A proposta se constituiria, portanto, em repassar para a administração do sistema privado a gestão de equipamentos e serviços de saúde, de modo que o Estado deixaria, progressivamente, o papel de executor ou prestador direto de serviços, para assumir a função de regulador e, principalmente, financiador, nesta nova conjuntura. Assim, o Estado estaria desobrigado a garantir e efetivar, diretamente, o direito fundamental à saúde, no que se refere à prestação da assistência integral, administração de recursos e funcionamento da rede de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo de gestão proposto pelas Organizações Sociais na saúde e legitimado pelo poder público, traz novamente ao cenário político a lógica privatizante do capitalismo, fortalecendo os imperativos do capital no interior da política de saúde, como parte das reformas econômicas orientadas pelo e para o mercado.

Entre as principais considerações sobre o modelo de administração das

Organizações Sociais na saúde, destacamos as observações de autores como BRAVO (2011) e análises preliminares, que apontam a desconstrução do modelo de atendimento na saúde como um sistema integrado de apoio e continuidade da atenção, caracterizado pelo loteamento² de suas unidades e a ruptura da proposta de rede de serviços organizada e hierarquizada. Neste modelo, também chama atenção a ausência de mecanismos de controle social, com base legal, efetivos e socialmente legitimados, contrariando as prerrogativas apontadas pelo SUS, com o esvaziamento do debate político, que propõe a substituição de fóruns legítimos de deliberação por “rodas de conversa”. Evidenciam-se traços cada vez mais nítidos de cerceamento da participação social, com limites e rebatimentos sobre o desenvolvimento da consciência de classe. De modo geral, observa-se o contrassenso entre o público e o privado, mesmo diante da denominada propriedade pública não-estatal, defendida nos documentos do MARE, marcando, neste sentido, o predomínio da lógica mercantil em detrimento das reais necessidades de saúde da população, concebida nesta conjuntura como cidadão-cliente, na medida em que a saúde passa a ser compreendida como produto ou bem essencial de consumo.

No que se refere especificamente à política de recursos humanos, proposta neste cenário, destaca-se a perspectiva de extinção do quadro funcional de estatutários em detrimento da contratação de pessoal a partir das condições impostas pelo mercado. Assim, as Organizações Sociais tenderiam a assimilar as características da gestão de pessoas, próximas ou iguais às praticadas historicamente pelo setor privado. Há uma tendência evidente e inequívoca de flexibilização das relações de trabalho, gerando uma crescente instabilidade funcional para o trabalhador da saúde, o que interfere diretamente na qualidade dos serviços oferecidos, fragilizando os espaços de negociação e lutas políticas da classe trabalhadora. O movimento de terceirização e quarteirização do trabalho, assim como, os elevados índices de rotatividade de funcionários, definidos como colaboradores, são apenas algumas, entre tantas questões que pretendemos desvelar mais adiante.

Esta conjuntura revela que o silencioso e desafiador avanço da gestão das Organizações Sociais sobre os serviços de saúde no Rio de Janeiro

²

Refere-se a expressão utilizada nos editais públicos de seleção de Organizações Sociais, vinculados à Secretaria de Estado de Saúde, para definir o grupo de Unidades de Pronto Atendimento a ser administrado pela Organização Social aprovada ao longo do processo seletivo.

representa um complexo processo de reordenamento da saúde, que atravessa e interfere diretamente sobre as relações sociais como um todo, com rebatimentos sobre a construção e consolidação da política de saúde. A compreensão desta realidade e os rebatimentos sobre as relações de trabalho, em um cenário de predomínio absoluto da gestão das Organizações Sociais representa o enigma a ser decifrado, despertando o interesse investigativo em torno do desvelamento da precarização do trabalho no interior da política de saúde na atualidade. Não estamos nos referindo a situações pontuais de privatização de determinados setores ou serviços, mas diante da reestruturação de toda uma rede estadual de saúde de urgência e emergência hospitalar, o que demonstra a originalidade e pertinência das reflexões atreladas à organização da política de saúde neste contexto. Sua atualidade nos impõe desafios e indagações, cujas respostas precisam ser devidamente analisadas para que possamos oferecer elementos concretos, capazes de criar parâmetros para a análise de seus rebatimentos sobre os direitos sociais de cidadania. Sua trajetória recente esconde velhas discussões e antigas mazelas que assolaram a política de saúde em vários momentos históricos do país.

Um olhar crítico e reflexivo sobre este universo representa um conjunto infinito de possibilidades de investigação, que uma pesquisa não é capaz de esgotar. Neste sentido, o trabalho e todas as relações estabelecidas em seu interior, serão utilizados como categoria analítica facilitadora para a compreensão e desvendamento desta realidade social. Trabalho, aqui compreendido, tal como apontam os estudos de Marx e Engels em *A ideologia alemã* (1987), como atividade fundamental, onde o homem se desenvolve e funda as condições de sua existência material e espiritual. O trabalho e suas históricas e contraditórias relações, aqui também identificado como expressão maior da questão social, em um contexto de crise estrutural do capitalismo contemporâneo, que forja uma conjuntura onde convivem velhos e novos padrões de gestão da força de trabalho, refletindo sobre a construção de uma nova sociabilidade do sujeito realizador efetivo do trabalho.

Entendemos, portanto, o trabalho como categoria analítica central ainda nos dias atuais e, inclusive, no interior do conflituoso processo de formação e construção das relações sociais estabelecidas no contexto da saúde. Trabalho coletivo, permeado por tensões e características próprias, no interior da sociedade capitalista, que a partir dos anos de 1970 experimenta diferentes

formas de relação e gestão do trabalho, com o surgimento de trabalhadores terceirizados, subcontratados, sem contratos e com exercício temporário. Em outras palavras, compreendemos que o trabalho e as luzes que se refletem a partir dele como um prisma, constitui o elemento central, capaz de suscitar reflexões e análises, que iluminaram a obscura perspectiva de gestão das Organizações Sociais, revelando seus limites sobre as relações sociais, com severos impactos sobre a política pública de saúde como um todo e conseqüentemente, sobre a saúde enquanto direito de cidadania, de caráter universal e igualitário.

Nesta perspectiva, diante deste contexto nebuloso e de inúmeras contradições e elementos ainda pouco explorados pela literatura do Serviço Social, a presente dissertação representa um esforço crítico e reflexivo de organização dos recursos teóricos disponíveis e dados da realidade, de modo a provocar indagações e análises sobre a temática que nos propomos a investigar. Estamos nos referindo a um cenário que ganhou forma a nossa frente e, progressivamente, se conformou de modo inquietante, ao longo de nossa experiência profissional, seja durante a participação na gestão das unidades de saúde vinculadas à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, ou ainda, ao longo de nossa trajetória profissional na saúde, como estatutário e contrato por uma organização social, nas Unidades de Pronto Atendimento ou hospitais gerais. O intuito consiste, portanto, em suscitar o desenvolvimento do pensamento analítico e criativo, por intermédio da articulação e do debate entre os diversos autores e pesquisadores do objeto de estudo proposto, construindo um conjunto de ideias que pretendem trazer à cena análises autênticas sobre a realidade social, suas tensões e contradições, assim como, suas perspectivas e possibilidades, no interior do processo de construção da rede de proteção social na saúde. O objetivo é compreender a lógica de organização da saúde pública sob gestão do Terceiro Setor e seus rebatimentos sobre as relações de trabalho tecidas nesta conjuntura.

A proposta é contribuir para a construção do pensamento crítico sobre a consolidação da saúde na atualidade, a partir da interlocução direta com os protagonistas desse processo: os trabalhadores da saúde. Percurso exploratório facilitado por nossa inserção profissional e articulação no âmbito da gestão central dos serviços e equipamentos de saúde onde se estabelecem as relações profissionais citadas, ou seja, na Subsecretaria de Serviços de Saúde e, mais

especificamente, na Superintendência de Unidades Pré-Hospitalares. O processo investigativo, que neste exato ponto está apenas concluindo uma etapa desta longa e inacabada jornada reflexiva, representa o resultado de uma pesquisa preliminar junto aos trabalhadores das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24 h), vinculadas à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, localizadas territorialmente no âmbito do município e sob administração de quatro diferentes Organizações Sociais: Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, Instituto Data Rio, Instituto dos Lagos Rio e Viva Rio.

Foram realizadas entrevistas com assistentes sociais, enfermeiros e médicos, que compõem a chamada espinha dorsal das Unidades de Pronto Atendimento, totalizando doze entrevistas semiestruturadas, aplicadas aos diferentes profissionais de todas as Organizações Sociais apontadas anteriormente. Suas contribuições e relatos verbais, associados ao estudo bibliográfico e recortes da realidade, a partir da análise documental - contratos de gestão, estatísticas oficiais, artigos de jornais, fundamentalmente – foram preponderantes para a construção da releitura da política de saúde e sua organização na cidade do Rio de Janeiro, assim como, sobre as relações sociais estabelecidas no âmbito do trabalho.

A congruência desses fatores formaram o escopo desta dissertação, que tem a pretensão de oferecer uma nova leitura sobre a saúde pública, no contexto privatizante sob domínio do capital internacional e suas prerrogativas mercantilizantes. Não se trata apenas de uma leitura conjuntural ou uma simples análise da organização da política de saúde no Brasil. O objetivo consiste em possibilitar uma releitura da realidade sob um novo ângulo e a partir das perspectivas e da ótica dos trabalhadores da saúde, que enxergam os mecanismos e engrenagens do capital por dentro de suas próprias estruturas. A expectativa consiste, portanto, suscitar uma nova forma de ver e compreender a saúde e suas estruturas organizativas, bem como seus instrumentos de dominação e exploração sobre a classe trabalhadora, no contexto das Organizações Sociais, enquanto modelo hegemônico de gestão e administração da política pública de saúde no Rio de Janeiro.

A dissertação está estruturada em três capítulos, que pretendem oferecer subsídios teóricos e dados da realidade, necessários para a compreensão do terreno arenoso sobre o qual a política de saúde tem sido construída na atualidade e, fundamentalmente, os mecanismos de dominação e exploração da

classe trabalhadora. A expectativa é construir um caminho dialético que possibilite a compreensão desta conjuntura contraditória e repleta de singularidades. No primeiro capítulo, oferecemos ao leitor uma revisão sócio-histórica da constituição da política de saúde no Brasil, revisando sua trajetória no contexto da Seguridade Social. A perspectiva é consolidar elementos teóricos suficientes para a compreensão da conformação da política de saúde nos últimos anos, como proposta dos últimos períodos presidenciais e programas de governo, com destaque para a Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estabelece os fundamentos para organização e consolidação de serviços de saúde como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs – 24h). Neste capítulo, evidencia-se a conformação do projeto privatizante proposto pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, que consolida e publiciza as Organizações Sociais como modelo de gestão e administração pública não-estatal das denominadas atividades não exclusivas do Estado, entre as quais está a saúde pública. Este capítulo nos oferece, ainda, a possibilidade de identificar o modo como esses elementos se consolidaram no Rio de Janeiro, no bojo de um processo silencioso e imponente, que rapidamente se alastrou e, atualmente, predomina hegemonicamente sobre os serviços de saúde do Estado.

O segundo capítulo foi estruturado modo a contribuir para a compreensão do trabalho como categoria analítica central e sua importância para o entendimento dos instrumentos exploratórios do capital e da própria sociedade capitalista. O percurso teórico suscita reflexões em torno do movimento societário, definidos pela lógica do capitalismo e os rumos recentes impostos pela hegemonia neoliberal e do capital financeiro internacional. O trabalho, portanto, é concebido como mola mestra e fonte inesgotável de exploração capitalista. Seus mecanismos de dominação e extração de riqueza e valor também são identificados no âmbito das políticas públicas, como é o caso da saúde. Assim, destacamos neste capítulo os traços, características e particularidades da constituição do trabalho coletivo na saúde. Para, enfim, subsidiar o debate sobre o trabalho e suas relações no contexto definido pelas Organizações Sociais, seus limites, desafios e contradições.

O terceiro e último capítulo nos reserva a possibilidade de articular os elementos teóricos trabalhados anteriormente aos dados da realidade, com os quais nos defrontamos durante a pesquisa. Deste modo, passamos a refletir

sobre saúde, trabalho e Organizações Sociais no contexto do neoliberalismo. São destacados os limites da gestão das Organizações Sociais no Rio de Janeiro, com ênfase aos escândalos de corrupção e fragilidades da proposta de administração em curso, evidenciados pela pesquisa e análise documental. Este capítulo apresenta o resultado da pesquisa realizada junto aos trabalhadores da saúde e as análises que apontam os limites e contradições do loteamento da saúde promovido pelo modelo de gestão das Organizações Sociais no Rio de Janeiro. A proposta é mostrar as consequências profundas da administração privada da política de saúde sobre o conjunto de trabalhadores, cada vez mais precarizados e expropriados em relação ao fruto do seu trabalho. Contrariando a perspectiva fatalista defendida pelo ideal capitalista, encerramos momentaneamente nossas contribuições, mostrando as formas de resistência e luta diante desta conjuntura contraditória desenhada pelo neoliberalismo, com destaque para as atividades da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e os caminhos possíveis para o reestabelecimento de uma política de saúde universal, assim como, uma sociedade mais justa e sem exploração de qualquer natureza.

Este representa apenas um trecho de uma longa caminhada, difícil, porém, reveladora, que suscita novos conhecimentos, apresentando novos horizontes e alternativas, capazes de compreender e resistir diante de uma realidade que insiste em se afirmar como única e inevitável. Estamos nos referindo, tão somente, a uma obra inacabada – pois o conhecimento nunca se encerra -, a ser submetida e avaliada pela banca examinadora de mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Sua gênese e desenvolvimento foram germinadas no cerne da área de concentração Serviço Social, Questão Social e Direitos Sociais, cuja linha de pesquisa norteadora da perspectiva analítica está atrelada ao eixo: Trabalho, Políticas Sociais e Sujeitos Coletivos. Trata-se, tão somente, de um exercício reflexivo inicial, que teve a pretensão de trilhar horizontes ainda pouco conhecidos, navegando por águas turvas e profundas, simplesmente com o intuito de comprovar a relevância do tema, sua aplicabilidade na sociedade e, principalmente, sua importância para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

2. Proteção social e saúde: desafios contemporâneos

2.1.

A saúde pública na perspectiva da seguridade social: um ensaio sócio-histórico

Para a construção de uma abordagem teórica atrelada a uma perspectiva crítica, criativa e desveladora sobre a saúde enquanto política pública no Brasil é necessário iniciar o processo de reflexão a partir da constituição do sistema de proteção social no país. Este trabalho consiste, portanto, em subsidiar o debate sobre a política de saúde brasileira, descortinando a conjuntura da qual é parte integrante, assim como, decifrando os elementos que se colocam como pano de fundo e atravessam sua estrutura, em um processo dinâmico de profundas transformações sociais e históricas. Compreender este contraditório processo de transformação que atravessa a saúde pública brasileira, nos remete a uma releitura histórica sobre o tema, em busca por respostas e soluções possíveis. Assim, concebemos o dinâmico processo de transformação da saúde e suas consequentes fragilidades e contradições, como expressões e objetivações da questão social, que definem e explicam as determinações prioritárias do capital sobre o trabalho, imprimindo uma lógica peculiar de organização da sociedade e dos sistemas de proteção social.

Os sistemas de proteção social são, portanto, compreendidos e estruturados a partir de um conjunto de transformações de ordem política, econômica e social, que ocorrem em determinada conjuntura histórica, interferindo e sendo influenciada diretamente pelo resultado da correlação de forças e pela contradição existente entre os ideais de liberdade e igualdade que, por sua vez, determinaram a conformação da antinomia ou controvérsia entre políticas de proteção social de caráter universal versus as políticas sociais de cunho focalizado. Neste sentido, é necessário compreender que as reflexões em torno das configurações da política de saúde no cenário nacional sempre se conformaram historicamente como uma das questões mais discutidas no âmbito da questão social no Brasil, na medida em que representam um dos pilares para a consolidação da cidadania e da democracia, sendo, portanto, permeadas por

tensões políticas e interesses de classes antagônicas.

Trata-se de uma contradição da sociedade capitalista, cujas mediações econômicas e políticas imprimem um movimento dinâmico e dialético: se do ponto de vista lógico, atender às necessidades do trabalho é negar as necessidades do capital, do ponto de vista histórico, a seguridade social é por definição esfera de disputas e negociações na ordem burguesa.

(MOTA, 2009, p. 40)

As políticas de proteção social e políticas de seguridade são, por definição, resultantes de um processo histórico de lutas e correspondem a um conjunto de ações que se constituem em iniciativas assistenciais e atendimento às necessidades dos sujeitos sociais, historicamente impossibilitados de prover seu sustento por intermédio do trabalho, principalmente nos denominados contextos de riscos do trabalho, resultantes de conjunturas de adoecimentos, acidentes, invalidez e desemprego. Trata-se de expressões contraditórias da realidade, ou ainda, espaço dialético de projetos societários, interesses e racionalidades distintas em permanente processo de disputa, tensionamento e luta de classes. Tais políticas de proteção social, que se ampliam a partir do segundo pós-guerra, no chamado período de ouro do Estado de Bem-Estar Social, correspondem a novas estratégias de relacionamento entre o Estado, a sociedade e o mercado, tendo o trabalho e todas as suas relações, como elemento central e estruturante no bojo da sociedade capitalista. Estamos nos referindo a um conjunto de transformações inerentes ao modelo econômico keynesiano, que se caracterizou pela proposta de crescimento autossustentado, custos reduzidos, altas taxas de lucro para o capital, política do pleno emprego e construção de um sistema de seguridade social abrangente e includente.

No Brasil, os reflexos da crise estrutural do capital mundial, a partir dos anos de 1970, e o tensionamento do regime autocrático, permitiu a consolidação de uma nova racionalidade política, cuja proposta superasse o fragmentado modelo de política social no país. O movimento sanitário, compreendido como um amplo movimento contra-hegemônico à racionalidade não apenas da política de saúde, mas do Estado brasileiro como um todo e do próprio modelo de desenvolvimento capitalista, integra o conjunto de movimentos sociais, que se expandem neste período, em um amplo processo de luta pelo direito universal de saúde pública e democratização do Estado brasileiro.

Podemos afirmar, portanto, que a partir dos anos de 1980, observamos uma conjuntura permeada por ações efetivas, onde a sociedade brasileira

ensaia os primeiros passos para a institucionalização e constitucionalização de mecanismos de proteção social, atrelados ao exercício da cidadania, da democracia e dos direitos sociais, políticos e trabalhistas. Nem mesmo os traços e características excludentes do mercado, que se acentuam no período imediatamente posterior a Constituição de 1988, foi suficiente para negar, à classe trabalhadora do país, as conquistas inerentes à carta constitucional, fortalecendo a esfera dos direitos sociais, ampliando o acesso a serviços públicos, alargando a oferta de serviços, tanto no âmbito da saúde como na assistência social. Não estamos nos referindo a um caminho linear e sem contradições e obstáculos, mas às conquistas legais, que representaram, principalmente, no plano legal, ganhos significativos à população do país, no âmbito das políticas de proteção social.

Embora tenham trilhado trajetórias históricas distintas, a saúde, a previdência e a assistência social, precisam ser observadas e compreendidas enquanto elementos intrínsecos da política de proteção social que, na letra da lei, deveria se configurar como um conjunto integrado de ações, destinadas a assegurar direitos relativos à Seguridade Social, conforme aponta o artigo 194 da Constituição Federal de 1988. As políticas que compõem a Seguridade Social são políticas distintas em sua formação e consolidação, mas foram construídas e fundamentadas no interior de uma sociedade influenciada ideologicamente pelas estratégias de mundialização e financeirização do capital que, conseqüentemente, definem traços e características comuns às três bases da seguridade. Nesta perspectiva, observamos a conformação da política de proteção social orquestrada no interior de uma conjuntura política, econômica e social contraditória, fortemente marcada por projetos societários antagônicos. A seguridade social, dotada pelos objetivos de universalização da cobertura e de atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços, caráter democrático e descentralização da administração, passa a se confrontar com uma direção privatizadora e focalizadora das políticas de proteção social, retração dos investimentos públicos e a subordinação das políticas sociais às políticas de ajuste econômico, determinada pela ofensiva de cunho neoliberal.

Portanto, se tais serviços, de um lado, favorecem os trabalhadores, como resultante de suas próprias conquistas no sentido de suprir necessidades básicas de sobrevivência nessa sociedade, por outro lado, sua implementação, ao ser mediatizada e gerida pela classe capitalista, passa a se constituir em um dos instrumentos políticos de reforço de seu poder, face ao conjunto da sociedade.

(CARVALHO e IAMAMOTO, 2007, p. 93)

Neste sentido, observamos que os modelos de proteção social e todas as conquistas sociais inerentes a eles, vêm sendo colocados em xeque pelo ideário capitalista contemporâneo, suscitando e aprofundando tensões, antinomias e contradições, presentes ao longo da história do país, como forma de expressão e construções do próprio capitalismo. Trata-se, portanto, da dicotomia entre a igualdade prevista na ordem legal e universo público da cidadania e os imperativos de eficácia da economia e a lógica devastadora do mercado, que permeou o processo de construção, desconstrução e reconstrução das políticas públicas que formam o tripé da Seguridade Social no Brasil, dadas as suas particularidades.

A corrente mais nítida e antiga é a mais óbvia. Fundamenta-se no suposto de que a política social como via de efetivação de direitos substantivos e universais não logra conciliar liberdade e igualdade porque obsta a liberdade, reduz o espaço de livre-arbítrio, produzindo uma falsa (ou ameaçadora) igualdade. A política social, portanto, deve ser concebida como alívio ou como compensação pelos prejuízos que a desigualdade, inevitavelmente, causa a alguns. Ou seja, estritamente focalizada – saúde pública para os pobres, educação gratuita para quem precisa, medidas assistenciais com alvos delimitados, enfim.

(VIANNA, 2005, p. 127).

Em linhas gerais, podemos afirmar que os imperativos do neoliberalismo desenham contornos próprios aos sistemas de proteção social, consolidando uma perspectiva coercitiva e fatalista, que determinam critérios de elegibilidade e padrões mínimos de atendimento às demandas sociais, a partir da compreensão que subjugam a sociedade a lógica internacional de mercado quase inescapável, que ajusta e regula a política de proteção social em escala global. O mercado, então, passa a ser identificado como o único e exclusivo estruturador da sociedade e de suas políticas, obscurecendo horizontes de possibilidades outras e, assim, impondo barreiras quase intransponíveis aos princípios de responsabilidade pública e social do Estado frente aos direitos sociais até aqui conquistados. O intuito da “nova” ordem societária é despolitizar a questão social, promovendo processos alienantes de precarização, mercantilização e subordinação do público ao privado. A perspectiva é transformar a política de saúde em uma mercadoria disponível no mercado dos planos privados, a previdência em uma modalidade dos seguros sociais e a assistência social como política focal e estruturadora, transformando o cidadão, até aqui dotado de

direitos sociais, em mero consumidor, ou ainda, colocando-o abaixo da linha da pobreza, onde é identificado como cidadão miserável.

A política de saúde brasileira, por exemplo, revela claramente as antinomias de projetos societários antagônicos em disputa, configurando-se sob as contradições entre público e privado, colocando em questão a linguagem pública inerente aos direitos sociais, na perspectiva de demolição das referências públicas em nome de ideais mercantilistas. Nesta perspectiva, a compreensão do movimento dinâmico de transformação da política de saúde está indubitavelmente atrelada à própria compreensão das relações sociais e suas contradições, presentes no processo de construção e consolidação dos direitos sociais historicamente conquistados no país. A saúde estaria, deste modo, diretamente relacionada às condições de vida e trabalho da sociedade, sendo influenciada diretamente pelas determinações da estrutura social, sob a égide da ditadura do grande capital e todas as suas dimensões econômicas e sociais, que resultou na elaboração de um projeto privatista, atrelado à perspectiva de mercantilização da saúde e das demais políticas sociais. É neste contexto de privatização e mercantilização, apresentado como inevitável e inexorável, que se insere a política de saúde, sobre a qual nos debruçaremos a seguir com mais detalhes.

2.2.

Saúde e Organizações Sociais: o “novo” modelo da gestão da saúde no Brasil

Atrelada ao movimento societário, suas contradições e transformações, a saúde se consolidou historicamente como um campo de construção de conhecimento e práticas sociais de suma importância do ponto de vista das relações políticas, sendo, portanto, prioritária no contexto de elaboração das políticas sociais. Deste modo, podemos compreender que a saúde está intrinsecamente atrelada aos determinantes sócio-históricos e culturais que definem e atravessam as condições de vida e trabalho da sociedade que, por sua vez, é parte e expressão de uma estrutura macrossocietária em escala global. A cada período um lastro histórico, com características peculiares, capazes de influenciar os contextos sociais subsequentes e conceder contornos próprios à política de saúde, produto das relações sociais antagônicas e conflitos

entre classes.

Associado à industrialização e ao surgimento da medicina social em países do eixo central como Alemanha, França e Inglaterra, a assistência à saúde passa, progressivamente, a ser assumida pelo Estado, cuja interferência permanece atrelada ao papel de manutenção da ordem capitalista e mediação das relações entre as classes sociais. Com o desenvolvimento das forças produtivas, o Estado é forçado, paulatinamente, a intervir, na medida em que o proletariado, enquanto classe emergente, apresenta um conjunto de reivindicações importantes. Já neste contexto, pôde-se observar um emaranhado de ações em saúde que se consolidaram de modo distinto, de acordo com a classe social para a qual estava direcionada. Desta maneira, podemos afirmar que a extensão das práticas no âmbito da saúde, neste período, se conformou de forma complexa e dinâmica, a partir dos interesses e da correlação de forças entre as frações de classes sociais existentes, em uma dada conjuntura política, econômica e social.

No Brasil, a intervenção estatal na saúde ocorre, de modo mais significativo, apenas no início do século XX, especialmente no contexto de profundas transformações sociais, com a industrialização como fator fundamental para o crescimento econômico do período. A formação econômica e social que se consolida e se desenvolve, de maneira peculiar e diferente da forma em que se deu nos países centrais, provocou sérios reatamentos sobre as políticas de saúde e assistência social. Evidencia-se a chamada dicotomia da política de saúde que, marcadamente, se dividiria em dois importantes subsetores: a saúde pública e a medicina previdenciária.

A saúde emerge como expressão da questão social, refletindo o avanço da divisão social do trabalho e, conseqüentemente, o crescente processo de reivindicação do movimento operário, no interior da economia capitalista exportadora cafeeira. Neste período, a política de saúde assumia um caráter nacional, conservando até os anos de 1980 uma estrutura dividida entre a saúde pública e a medicina previdenciária, embora tenha conservado características de períodos anteriores de filantropia e prática liberal, o que revela um padrão de oferta de serviços de saúde extremamente diversificado, que sempre combinou ações públicas estatais, intervenções de organizações religiosas de caridade e filantropia de grupos.

A trajetória da saúde entre os anos de 1930 e 1964 conservou uma

unidade básica, com o populismo como ferramenta utilizada na implantação e organização política e sustentação do poder. Embora se observem diferentes subperíodos, este contexto foi marcado pelo desenvolvimento nacionalista, com a crescente intervenção do Estado na economia. O Estado, que especialmente nos anos de 1950, assumiu traços e características que se aproximavam do denominado Estado de Bem-Estar Social, considerando as singularidades e contradições do país. No que se refere especificamente à saúde, o reaparelhamento do Estado suscitou um movimento de expansão da saúde pública, com expansão relativa do atendimento e sofisticação de suas estruturas. Em 1953, é criado o Ministério da Saúde. A proposta de universalização da atenção médica aparece, nesta conjuntura, no bojo das discussões da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963 que, entre outras questões, defendeu a criação de serviços permanentes de saúde pública. No período compreendido entre 1964-1974 o binômio repressão-assistência surge como a face da intervenção do Estado, que objetiva ampliar seu poder de regulação sobre a sociedade, suavizando tensões e legitimando o regime, através de uma política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada. Em meados dos anos de 1970, ainda no interior de um contexto extremamente autoritário, a saúde brasileira apresenta novos sinais de crise, com o sucateamento das instituições públicas de saúde e a baixa qualidade dos serviços prestados, evidenciando um período de profunda crise orgânica do Estado, caracterizada por uma crise de ordem econômica e política como pano de fundo. Concomitantemente, a esfera da saúde demonstra traços de crise em relação ao modelo médico-assistencial privatista, associado a um momento de insatisfação e descontentamento crescente da população, diante de um modelo de assistência à saúde, individualista, descoordenado, justaposto e desorganizado. Estamos nos referindo ao período anterior à criação e consolidação de um sistema único de assistência à saúde, onde prevalecia a prestação de serviços de saúde previdenciários e o atendimento a indigentes em unidades filantrópicas e, em algumas capitais, prontos-socorros municipais e/ou estaduais.

Na conjuntura de crise de legitimação do regime autoritário, caracterizada por alguns autores como distensão política, a ascensão do movimento operário e popular e de outros movimentos e organizações políticas de oposição já mencionadas contribuiu para o fortalecimento da sociedade civil e para a ampliação do processo de negociação dos movimentos com o Estado, na defesa dos direitos mínimos da cidadania.

(BRAVO, 1996, p. 39)

Na década de 1980, observou-se a efervescência e a consolidação de movimentos em prol do processo de democratização do país, que propunha a superação do regime ditatorial do período anterior e a profunda crise econômica atribuída ao governo autoritário. A chamada transição democrática contou com a participação de novos sujeitos sociais, que conduziram a discussão em torno da saúde a uma dimensão política que ultrapassa a perspectiva setorial e técnica até aqui observadas. A consideração dessas questões conduziu a lógica do Movimento da Reforma Sanitária a uma proposta condizente de reformulação do sistema de saúde, pautada nos ideais de democracia, cidadania, igualdade e justiça social. Em linhas gerais, podemos, então, compreender o movimento da Reforma Sanitária como um importante processo histórico, que contribuiu efetivamente para a construção de um novo sistema nacional de saúde, por intermédio da reorganização e redimensionamento do setor, de modo a suscitar os ideais de universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços, atrelado a um modelo assistencial baseado na integralidade e equidade das ações, assim como, na participação popular.

Em outras palavras, significa que a saúde passa a ser compreendida como reflexo de um conjunto de ações desenvolvidas a partir das condições de vida da população usuária, que necessita de promoção e proteção à saúde, rompendo com a lógica dominante baseada no modelo curativista. Desta maneira, a saúde passa a ser concebida como um direito de cidadania, se configurando como um dever do Estado, garantido em diversos instrumentos legais e socialmente legitimados, com destaque para o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal de 1988. Neste contexto, a saúde rompe com os limites tecnicistas que conferiam contornos a sua política e assume uma dimensão política e ideológica, que, por sua vez, está fundamentalmente associada aos movimentos democráticos do período. Observa-se um amplo processo de transformação da saúde, com a mudança do seu arcabouço e suas práticas institucionais, que significou a politização da questão da saúde e o redirecionamento do papel do Estado.

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a

universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços de saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor.

(BRAVO, 2009, p.98-99)

No entanto, é importante destacar que o projeto da Reforma Sanitária se conformou simultaneamente ao avanço da ideologia de cunho neoliberal, possibilitando a coexistência de dois projetos políticos e ideológicos antagônicos. Assim, paralelo aos ideais revolucionários contidos na Reforma Sanitária, observou-se o avanço da ofensiva neoliberal, cujas bases teóricas e ideológicas vão de encontro à perspectiva universalizante contida no processo de reformulação da política de saúde. O projeto de saúde articulado ao mercado, ou privatista, sob orientação do capital internacional, estaria pautado na política do ajuste, com redução dos gastos públicos, racionalização da oferta e descentralização de responsabilidade. O fortalecimento dos ideais privatizantes se consolidou a partir da própria prerrogativa constitucional, que estabelece em seu artigo 199 a assistência à saúde como livre à iniciativa privada. Os limites da Agência Nacional de Saúde na regulação do caráter complementar da participação das instituições privadas e o avanço do complexo médico e industrial da saúde, tornou-se solo frutífero para a consolidação do projeto ideopolítico capitalista neoliberal.

As repercussões da proposta neoliberal no campo das políticas sociais são nítidas, tornando-se cada vez mais focalizadas, mais descentralizadas, mais privatizadas. Presencia-se a desorganização e destruição dos serviços sociais públicos, em consequência do 'enxugamento do Estado' em suas responsabilidades sociais. A preconizada redução do Estado é unidirecional: incide sobre a esfera de prestação de serviços sociais públicos que materializam direitos sociais dos cidadãos, de interesse da coletividade.

(IAMAMOTO, 2001, p. 36)

Esta conjuntura representa o fortalecimento crescente da ofensiva ideológica do capitalismo nas últimas décadas, de modo a possibilitar a consolidação de um amplo processo de Reforma Administrativa do Estado e, conseqüentemente, do setor da saúde, estando estruturada no pilar do "Estado Mínimo" e na lógica da mercantilização. Destaca-se o caráter focalizado da política de saúde defendida pelo projeto privatista, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso, em um contexto de

adensamento do debate em torno no planejamento na esfera pública. Trata-se da materialização da proposta neoliberal sustentada no binômio da privatização e desregulamentação, em contraposição aos avanços políticos e legais do escopo da saúde, a partir da consolidação das propostas germinadas no seio da Reforma Sanitária.

No âmbito da saúde, a Reforma Administrativa, sob a égide dos imperativos neoliberais, encontrou na legislação do SUS o principal obstáculo para a reconstrução da política de saúde na perspectiva de uma ideologia mercantilizadora. Neste sentido, a proposta capitalista de reorganização da política de saúde objetivou a desconstrução dos ideais da Reforma Sanitária dos anos de 1980, quando a saúde é tratada pela primeira vez na história do país como direito universal. A lógica seria vincular a saúde ao mercado e, assim, promover parcerias com a sociedade civil na constituição dos serviços de saúde, em detrimento de uma política estatizante e da administração pública. O Estado deixaria, então, de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social da saúde, transferindo para o setor privado suas funções que, progressivamente perdem o caráter estritamente público. Trata-se da criação de uma esfera pública não-estatal, que obedece às leis do mercado, consolidando o caráter focalizado da saúde, com ampliação da privatização, descentralização dos serviços ao nível local e prioridade da assistência médico-hospitalar em contraposição às ações promoção e proteção à saúde.

O projeto de saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política do Ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

(BRAVO, 2009, p. 101)

O Estado assume, então, novos contornos ao implementar políticas de desregulamentação, privatização e terceirização dos serviços públicos, fortalecendo e consolidando políticas sociais de caráter focalista e transformando tudo em mercadoria, inclusive as políticas de proteção social, entre as quais destacamos a saúde. Neste contexto, os modelos empresariais de administração se consolidam como perspectiva de gestão ideal e coerente para conduzir as políticas públicas, dentro de uma lógica mercantil e tendo o capital como lócus privilegiado. O Plano Diretor da Reforma do Estado, de 1995, no bojo desta

conjuntura, propõe a consolidação de um Estado mais flexível, com ênfase no controle dos resultados dos serviços públicos, considerados não exclusivos do Estado. A perspectiva seria implantar e promover o processo de descentralização e terceirização, sob diferentes possibilidades: Contratos de Gestão, Organizações Sociais (1998), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (1999), Organizações Não-Governamentais, Fundações Estatais de Direito Privado (2007) e, mais recentemente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (2011).

Essas modalidades surgem como um “novo” modelo ou “alternativas” de gestão. A concessão da prestação dos serviços assistenciais é dirigida para os “entes privados”, “públicos não estatais” regidos pelo direito privado. Traz em seu bojo a “parceria público-privado”, na fase complementar da ideologia “desestatizadora” do capital monopolista, agora voltada para os serviços sociais.

(TEIXEIRA, 2013, p. 65-66).

As Organizações Sociais surgem, portanto, no país como um “novo” modelo de gestão pública, revestido por uma faceta “popular”, que estaria em consonância com os princípios do SUS, embora sua proposta seja clara no sentido de defini-las como entidades de direito “privado”. Tal fenômeno, cujos marcos legais surgem ao longo dos anos de 1990, combina a perspectiva de uma gestão empresarial enxuta e desburocratizada com o discurso fatalista em torno de uma administração estatal incapaz de garantir e gerir investimentos adequados às políticas públicas. Neste sentido, observa-se um plano de gestão flexível e autônomo, com ênfase no aumento de desempenho e geração de resultados, sempre sob a ótica capitalista mercantil, que visa racionalizar os gastos e otimizar os recursos. O intuito consiste em introduzir representantes do capital nas unidades e serviços públicos e criar mecanismos para reprodução da mais-valia no interior da máquina pública, em um evidente movimento de refluxo do Estado no que se refere a sua função protetora. Propõe-se uma lógica de organização e administração baseada no consenso, sem luta e de aceitação da ordem vigente, ou seja, uma participação passiva de indivíduos, que progressivamente perdem sua capacidade de representação coletiva.

[...] é por via dessa destituição e dessa erosão, dos direitos e das esferas de representação, que se ergue esse consenso que parece hoje quase inabalável, de que o mercado é o único e exclusivo princípio estruturador da sociedade e da

política, que diante de seus imperativos não há nada a fazer a não ser a administração técnica de suas exigências, que a sociedade deve a ele se ajustar e que os indivíduos, agora desvinculados das proteções tutelares dos direitos, podem finalmente provar suas energias e capacidades empreendedoras.

(TELLES, 1996, p.8)

Nesta perspectiva, podemos afirmar que a ideologia de cunho neoliberal conferiu contornos próprios à política de saúde brasileira e de Estados como o Rio de Janeiro, determinando suas características centrais, marcadas por ações compensatórias, seletivas, destinadas a oferecer respostas a situações-limite e voltadas aos mais pobres ou incapazes de competir no mercado. Em outros termos, observamos a cruel subordinação do social aos ditames econômicos que, por sua vez, influenciaram na constituição de sistemas de proteção social, tornando-os historicamente despolitizados, despublicizados, focalizados e, em muitos casos, refilantropizados.

As “reformas” que se impuseram no âmbito do Estado e em suas instituições tiveram efeitos solidamente regressivos, suprimindo ou mutilando direitos sociais antes consagrados. Uma larga bibliografia atesta, de forma indelével, o desastre social ocasionado pelos “ajustes estruturais” monitorados pelo Fundo Monetário Internacional e patrocinados pelo Banco Mundial.

(NETTO, 2007, p. 150-151)

Evidentemente, esse contexto impõe à política de saúde e à Seguridade Social como um todo, complexos paradoxos sociais tensionados por projetos societários antagônicos, em um dinâmico e incessante processo de lutas de classes e disputas ideológicas. De um lado, observamos as garantias constitucionais, resultante das conquistas da classe trabalhadora, tendo como principal marco legal a Constituição de 1988 e o conjunto de direitos sociais instaurados pela Carta Magna. De outro lado, concentram-se as configurações da ordem capitalista internacional e seu caráter regressivo e conservador, que se configura como uma imponente ameaça aos direitos sociais conquistados, fortalecendo uma conjuntura despolitizadora, alienante e conservadora.

No âmbito da saúde, atualmente o desmonte da política pública perpassa pela evidente redução e/ou redirecionamento dos investimentos públicos e, conseqüentemente, pela deterioração e fragmentação dos serviços oferecidos, o que torna a política incipiente e residual, incapaz de proteger e promover saúde, uma vez que está atrelada à lógica dos “mínimos sociais” e, portanto, ainda se constitui a partir de uma lógica curativista que atua para o tratamento das demandas emergenciais e imediatas. O modelo de gestão proposto pelas

Organizações Sociais na saúde e legitimado pelo poder público, atrelado a lógica de eficiência, eficácia e efetividade, fortalece no cenário político a perspectiva privatizante do capitalismo, consolidando os imperativos do capital no interior da política de saúde. A grande consequência dessa “nova” forma de pensar e conduzir os serviços de saúde está atrelada ao agravamento e expansão das expressões da questão social e a ruptura com o processo democrático do país, com reflexos sobre a qualidade da atenção à saúde e toda gama de direitos sociais conquistados.

A compreensão desta conjuntura e o desvelamento de suas singularidades é o desafio que se coloca neste cenário ainda nebuloso e desconhecido. Dar cores, formas e som ao debate escamoteado e silencioso é a tarefa que se impõe. Buscar novas possibilidades e horizontes no interior de uma perspectiva de sociedade em que não há alternativas, torna-se fundamental para a transformação de uma sociedade que se deseja mais justa e igualitária. Trata-se da busca incessante pela dimensão transgressora dos direitos, nos termos de TELLES (1996), que ampliam nossas referências e tornam possíveis coisas que antes não existiam.

2.3.

A conformação da Saúde no Rio de Janeiro e os imperativos do capital

Seguindo o direcionamento nacional dado à política de saúde, no Estado do Rio de Janeiro, como em outros Estados do país, as conquistas garantidas pela consolidação da legislação que concebe o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios de universalização, equidade e integralidade, se conformaram no interior de um cenário de sucateamento dos serviços públicos, segmentação entre as políticas de proteção social e focalização da atenção, fortalecendo o discurso em torno da insuficiência do Estado na consolidação de serviços públicos de qualidade. Trata-se de uma das estratégias política e ideológica da chamada contrarreforma na saúde, que precariza o SUS, promovendo uma ampliação restrita, fragmentada e desigual dos serviços e ações nesta área.

Nas últimas décadas, o cenário em torno da organização da política de saúde no Rio de Janeiro esteve sempre atrelado a um debate que se restringiu a análise e constatação da chamada superlotação das unidades de emergências

hospitalares, estaduais e municipais, que atendiam além de sua capacidade, priorizando, assim, o atendimento de grandes emergências e/ou catástrofes. Por outro lado, observava-se a precariedade do atendimento nas unidades básicas de saúde, com déficit de profissionais, horários de atendimentos restritos, longas filas de espera, demora na marcação de exames essenciais, entre outros. Prevalece neste contexto a lógica pragmática e emergencial, que descarta toda possibilidade de reflexão, em torno das condições gerais que produzem as demandas urgentes e as grandes emergências.

O resultado deste quadro caótico da saúde pública no Rio de Janeiro se refletiu historicamente sobre a qualidade de vida da população usuária, que tem seu direito constitucional garantido legalmente, porém cerceado na prática. Esta conjuntura de segmentação da política de saúde e precariedade dos serviços prestados conduziu parcelas significativas da população à busca por serviços de saúde no âmbito do mercado privado, enquanto outros tantos, que não podem pagar por tais serviços, percorrem obrigatoriamente grandes trajetos ou enormes obstáculos para efetivar seu direito fundamental ao atendimento público de saúde, cada vez mais reservado à população miserável do país. Observa-se um amplo processo de estratificação dos cidadãos, que segrega e separa a população entre os que podem pagar e os que não podem pagar pelo atendimento a saúde. O processo saúde-doença passa a ocupar um espaço privilegiado de geração de lucro e hegemonia do grande capital, sendo necessário, portanto, precarizar a política pública de saúde, de modo a transfigurá-la em uma política pobre destinada para pobres, abrindo espaço para o avanço do mercado privado na saúde.

Neste sentido, identificamos o ressurgimento de velhas práticas institucionais, restaurando antigos padrões e modelos de atendimentos, pautados em ações curativas e medicamentosas, atreladas a um modelo médico-hegemônico, de tratamento dos sintomas sem, necessariamente, atuar a partir das causas das doenças, ou seja, alijado de uma perspectiva de prevenção e promoção à saúde. Assim, observamos que a proposta de política de saúde consolidada na década de 1980 foi sendo desconstruída imediatamente após a promulgação de seus marcos legais, que legitimaram os ideais da Reforma Sanitária.

Deste modo, a saúde e seus dispositivos constitucionais e legais, foi atravessada por um projeto societário capitalista, que rompeu com os princípios

da equidade e integralidade previstos pelo SUS, em detrimento de uma prioridade dada à assistência médico-hospitalar pontual e focalizada. Assim, é correto afirmarmos que o SUS materializado se consolidou, nos últimos anos, de maneira absolutamente distinta do SUS legal e ideologicamente instituído. Observa-se, portanto, um processo de consolidação da política de saúde que combinou a perspectiva de abandono e sucateamento da rede pública de serviços de saúde com uma política de cunho racionalizador, atrelada a uma lógica de seletividade da atenção, que favorece diretamente a instalação e expansão da rede privada no interior da saúde.

O governo Fernando Henrique Cardoso lidera as mutações pelas quais passa o Estado brasileiro, com ênfase no âmbito da saúde; da lógica do seguro e não da Seguridade Social, da focalização em vez da universalidade, da privatização contra o investimento no serviço público, da desregulamentação e flexibilização dos direitos trabalhistas e da descentralização sem controle social.

(ANDREAZZI, 2013, p.65)

No âmbito estadual, os governos de Rosinha Garotinho (2003-2006) e de Sérgio Cabral (2007-2010), mantiveram inalterada a lógica de desregulamentação financeira, abertura comercial, ajuste fiscal e privatização, incrementada nacionalmente pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso e, contraditoriamente, mantida pelo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, com ênfase na focalização, precarização, terceirização e desfinanciamento, atendendo à agenda ideológica imposta pelo neoliberalismo. Não estamos nos referindo a um movimento linear e retilíneo, que transforma os diferentes mandatos presidenciais em apenas um. Ao contrário, compreendemos que os períodos presidenciais citados apresentam inúmeras diferenças e aspectos que os diferenciam. Entretanto, apresentam, contraditoriamente, algumas características que os aproximam em algum momento, principalmente, quando mantém o processo de desregulamentação financeira em curso, assim como, os mecanismos de abertura ao capital privado no interior das políticas públicas.

Nesta perspectiva, a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs – 24 h), no Estado do Rio de Janeiro se constituiu como um projeto político-ideológico, inicialmente, com a expectativa de possibilitar o esvaziamento das grandes emergências hospitalares e o atendimento das demandas de saúde-doença não contempladas pelos hospitais gerais, assim como, pelas unidades básicas de saúde. Alinhado a agenda federal, as

Unidades de Pronto Atendimento, deveriam assumir o papel de destaque no processo de reorganização da rede de urgência hospitalar do país, que se propôs a articular as demandas emergenciais de saúde em seus diferentes níveis de complexidade. Entretanto, sua conformação não alterou, na prática, a perspectiva de atender as exigências e demandas emergenciais de saúde, resultantes das relações sociais neste período, privilegiando claramente o caráter seletivo, focalista e residual da saúde enquanto política pública.

Em outras palavras, podemos afirmar que tal modelo de atendimento na saúde, atrelado à Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, tem o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país a partir da articulação entre os diferentes serviços de saúde. As UPAs seriam, portanto, unidades de urgências em saúde, que funcionariam 24 horas por dia e sete dias por semana, dentro da lógica da resolutividade. A primazia desta política representa, na verdade, uma perspectiva de gestão e organização da política de saúde com foco na competitividade, no aumento do desempenho e na geração de resultados.

Contraditoriamente, conforme já sinalizado, a Política Nacional de Urgência e Emergência Hospitalar é concebida neste contexto, teoricamente, com a finalidade de promover a articulação e a integração de todos os equipamentos de saúde, com o objetivo expresso de ampliar e qualificar o acesso aos serviços, dentro de uma perspectiva humanizada e integral, que possibilite aos usuários em situação de urgência/emergência a oferta de serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Entretanto, sua efetivação, no Rio de Janeiro, materializada pela expansão do modelo de atendimento proposto pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs – 24 h), revela aspectos de continuidade da política de saúde, tal como defendido pelo projeto privatista neoliberal nos últimos anos. A ênfase da política saúde continua, portanto, fortemente marcada pelo caráter focalizador de suas ações, precarização e terceirização dos recursos humanos e serviços, contribuindo para a manutenção de uma estrutura segmentada e descoordenada.

Neste sentido, a proposta de integrar a atenção das urgências à rede de atenção primária e ao atendimento de média e alta complexidade, oferecido pelos hospitais gerais, fracassou ao não conseguir garantir a pactuação entre os diferentes níveis de atenção, conforme previsto na Política Nacional de Urgência e Emergência de organização da rede de atenção na saúde e integração das

urgências. A inauguração das Coordenações de Emergência Regional (CER), equipamentos idênticos às UPAs, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a partir de 2012, revela apenas uma evidência da dificuldade de articulação dos serviços de saúde, entre as diferentes esferas de governo.

As ações e serviços permaneceram, portanto, descoordenados, justapostos e fragmentados, não sendo capazes de romper com a rigidez e o caráter focalizado da política de saúde, que fortalece o modelo de assistência médico-hospitalar segmentado e pontual. A população usuária dos serviços de saúde permanece sem referências para o atendimento de demandas relativas à promoção e proteção à saúde. Por outro lado, as UPAs – 24 h viam suas estruturas e capacidade de atendimento limitadas, na medida em que não encontravam na rede hospitalar retaguarda para a continuidade da atenção. A propagada imagem de resolutividade e eficácia, vinculada ao atendimento das UPAs – 24 h escondeu, na verdade, velhas mazelas da rede de atendimento a saúde, fortalecendo a lógica curativista e medicamentosa da saúde pública brasileira.

Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superaram algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida/exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual.

(COSTA, 2000, p. 8)

A proliferação de UPAs – 24 h, seja sob gestão municipal ou estadual, e ainda, mais recentemente, a inauguração das Coordenações de Emergência Regional (CER), não foi capaz de atender as reais demandas da população usuária dos serviços de saúde, levando o projeto de atendimento à saúde a sofrer fortes críticas relativas à precarização de recursos humanos, superlotação das unidades, falta de equipamentos essenciais e ausência de resolutividade das demandas de saúde-doença. A conformação de suas estruturas revelou, na verdade, a mera transferência do lócus do atendimento das urgências e emergências de saúde. Sua concepção permaneceu, portanto, atrelada a ações individuais, relacionando a cura a um ato de consumo, e deste modo, fortalecendo a ideologia neoliberal, que considera a saúde estatal campo de exploração do mercado capitalista.

[...] poder-se-ia ressaltar que a rede de serviços sociais viabiliza ao capital uma ampliação de seu campo de investimentos, subordinando a satisfação das necessidades humanas à necessidade da reprodução ampliada do capital. As respostas às exigências básicas da reprodução da vida da classe trabalhadora, social e historicamente definidas, são transformadas, pela lógica que preside o processo de valorização, num meio de diversificação dos ramos de aplicação produtiva do capital. Assim, a qualidade dos serviços prestados subordina-se ao imperativo de rentabilidade das empresas.

(CARVALHO e IAMAMOTO 2007, p.100-101).

Com a hegemonia do capital financeirizado, a chamada contrarreforma, que busca remodelar os Estados Nacionais em nível mundial, promove um verdadeiro desmonte da política de saúde, castrando as possibilidades do Estado responder às necessidades de saúde da maioria da população. No Brasil e, mais especificamente, no Rio de Janeiro, a transição político-partidária e as sucessivas mudanças na condução do governo e da política de saúde não significaram alterações substanciais na lógica mercantil, que atravessou as políticas públicas do país, resvalando na qualidade da atenção à saúde.

No Rio de Janeiro, a participação militar do Corpo de Bombeiros – período em que a Secretaria de Estado de Saúde estava atrelada à Secretaria de Defesa Civil - na administração das unidades de urgências evidenciou a reatualização do caráter conservador que sempre permeou historicamente a política de saúde do Brasil. Este período, em que as unidades de urgências em saúde eram “comandadas” por militares do Corpo de Bombeiros, apresenta inúmeras particularidades, na medida em que estão fundamentadas por uma ideologia de controle e dominação própria, com relações hierarquizadas e autoritárias, assentadas em uma legislação trabalhista específica, alheia a intervenção dos sindicatos e conselhos profissionais. Este seria apenas um traço da política de saúde do Estado, fundado em uma conjuntura de despolitização da sociedade e na concepção de democracia restrita.

A gestão, que em 2008 era do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, passou, em 2011, a ser fundamentalmente da Secretaria de Estado de Saúde, que se dissociou da Secretaria de Defesa Civil neste mesmo ano. Este seria apenas o primeiro passo para a consolidação de um novo projeto de gestão que, em janeiro de 2013, culminaria no loteamento das unidades de urgência, que passariam a ser administradas por diferentes Organizações Sociais, conforme editais e contratos de gestão publicizados. Trata-se de um contexto político singular, que acompanha uma tendência nacional, materializada

no Estado do Rio de Janeiro, uma vez que observamos, nos últimos anos, o mesmo movimento no nível de atenção básica na gestão das chamadas Clínicas da Família e de setores essenciais dos hospitais gerais, como os Centros de Terapia Intensiva (CTIs) e Maternidades e, mais recentemente, hospitais gerais como um todo. No âmbito estadual, estas questões foram votadas e regulamentadas pela Lei 6.043, de 19 de setembro de 2011, que qualificou as entidades sem fins lucrativos como organizações sociais no universo da saúde.

Assim, observamos que a política de saúde permanece sendo influenciada, ou melhor, determinada pelo resultado da correlação de forças antagônicas em disputa na sociedade capitalista contemporânea. Deste modo, as políticas públicas continuam atendendo aos interesses das classes dominantes, contribuindo para a reprodução da força de trabalho, favorecendo os interesses privados de geração de lucro e apropriação privada dentro da esfera pública. Estamos nos referindo a um complexo médico-industrial-financeiro sustentado por serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica, que cresceu assustadoramente nos últimos anos, consolidando os interesses privados do capital na saúde, também representado pela substituição de serviços próprios em hospitais por contratos com empresas privadas.

O setor que mais cresceu foi o dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica, tanto no setor público quanto no privado. Este setor se constitui em uma das pernas mais importantes do complexo médico-industrial-financeiro, na atualidade. É aí que se concentram os interesses privados, que detêm 92,4% do total de estabelecimentos desse tipo.

(ANDREAZZI, 2013, p. 42-43)

Neste sentido, podemos compreender que a reprodução da força de trabalho e a geração de lucros representam, historicamente, os principais objetivos na relação entre a saúde e o processo de acumulação capitalista. A perspectiva do capitalismo é melhorar as condições de saúde do trabalhador, de maneira a possibilitar seu rápido retorno ao trabalho e, assim, obter a produção de mercadorias em melhores condições, ou seja, mais produtos no menor tempo possível. Nesta conjuntura, a medicina também assume relevância no âmbito político, uma vez que suas construções ideológicas são manipuladas de modo a encobrir relações sociais desiguais, estabelecidas historicamente entre a classe trabalhadora e as frações de classes dirigentes do país. A saúde, portanto, representaria um campo privilegiado de reprodução da ideologia capitalista, acentuando traços de individualismo e do próprio liberalismo que, por sua vez,

favorece o deslocamento da ação coletiva e preventiva para uma ação meramente curativa e individual.

Deste modo, a política de saúde, tal como sinalizamos anteriormente, representa historicamente um campo de contrassensos e antinomias, onde estão presentes claramente pelo menos dois projetos antagônicos em disputa. Autores, como Raquel Cavalcante Soares (2013), apontam ainda a existência de outro grande projeto em confronto na política de saúde, que representaria uma terceira via, distinta dos ideais do projeto da Reforma Sanitária e do Projeto Privatista. Seria o Projeto SUS possível, defendido por representantes e sujeitos sociais, que acreditam na necessidade de flexibilização das ideias germinadas no seio da Reforma Sanitária, diante dos limites impostos pela política econômica. Embora suas lideranças acreditem ser este movimento um processo necessário de reatualização, modernização ou, ainda, continuidade do movimento sanitário, suas ideias, na verdade, favorecem a ampliação dos espaços do projeto privatista, fundamentado sob a lógica da redução do tamanho e participação do Estado nas políticas públicas, parcerias entre público e privado, com incentivo a privatização, diminuição dos gastos sociais e focalização.

Atualmente, no Estado do Rio de Janeiro, o modelo de gestão da saúde, hoje predominante, se configura com a expressão máxima das contradições entre público e privado, ameaçando o caráter público da política, na perspectiva da desconstrução das referências sociais e conquistas históricas da classe trabalhadora, em nome de ideais mercantilistas. Consolidada-se, nesta perspectiva, a falácia em torno de um Estado burocrático, anacrônico e marcado pela rigidez de suas ações, conferindo, paralelamente, status de modernidade, resolutividade e eficiência às organizações do Terceiro Setor. Deste modo, as Organizações Sociais se estruturaram no cenário regional como uma alternativa para os tradicionais problemas relacionados à gestão da saúde no Rio de Janeiro. Dotadas de “virtudes” solidárias e empreendedoras, a gestão das Organizações Sociais seria, então, capaz de oferecer serviços públicos eficientes, flexíveis e dinâmicos, de maneira competitiva e livre das amarras ou tutela do Estado.

E é nesses termos que faz a defesa do Terceiro Setor definido como um espaço público não-estatal no qual atividades de interesse público podem ser desenvolvidas sem os constrangimentos burocráticos do Estado e à margem dos imperativos de lucro do mercado.

(TELLES, 1999, p. 13)

O falso discurso de eficiência e ênfase nos resultados, que caracterizam

as Organizações Sociais e lhe conferem contornos de modernidade,omite, na verdade, as contradições inerentes a este modelo de gestão. A saúde, que deveria abranger ações e serviços organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, compondo um sistema único, passa a estar subordinada aos interesses mercantis do Terceiro Setor, que através de editais públicos, reorganizam a rede de serviços aleatoriamente, provocando profundas fraturas, que condenam a política de saúde enquanto sistema de proteção unificado. As diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade passam a ter um significado irrisório diante das prerrogativas do capitalismo, materializadas na pactuação de contratos de gestão e concessão dos espaços públicos na esfera da saúde. Neste sentido, a saúde, que na letra da lei permanece marcada por seu caráter universal, paulatinamente é metamorfoseada em políticas de ações focais, onde prevalecem os objetivos de satisfação do mercado em detrimento dos reais interesses e necessidades da população usuária dos serviços. Os princípios de descentralização com direção única em cada esfera de governo e atendimento integral tornam-se, conseqüentemente, letras mortas. E o que antes era uma conquista ou um marco legal, um espaço político de negociações e disputas, agora obedece aos interesses do grande capital, que alija os trabalhadores de seu processo de construção e quer nos fazer acreditar que não há horizontes possíveis e destino diferente.

O Rio de Janeiro torna-se, portanto, palco privilegiado e terreno propício para a consolidação do processo assustador de transferência das responsabilidades do Estado para as Organizações Sociais, restringindo os históricos problemas da saúde à órbita administrativa. O Estado assume uma postura contemplativa, no contexto em que a saúde passa da esfera do direito para o campo dos negócios, em torno, inclusive, do fundo público. Ilumina-se, nesta perspectiva, um cenário de abertura da saúde ao capital financeiro, despolitização da coisa pública, negligência de organismos participativos, descaracterização de dissensos e fortalecimento de conteúdos autoritários, que resvalam sobre o campo dos direitos e sobre a qualidade dos serviços oferecidos, em um verdadeiro processo de violação dos direitos garantidos na Lei Orgânica da Saúde e na própria Constituição Federal brasileira.

3.

Trabalho na saúde: “velhos” conceitos e novas reflexões

3.1.

O trabalho como categoria analítica central

Ao longo desta jornada reflexiva reunimos esforços para analisar e compreender a conjuntura sócio-histórica que atravessa a política de saúde na contemporaneidade e seus impactos sobre os direitos sociais conquistados historicamente pelo conjunto de trabalhadores e movimentos sociais do país. A expectativa é decifrar os signos e códigos do sistema capitalista neoliberal e seus determinantes ideológicos sobre a gestão das políticas de proteção social, entre as quais destacamos a saúde, enquanto política pública de direito universal. Nossa breve iniciativa teórica e investigativa sobre a realidade social nos revelou um complexo emaranhado de relações sociais contraditórias, resultantes de projetos societários antagônicos, que permanecem historicamente em disputa e, por isso, determinam rumos à política de saúde. O modelo de gestão da saúde proposto pelas Organizações Sociais reflete exatamente o resultado da correlação de forças que hoje permeia a lógica de organização da saúde e seus serviços estruturantes, consolidando-se como modelo de administração que representa o corolário capitalista, em detrimento dos ideais de universalização e equidade propostos pelo movimento da Reforma Sanitária.

Os rebatimentos sobre o Sistema Único de Saúde e toda sua base ideológica são notórios, não restando dúvidas quanto ao processo de transformação imposto à política de saúde. O silencioso desmonte das estruturas fundantes da saúde pública, defendida pelos movimentos democráticos das últimas décadas do século anterior, expõem fraturas e mazelas que hoje ameaçam a consolidação da saúde enquanto direito de cidadania. A pesquisa mais aprofundada sobre o tema trouxe à mesa de debate inúmeras reflexões, revelando diferentes fragilidades da perspectiva de gestão da coisa pública e, deste modo, suscitando uma leitura ampliada, crítica e propositiva sobre essa questão. Conforme já assinalado anteriormente, o modelo de gestão da saúde proposto pelas Organizações Sociais, hoje hegemônico no

Estado do Rio de Janeiro, impõe à política e aos serviços de saúde características peculiares que, analisadas criteriosamente, revelam antigas e novas contradições, emblemáticas na trajetória histórica da política pública de saúde do país. Estamos nos referindo a um contexto social próprio, onde observamos a desconstrução da perspectiva de atendimento integrado, com acesso universal e igualitário, com enfraquecimento dos mecanismos de controle social e fragilização das relações de trabalho, subjugados pelo predomínio da lógica mercantil em detrimento das necessidades humanas de saúde. Trata-se do contrassenso entre o público e o privado ou, em outras palavras, da administração privada da coisa pública.

Dentro desse cenário de profundas contradições, o trabalho é aqui compreendido como uma categoria analítica central, ainda nos dias atuais, onde prevalece ainda o predomínio da lógica capitalista de exploração da classe trabalhadora, em suas mais diversas expressões na atualidade, com o objetivo precípua de obtenção de lucro e geração de mais valia. Compreendemos, portanto, que o trabalho funda as condições de existência material e espiritual do homem. Nesta perspectiva, o trabalho se configura como uma atividade fundamental para o homem, uma vez que, através dele, o homem busca a satisfação de suas necessidades. Por intermédio do trabalho, o homem transforma a natureza e, ao transformar a natureza, muda a si próprio. O homem estabelece, portanto, um conjunto de mediações que objetivam sua sociabilidade, sua consciência, sua capacidade de criar valores e alternativas de escolha. Em outras palavras, o trabalho consolida o homem como um ser pensante e que age consciente e racionalmente, possibilitando a descoberta de novas capacidades e qualidades, tal como apontam os estudos de Marx em O capital (2012).

No processo de transformar a natureza, o homem também mudou. Ambos não são mais os mesmos. Ao iniciar um novo processo, o homem optará por novos processos – tanto no que se refere ao emprego da sua força de trabalho como dos instrumentos construídos – já que o conhecimento acumulado o credenciou a identificar novas e supostas formas melhores de construção. O resultado, que foi originado por uma necessidade, ao mesmo tempo em que satisfaz tal necessidade, gera novas necessidades.

(MATOS, 2013, p. 26)

Para Marx, o estudo das relações sociais estabelecidas no âmbito do capital deve partir da análise da evolução da propriedade fundiária ou

propriedade privada, que é a essência do capitalismo. Não se pode, portanto, conhecer a renda gerada pela terra sem a presença do capital, embora possa se compreender o capital sem a posse da renda da terra, na perspectiva da financeirização já prevista nas análises de Marx, na Introdução a crítica da economia política (1996). Em Marx, a produção da riqueza gerada no capitalismo está indubitavelmente atrelada à força de trabalho, vendida pelo trabalhador ao capitalista. Com o surgimento da grande indústria, o trabalho se complexifica, configurando-se como o ápice do estranhamento no modo de produção capitalista, cujo processo de divisão do trabalho gera, progressivamente, um completo afastamento do homem em relação ao produto de seu trabalho. Neste contexto, o trabalhador passa a ser considerado como uma mercadoria, que sofre oscilação de valor, não vê o resultado de sua ação e vende sua força de trabalho a menos do que produz, gerando a mais valia ou o lucro capitalista. O trabalho alienado é, portanto, a essência da produção da riqueza, e conseqüentemente, do capitalismo e do próprio homem. A complexificação do trabalho ao longo da história faz com que o trabalhador tenha cada vez mais dificuldades de reconhecer o produto final de sua ação, que passa a ser concebido como algo estranho e autônomo ao trabalhador. Esse trabalho estranhado representa a expropriação da capacidade do homem de se identificar como sujeito genérico, configurando-se como a essência subjetiva da propriedade privada e da alienação do capitalismo.

A crise cíclica do capital, a partir dos anos de 1970, e conseqüentemente, a intensificação do processo de internacionalização dos mercados, provocou uma nova divisão internacional do trabalho. O período foi marcado pela crítica ao modelo de Estado de Bem-Estar Social, hegemônico nos países capitalistas centrais da Europa desde o fim da segunda guerra mundial. Este cenário fortaleceu progressivamente o discurso em torno da necessidade de construção de um novo paradigma de produção, assim como, da reforma da máquina estatal. O denominado toyotismo, com origem no Japão após a segunda grande guerra mundial, contrapôs-se ao modelo taylorista/fordista do período imediatamente anterior. Este modelo de produção heterogênea flexibiliza os processos de trabalho, os mercados de trabalho e os padrões de consumo, terceirizando grande parte de tudo que é produzido pela empresa, em um contexto de intensificação da competição internacional.

Do ponto de vista do trabalho, podemos compreender que esta

conjuntura de flexibilização da produção e acirramento da competição internacional, forjou o aprofundamento de novas e precárias relações de trabalho, com o fortalecimento de sistemas de subcontratação e terceirização, que exigiu dos trabalhadores rápida adaptação às inovações e versatilidade na realização de tarefas, sob a ameaça real de desemprego, redução dos postos de trabalho e crescimento do mercado informal. Surge, portanto, a massa de trabalhadores temporários, terceirizados e subcontratados, sendo utilizados como forma de multiplicar a busca do capital por lucros sem precedentes. Trata-se de uma conjuntura de desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, que compõem a crise cíclica do capital, que é orgânica a este modo de produção.

Suas características são a intermitência, a desqualificação da força de trabalho, a baixa remuneração e desregulamentação, que ressurgem no final do século XX como complemento do trabalho realizado nas grandes e modernas empresas, tendo se tornado parte integrante da cadeia produtiva, peça central do sistema.
(LAZZARESCHI, 2007, p. 48)

Deste modo, podemos compreender que o neoliberalismo e a reestruturação produtiva, conseqüente da era da acumulação flexível, representou um amplo e complexo movimento destrutivo, marcado pelo aprofundamento do processo de desemprego em escala mundial e a crescente degradação das relações estabelecidas no âmbito do trabalho, erodindo, inclusive, a relação entre o homem e a natureza, no interior de uma lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias e em detrimento de uma sociedade de precarizados. Em outras palavras, estamos nos referindo a um conjunto de mudanças que atravessaram e determinaram novos contornos às relações de trabalho, associadas a novos padrões produtivos, em escala mundial, que desregulamentaram produção e as relações sociais como um todo. O ideário neoliberal, imposto pela burguesia, em termos mundiais, representou um amplo período de fragmentação das políticas sociais, subordinadas às políticas de desregulamentação da economia, com a desvalorização da força de trabalho e metamorfose de classe subalterna.

Estas mutações criaram, portanto, uma classe trabalhadora mais heterogênea, mais fragmentada e mais complexificada, dividida entre trabalhadores qualificados e desqualificados, do mercado formal e informal, jovens e velhos, homens e mulheres, estáveis e precários, imigrantes e nacionais, brancos e negros etc, sem falar das divisões que decorrem da inserção diferenciada dos países e dos seus trabalhadores na divisão internacional do trabalho.

(ANTUNES, 2001, p. 43)

Neste sentido, é necessário compreender a chamada crise estrutural do capitalismo contemporâneo, seus fundamentos e rebatimentos sobre os trabalhadores e suas relações sociais, a partir de uma perspectiva crítica, analítica e histórica. As contradições materializadas nesta nova conjuntura se tornam mais visíveis, principalmente, quando associadas às novas formas de organizar a produção e a gestão do trabalho. A nova configuração histórica, oriunda das mudanças na esfera do trabalho e da relação entre o Estado e a sociedade civil, fortalece a concepção das relações precarizadas de trabalho e o desemprego como expressão principal da questão social na contemporaneidade. Logo, podemos então afirmar que o trabalho, enquanto categoria analítica, contribui fundamentalmente para a compreensão da nova forma de organização da sociedade, permanecendo absolutamente relevante, para o entendimento do mundo contemporâneo. Deste modo, a crise da sociedade do pleno emprego, assim como, as metamorfoses impostas ao mundo do trabalho, com a precarização e fragilização de suas relações, não exclui o papel central que o trabalho sempre teve no seio das sociedades capitalistas.

Neste sentido, é pertinente um conceito de trabalho que resgata o sujeito na história, o sujeito que as discussões ditas “neoliberais” e “pós-modernas” extinguiram. Não há discussão do trabalho sem discussão do sujeito, porque não há trabalho sem sujeito. Seja o sujeito hegemônico, que é o capital, o capitalismo, o capitalista, seja o sujeito realizador efetivo do trabalho, que é o trabalhador.

(STAMPA, 2012, p. 41)

Nesta perspectiva, seria um equívoco pensar ou considerar a extinção ou o fim do trabalho, como elemento central da sociedade, enquanto perdurar uma sociedade assentada nos ideais de exploração capitalista, produtora de mercadorias. O cenário de metamorfoses do trabalho, assim como, a crise do operariado assalariado fabril, não é capaz de suplantar a complexidade e importância que o trabalho, em suas mais variadas formas de expressão na contemporaneidade, adquiriu ao longo da história. Na atualidade, o trabalho ganha novas configurações, mas permanece sendo a principal forma de enriquecimento do capitalismo. Nunca se extraiu tanto do trabalho como na atualidade, tão pouco, de forma tão alienada como se observa no atual estágio de desenvolvimento das relações entre capital e trabalho. Ressurgem, na verdade, formas arcaicas de organização da produção, associadas ao

assustador avanço tecnológico visto nas últimas décadas. O trabalho domiciliar, seu caráter paternalista e patriarcal, revestido pela multiplicação de micro e pequenas empresas, deixa a periferia do sistema produtivo para ocupar papel de destaque na cadeia de produção capitalista. Assim, a desregulamentação, a flexibilização e a terceirização do trabalho podem significar um intenso processo de precarização do trabalhador, mas não é capaz de eliminá-lo ou extinguir sua centralidade no seio do capitalismo, peça imprescindível para a reprodução deste mesmo capital.

Sem ter a pretensão de encerrar neste ponto as principais reflexões de Marx e outros tantos autores contemporâneos como Stampa (2012), sobre a centralidade do trabalho e suas múltiplas expressões ao longo da história, chamamos a atenção para as análises preliminares sobre o trabalho coletivo e para as reflexões no interior do trabalho dito produtivo e improdutivo, cuja compreensão e entendimento também são fundamentais no atual estágio de desenvolvimento e organização das relações de trabalho no capitalismo contemporâneo. É necessário, portanto, compreender que a complexificação do modo de produção capitalista conduziu à constatação que o trabalho não é mais executado por um único trabalhador e, sim, por um conjunto de trabalhadores, cada vez mais alijados do processo de transformação da matéria e de todas as estruturas que compõem seu trabalho. Não se trata apenas de uma realidade exclusiva dos setores ditos produtivos. A emergência do chamado setor de serviços também representa um cenário de estranhamento do homem sobre si mesmo e sobre o produto de seu trabalho, que não se materializa em uma mercadoria ou valor de troca, mas em valor de uso. É o que veremos a seguir.

3.2.

O trabalho coletivo na saúde: temas e questões

A expansão do projeto econômico, social e político neoliberal, consolidado após a crise econômica mundial, que se instalou a partir da segunda metade da década de 1960, intensificou o movimento de transformações do processo produtivo, por intermédio do avanço tecnológico, da constituição de novas formas de acumulação flexível e de modelos alternativos de produção. A chamada crise do capital, que evidenciou os limites do Estado de Bem-Estar Social, alterou significativamente o padrão de proteção social, rebaixando

brutalmente os direitos e conquistas sociais dos trabalhadores principalmente, após o chamado fim do bloco socialista.

Entre as inúmeras características instauradas por esta nova conjuntura, recorreremos novamente às reflexões de Marx para destacar a instauração de uma forma de trabalho que não é mais executada apenas por um mesmo trabalhador. Trata-se do processo de parcialização do processo de trabalho, consolidado progressivamente a partir do desenvolvimento da maquinaria e conseqüentemente, o processo de industrialização em larga escala. Neste contexto, os trabalhadores, inseridos no processo de trabalho coletivo, não dominam mais todas as etapas de seu trabalho, tão pouco, do processo produtivo como um todo, provocando a perda das referências coletivas.

Neste sentido, o trabalho coletivo e todas as formas de cooperação são ditadas pelos meios de produção do capital, que reproduz um modo de trabalho social materializado, paradoxalmente, de forma estranha ao trabalhador individual. Em outras palavras, podemos compreender que o desenvolvimento do processo produtivo, da cooperação simples à maquinaria, transformou o trabalho individual em trabalho imediatamente social e coletivo. Resulta da articulação entre a ciência e o trabalho social, objetivado na maquinaria e em todas as formas e expressões do avanço tecnológico. O trabalho assume, portanto, um caráter estritamente social, porém, coisificado ao trabalhador coletivo, tornando-o, conseqüentemente, apenas um acessório no bojo do processo produtivo.

Esses trabalhadores – inseridos no processo de trabalho coletivo – não dominam mais todo o processo de transformação da matéria. Além de não trabalharem mais para a resposta a uma necessidade sua e de venderem sua força de trabalho como outra mercadoria qualquer, passam, a partir desse momento, a não dominarem todas as etapas do seu trabalho. É o ápice do estranhamento do homem sobre si mesmo.

(MATOS, 2013, p. 30)

Outro traço próprio desta conjuntura e absolutamente relevante para a compreensão do trabalho na contemporaneidade, está presente na chamada emersão do setor de serviços. Sua gênese está atrelada ao valor de uso particular do trabalho, uma vez que não se constitui como coisa e sim, como uma atividade. Ao analisar as configurações do trabalho no setor de serviços, Marx em *O capital* (1978), destaca que o produto das relações estabelecidas neste contexto não se materializa em uma mercadoria, como nos moldes do

processo produtivo das grandes indústrias. Seu resultado ou fruto do seu trabalho não gera valor de troca, mas sim, valor de uso. Neste contexto, insere-se a reflexão sobre a diferenciação entre o trabalho produtivo e improdutivo, ou seja, o trabalho que gera uma mercadoria e produz diretamente mais-valia para o capital e o trabalho dimensionado apenas por seu valor de uso, por não produzir lucros diretos para a ordem capitalista.

Nesta conjuntura, se inserem os serviços de saúde e seus profissionais, em torno de um trabalho coletivo, permeado por tensões e traços peculiares, próprios da política de saúde e atravessados pela constituição do trabalho na sociedade capitalista neoliberal. Sua história, porém, nos remete ao período tribal, ou como alguns autores preferem, aos fundamentos da Grécia Antiga, estando relacionada à constituição da profissão médica e sua evolução social ao longo dos tempos. Partindo de uma prática exercida por religiosos, durante a Idade Média, passando pela constituição das cidades medievais, onde surge o corpo de profissionais leigos, que se constituíam por homens livres que se organizaram em corporações, a saúde e o conjunto de seus trabalhadores construiu uma trajetória evolutiva própria. Diferente do que aconteceu com outros tipos de corporações, que cederam à manufatura e se aperfeiçoaram com a grande indústria, a organização social da medicina não incorporou, neste período, a lógica das relações capitalistas de produção, embora surja neste contexto a universalização de suas relações mercantis, que culminaram no surgimento da forma liberal de prática médica.

Com o advento dos Estados Nação surge a preocupação do Estado emergente com a saúde da população, no que se refere às questões demográficas e sanitárias, assim como, com a regulamentação da medicina. Nesta conjuntura, os médicos passam a se constituir como intelectuais do Estado, com o intuito de subsidiá-lo de informações e orientações sobre o controle das condições de saúde da população, na perspectiva já destacada. As grandes guerras entre os Estados Nação impulsionaram significativamente a prática médica, especialmente, da cirurgia, que se aproximou das universidades e conseqüentemente, dos físicos. O hospital, como local para o exercício da medicina, possibilitou a efetivação e união dos dois tipos de prática médica, rompendo com a dicotomia entre o interno e o externo, que fomentou a constituição de uma relação horizontal e de cooperação dentro da divisão técnica do trabalho.

No Brasil Colônia, marcado por uma sociedade escravista, era ínfima a presença de físicos e cirurgiões diplomados, predominando o exercício dos barbeiros, desvalorizados como todo trabalho manual da época. Somente no período da instauração da República, o saber médico passa a ser utilizado como forma de controle da população, combate da insalubridade e contenção de doenças. Com o término do regime escravocrata, consolidam-se as bases para a conformação da prática liberal da medicina no Brasil, cuja assistência era prestada em consultórios para aqueles que podiam dispor de recursos financeiros. Aos mais desvalidos e pobres da sociedade, restava a assistência prestada pelas Santas Casas.

A partir da década de 1920, com o surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensões, há uma evidente articulação entre a assistência médica e o trabalho, de caráter contributivo. Posteriormente, os Institutos de Aposentadoria e Pensões, que sucederam as Caixas de Aposentadorias e Pensões, na década de 1940, contribuíram para a construção da maioria dos hospitais, que instauraram no país as bases para a formação e consolidação do trabalho coletivo em saúde, assim como, a fundação de profissões como o médico sanitaria e a educadora sanitária. Ao final desta década e mais especificamente, nos anos de 1950, ocorre a transição da medicina na direção de uma prática atrelada e dependente da tecnologia, possível em virtude do avanço da indústria na saúde.

A ditadura militar e a consolidação do Instituto Nacional de Previdência Social, na década de 1960, foram alguns elementos que fizeram deste período um contexto de amplo debate em torno do assalariamento da corporação médica, alterando profundamente o perfil da saúde no país. A década seguinte marca, portanto, a transição da medicina liberal para o assalariamento da profissão, que significa a opção por uma medicina desenvolvida pelo Estado ou pelo setor privado, e não mais contratada direta e prioritariamente pelos usuários. O hospital, mais uma vez, forma os fundamentos para as práticas em saúde no setor de serviços, atrelado a um conhecimento absoluto e formal do médico, parcialização do trabalho, modelo de assistência medicamentoso e proposta biologizante da atenção, com enfoque, fundamentalmente, nos determinantes clínicos e físicos das doenças. Prevalece a centralidade de um modelo de assistência médica privatista, onde a saúde é entendida como ausência de enfermidade.

É por isso que podemos afirmar que tal centralidade tende a persistir existindo enquanto os serviços de saúde se estruturarem exclusivamente para atender à doença. Cabe atentar que nesta afirmação não há nenhum demérito ao profissional da medicina. Ao contrário, há o reconhecimento de seu papel fundamental no tratamento. Ademais, se ao médico ainda é imputada tal função, esta não deriva somente da sua vontade e sim, sobretudo, de como a política de saúde vem sendo conduzida.

(MATOS, 2013, p. 52)

Neste período, os serviços de saúde se configuraram como área de expansão do capital, cuja penetração de relações capitalistas de produção se dão em todas as esferas da produção material, onde anteriormente predominavam as relações de caridade e do próprio aparelho estatal. A conjuntura de crise, instalada mundialmente a partir dos anos de 1970, fortaleceu o processo de terceirização do setor de serviços, nesta nova etapa do capitalismo, evidenciando a prioridade dada ao setor privado de saúde e conseqüentemente, a formação de complexos integrados indústria-serviços, que passariam a fazer parte das estratégias do capital financeirizado. A trajetória histórica da política de saúde, pautada no modelo médico-assistencial privatista, cuja saúde é entendida como ausência de enfermidade, é a herança mais perversa nos tempos atuais.

[...] o trabalho nos dias atuais ganhou uma nova configuração, como uma “resposta” à crise do capital na década de 1970 do século passado. Além do operariado urbano e do trabalhador rural e de serviços, a partir dos anos 1970 surge a massa de trabalhadores terceirizados, subcontratados, sem contratos, com exercício temporário etc.

(MATOS, 2013, p. 37)

Os movimentos sociais das décadas de 1970 e 1980, em torno dos ideais democráticos da Reforma Sanitária, lograram grandes conquistas, que culminaram em marcos legais sem precedentes. Tais conquistas permitiram o avanço de uma perspectiva ampliada de saúde, que a elevou ao status de direito de cidadania, com acesso universal e igualitário, sendo um instrumento para a garantia e efetivação da equidade e justiça social. No entanto, tais avanços logo esbarraram com a ofensiva de cunho neoliberal, que política e culturalmente, se configurou como obstáculo à consolidação dos ideais da Reforma Sanitária já no início dos anos 90, permanecendo e se agravando ainda nos dias atuais.

As Organizações Sociais surgem neste contexto, a serviço dos interesses do complexo médico-industrial-financeiro, que fortalece grupos de

poder favoráveis a esta política no âmbito da saúde. Resulta deste processo, um setor de serviços pautado em um sistema de subcontratação, terceirização, normatização excessiva das relações de trabalho, desqualificação profissional, baixa remuneração e perdas significativas dos direitos sociais e trabalhistas. Este é o cenário que atravessa e norteia a conformação do trabalho coletivo na saúde na contemporaneidade, materializada pelas Organizações Sociais e seu exército de subcontratados e precarizados, conforme veremos a seguir.

3.3.

Trabalho e Organizações Sociais: novos desafios

A trajetória histórica da sociedade brasileira, o transcurso do processo de construção da política de saúde no país, assim como, a consolidação das relações produtivas e de trabalho, revelam claramente que a democracia não é um caminho linear ou simples ato burocrático. Sua idealização e conformação está enraizada no terreno dos movimentos sociais, construção do conhecimento sobre a vida social e participação efetiva das classes sociais, que confrontam continuamente seus interesses, perspectivas e projetos diversos de sociedade. A lógica hegemônica que conduz a organização da saúde e sua tendência predominante que acena para a eficácia mercantil, expressa exatamente a conformação dos interesses privados na política de saúde brasileira, resultante da correlação de forças nesta conjuntura e o julgo do capitalismo sobre as políticas de proteção social como um todo. Trata-se, como destacamos, da introdução da lógica da empresa privada no universo da saúde, forçando um processo de privatização desigualitária e sem precedentes na história.

O escopo do projeto da Reforma Administrativa do Estado, apresentado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, que propõe um “novo” modelo de administração pública, baseado na relação estratégica entre o Estado e a sociedade, representa a materialização da lógica do capital no seio da sociedade brasileira, legitimando institucionalmente o avanço da iniciativa privada sobre os serviços públicos, já considerados não exclusivos do Estado. Já no interior desta conjuntura, a proposta de criação das Unidades de Pronto Atendimento, atrelada à Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, fortalece a lógica do mercado privado na saúde, consolidando, fundamentalmente, características de uma política pública

pobre, de urgência, com funcionários precarizados e utilização inapropriada dos recursos.

Há uma teia onde se emaranham interesses privados diretamente no interior do Estado (e dos entes federativos), na qual as insistentes reivindicações democratizantes tendem a ser paralisadas em seus primórdios e limitadas apenas à atuação pontual, reduzidas à ação no imediatismo, enfrentando obstáculos hercúleos erguidos para que esmoreçam. Silenciam-se, pois as grandes pautas, enquanto se multiplica os focos imediatos, cuja urgência real – resultante do conjunto da vida social, produtora e reprodutora das desigualdades, que desembocam nos serviços públicos de saúde – se torna, por artifícios discursivos, o argumento ideopolítico dominante de defesa desse tipo de atuação. Não é apenas um círculo vicioso: é uma espiral na qual se expandem os interesses privatizantes.

(MATOS, 2013, p. 14)

Na atualidade, o modelo de gestão da saúde no Rio de Janeiro, cujos serviços públicos, em quase sua totalidade, estão sobre administração das Organizações Sociais, impõe traços singulares ao conjunto de trabalhadores dos serviços de saúde. O discurso de modernidade e gestão eficiente dos recursos humanos camufla um conjunto de perdas de direitos sociais e trabalhistas, fragilizando os espaços de negociação e diálogo, que se reflete na queda da qualidade dos serviços prestados, fragmentando o próprio direito à saúde. Princípios e direitos fundamentais são negados em nome de uma lógica perversa de loteamento dos serviços de urgências hospitalares. As Unidades de Pronto Atendimento, hoje complementemente atreladas à iniciativa privada, têm suas estruturas fundadas e entregues a uma administração gerenciada, obedecendo aos ditames e interesses privados e mercantis, que subordinam a concepção e organização da política de saúde. Sua organização territorial e disposição em lotes fragmentam ainda mais as ações em saúde, dificultando a pactuação e a formação de redes hierarquizadas e organizadas de ações e serviços.

Não obstante, este cenário esconde a ampliação da jornada de trabalho, a fragmentação das relações sociais, o desvio de função dos profissionais, o assédio moral e um conjunto de outras contradições que colocam os profissionais de saúde na condição de precarizados, temerosos e ameaçados pelo fantasma do desemprego. Tais profissionais, cujo ímpeto combativo se reduz diante da necessidade de manutenção de seus frágeis empregos para sobreviver, são obrigados a atuar em contextos também precarizados, com poucos recursos, desenvolvendo ações imediatistas e pontuais, a partir das urgências definidas pela lógica mercantil. Nesta perspectiva, os profissionais são

coagidos a responderem aos critérios de qualidade definidos pelas Organizações Sociais. Tais critérios são estabelecidos pela lógica do mercado e privilegiam os resultados quantitativos em detrimento da qualidade dos serviços prestados e da saúde enquanto direito. Diante de números pouco expressivos – na ótica capitalista de avaliar os resultados do trabalho dos profissionais de saúde – gerados por algumas categorias profissionais, são comuns os movimentos em torno do enxugamento do quadro de trabalhadores, fortalecendo o desemprego crescente e o processo de acumulação de atribuições e funções entre aqueles que sobrevivem ao fantasma do desemprego que assombra as relações sociais estabelecidas neste contexto.

Nesse processo, utiliza como recurso a cooptação, o disciplinamento e a passivação das classes subalternas na intenção de despolitizar as relações sociais e reduzir o poder de negociação dos sindicatos e em particular, os direitos da maioria da população em ter uma política de saúde efetiva, universal, integralizada e democrática, prestada pelo Estado.

(TEIXEIRA, 2013, p. 88)

Os trabalhadores são obrigados a multiplicarem suas funções e competências, em nome dos chamados **5S**³ – senso de utilização, ordenação, limpeza, saúde e autodisciplina – que transfere para a saúde ideais empresariais japoneses de controle de qualidade total. Médicos são recrutados a reduzir o tempo de internação, aumentar o número de cirurgias e diminuir o tempo de atendimentos ambulatoriais, revelando a ênfase dada pela perspectiva mercadológica predominante, ao controle dos resultados e predomínio dos aspectos quantitativos, em detrimento da qualidade da atenção prestada. Enfermeiros lidam com a escassez de recursos materiais, estruturais e de equipamentos, além de se constituírem como responsáveis por triar casos de extrema urgência, classificando os sujeitos, usuários dos serviços públicos de saúde, como cores e não mais pessoas com uma história de vida. Assistentes sociais formam uma espécie de exército auxiliar responsável pela rápida desocupação de leitos, oferecendo a porta de saída, nem sempre a melhor alternativa, como solução institucional e não mais em prol dos usuários ou

³ “5S” é o nome de um método, uma filosofia de administração japonesa e se refere a inicial de cinco palavras: SEIRI; SEITON; SEISO; SEIKETSU; SHITSUKE. A filosofia dos 5S visa promover, através da consciência e responsabilidade de todos, disciplina, segurança e produtividade no ambiente de trabalho. Um código de princípios morais não escritos, mas que foram passados de geração para geração e incorporados à cultura japonesa e que se resumem em disciplina e harmonia.

sujeito de direitos. Revivem, deste modo, velhas questões institucionais, como a comunicação de óbito e as transferências hospitalares de pacientes, agregadas a novas contradições, como o controle de entrada e saída de ambulâncias, arrecadação de pertences (serviço de achados e perdidos), serviço de ouvidoria, entre outros. Seu trabalho que deveria primar pela qualidade, hoje é dimensionado pelo número de atendimentos feitos ou fichas de admissão preenchidas, conforme critérios quantitativos de avaliação de desempenho, consolidados pela gestão das Organizações Sociais e utilizado como prerrogativa para a definição e redimensionamento de ações e trabalho na saúde.

A falácia da “qualidade total” passa a ter papel de relevo no processo produtivo. Os Círculos de Controle de Qualidade (CCQ) proliferaram, constituindo-se como grupos de trabalhadores que são incentivados pelo capital para discutir o trabalho e desempenho, com vistas a melhorar a produtividade da empresa. Em verdade, é a nova forma de apropriação do saber fazer intelectual do trabalho pelo capital.

(ANTUNES, 2001, p. 42)

Deste modo, o risco do desemprego agrava ainda mais esse cenário, provocando o silenciamento de grandes pautas, o refluxo de lutas populares, o apassivamento e uma espécie de integração subalterna ativa dos trabalhadores. Os trabalhadores, por sinal, deixam de ser reconhecidos como tais e passam a ser denominados como colaboradores, no interior das relações sociais estabelecidas neste contexto. O processo de subcontratação se expande na medida em que empresas terceirizadas são contratadas para prestar serviços e ceder profissionais às Organizações Sociais, que já se configuram como serviços terceirizados. Ocorre, deste modo, a terceirização da terceirização ou, em outras palavras, o processo de quarteirização, e com isso, os trabalhadores, ou melhor, os “colaboradores” ficam cada vez mais alijados do processo de construção e consolidação dos serviços de saúde, estando alheios aos resultados obtidos a partir da conformação do seu trabalho. As equipes não se sentem parte da unidade e, tão pouco, elemento integrante do processo de construção da saúde pública e seus desdobramentos sobre a qualidade de vida da população usuária dos serviços e, conseqüentemente, sobre o histórico direito de cidadania, da qual a saúde é elemento intrínseco.

Trata-se de uma conjuntura de agudização histórica da superexploração dos trabalhadores do campo da saúde, definidos por novos padrões de gestão e

seus instrumentos de contratação por metas. Predomina a proliferação dos contratos temporários de trabalho e dos trabalhadores contratados no regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), acentuando a precarização do trabalho, além de intensificar ainda mais a sua exploração, nos moldes dos interesses privatizantes. A lógica pragmática e emergencial que se tornou hegemônica na contemporaneidade, acena para uma falsa concepção de eficácia mercantil, com traços e características que promovem um processo de privatização assustador, que reduz a vida humana a mera engrenagem para a produção de lucros. A consequência mais clara e evidente deste complexo processo de administração privada da coisa pública está associada ao aprofundamento das expressões da questão social e a ruptura com os movimentos e o processo democrático do país, que reflete sobre as relações de trabalho e interfere negativamente sobre a qualidade da atenção à saúde, respondendo aos ditames do ajuste fiscal demandado pelas agências financeiras internacionais.

A conformação e materialização desta “nova” forma de pensar e conceber o trabalho na saúde, com a supressão do quadro de profissionais estatutários e sua estabilidade funcional, representa o fiel da balança na relação entre o Estado, a classe trabalhadora e a sociedade civil, em um contexto estritamente desigualitário, moldado pelos ideais capitalistas de dominação e exploração. Assim, o modelo de gestão dos recursos humanos, que orienta as ações das Organizações Sociais sobre o conjunto de profissionais da saúde no Rio de Janeiro, expressa exatamente as implicações e perdas legais impostas para a classe trabalhadora, especialmente nos últimos anos. Seus traços e características próprias, assim como, os mecanismos de resistência e combate a esta lógica cruel de precarização do trabalho, serão aprofundadas a seguir, através de uma jornada galgada por dentro das estruturas consolidadas pelo capitalismo, no interior da política pública de saúde do Rio de Janeiro.

4.

Saúde, trabalho e Organizações Sociais no contexto neoliberal

4.1.

Saúde e trabalho: limites da gestão das Organizações Sociais no Rio de Janeiro

Nossa caminhada até aqui nos levou por caminhos repletos de contradições e discrepâncias. Todas as reflexões que fizemos até então nos conduziram pela história da saúde no Brasil, trazendo subsídios para uma reflexão mais aprofundada sobre a saúde na contemporaneidade, atrelada à lógica imponente do neoliberalismo, que avançou de forma hegemônica e avassaladora ao redor do globo, de modo tão convincente, que sempre soou como algo quase inevitável. E é exatamente esta lógica que o capitalismo quer nos fazer acreditar: de uma sociedade fadada ao fracasso, cuja única esperança seria a ideologia propagada pelo neoliberalismo. A recuperação dos traços e características sócio-históricas da saúde no Brasil teve a pretensão de possibilitar a construção de referenciais teóricos para avaliar e compreender melhor, tornando mais nítido e evidente, os impactos e transformações impostas pelo atual estágio de organização do capitalismo sobre a saúde. Este movimento crítico e reflexivo sobre os novos contornos da política de saúde brasileira descortinou diversos temas e questões, que apontam para a conformação do capital na saúde do país.

A análise sociológica das diferentes formas de organização da produção e da prestação de serviços requer a ampliação de seus horizontes para além do próprio processo de trabalho, a fim de evidenciar os condicionantes econômicos, políticos, sociais e culturais de sua determinação.

(LAZZARESCHI, 2007, p. 29)

Nesta jornada, a contextualização do cenário pelo qual a saúde no Brasil atravessa e é atravessada, representou, na verdade, um instrumento analítico para a compreensão e desvendamento do trabalho e suas mutações nos últimos anos, entendendo-o como categoria central de análise e construção do pensamento. Estamos nos referindo a uma conjuntura de internacionalização

dos mercados e aumento da competição capitalista mundial, que resultou, no âmbito da organização do trabalho, em novos arranjos institucionais, redefinição das ações do Estado e processos produtivos mais flexíveis, com determinação da nova configuração do mundo do trabalho e seus processos de subcontratação e terceirização. Deste modo, a conjuntura política, econômica, social e ideológica em que se inscreve o Brasil e seus Estados, principalmente a partir dos anos de 1990, com o avanço do viés empresarial e mercadológico, representou um contraponto a toda a base de fundamentação do Sistema Único de Saúde, reestruturando suas ações e serviços, alijados das premissas de equidade e universalidade, que permearam as conquistas recentes da saúde, que a elevava à condição de direito social. Trata-se de uma conjuntura complexa e contraditória de abertura comercial, desregulamentação financeira, privatização, ajuste fiscal, redução dos direitos sociais e desregulamentação do mercado de trabalho.

No âmbito da saúde, o profundo processo de transformação societária, nos termos do neoliberalismo contemporâneo, significou uma notável fragmentação da política e a subordinação da saúde à lógica econômica. A conformação do interesse privado de certos grupos e segmentos sociais no interior da política de saúde consolidou, na prática, ações focalizadas, com ênfase na precarização e terceirização dos recursos humanos. A saúde passou, então, a ser considerada uma atividade não exclusiva do Estado, em um processo ideológico de transformação do universo dos serviços públicos em mercadoria, com o objetivo precípua de desvalorizar a força de trabalho, em nome de um movimento de acumulação e valorização do capital cada vez mais financeirizado, o “capital fetiche”, nos termos de IAMAMOTO (2007).

O Plano Diretor de Reforma do Estado, atrelado ao Ministério da Administração e Reforma do Estado, como vimos anteriormente, foi uma das mais contundentes diretrizes organizacionais e expressões políticas da saúde pública sob a lógica mercantil, instalada no Brasil nos últimos anos, tornando políticas sociais, como a saúde, locus do capital, contribuindo assim, de forma direta e indireta para a instalação e expansão da rede privada no seio das políticas públicas. Desta maneira, observou-se a adesão submissa dos marcos da gestão empresarial, com foco nos resultados e valorização do mercado, que cria as condições de realização da mais valia por dentro do aparelho do Estado.

Os serviços de saúde tornaram-se cada vez mais espaços de supercapitalização

e relevante fonte de investimento e lucratividade capitalista. 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, equipamentos médico-hospitalares e insumos, sistema público de saúde, seguro-saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancários, entre outros.

(SOARES, 2013, p. 94)

E é neste exato contexto que as Organizações Sociais surgiram, atreladas ao movimento de contrarreforma na saúde, com ampliação restrita, fragmentada e desigual do sistema. No âmbito do Plano Diretor da Reforma do Estado, as Organizações Sociais se configurariam como um modelo de organização pública não-estatal, materializadas por associações civis sem fins lucrativos, que estariam diretamente orientadas para o atendimento do interesse público. Criou-se, então, uma entidade que se intitula pública não-estatal, associando interesses públicos com a eficácia e agilidade conferida à esfera privada. Entretanto, esta criação puramente ideológica, na prática, é impossível, considerando que ao dispor de instrumentos privados na gestão da política, tal entidade assume seu caráter enquanto ente privado, em sua origem e interesse próprio. No concreto, observamos que tal proposta transporta a lógica privada para o interior do espaço público, de forma institucionalizada e legalmente constituída.

Nessa angulação, as entidades citadas são concebidas como instrumento de viabilização e implementação de políticas públicas. Elas têm possibilidade de comprar medicamentos sem licitação (fora da Lei das Licitações n. 8.666/93), superfaturar despesas e não estar sobre a fiscalização dos Conselhos de Saúde e dos órgãos públicos fiscalizadores.

(TEIXEIRA, 2013, p. 66)

A história recente da política de saúde no Rio de Janeiro, mais especificamente, sob orientação da administração proposta pelas Organizações Sociais, demonstra claramente as determinações da lógica privada no espaço público, em detrimento inclusive, dos reais interesses da população usuária. Trata-se de uma realidade controversa e repleta de contradições, cujas fragilidades se tornam cada vez mais evidentes, expondo os limites dessa forma de pensar e conduzir a política de saúde. Escândalos de corrupção recentes tomaram o noticiário nacional com denúncias de formação de quadrilha nas contratações das Organizações Sociais, que atuavam no âmbito das UPAs. As denúncias citavam o pagamento de propinas elevadas e a manipulação de

licitações, com emissão de notas fiscais falsas. Esta seria apenas uma das pontas do iceberg da denominada crise da saúde no Rio de Janeiro, amplamente divulgada e com estimativa de déficit de 1,4 bilhão com fornecedores em janeiro de 2016, conforme aponta matéria divulgada em 4 de janeiro pelo site da Globo. Antes, porém, a crise da saúde no Estado teria provocado o fechamento parcial ou integral de unidades, serviços e setores inteiros, assim como, suspenso procedimentos importantes como cirurgias e transplantes, devido à ausência de insumos básicos e pagamento de pessoal, provocados pelo não repasse de verbas públicas para as Organizações Sociais, que administram as unidades de saúde, dentre as quais estão as UPAs, totalmente submetidas a este tipo de gestão.

Este quadro caótico que a saúde atravessou entre o final de 2015 e o início de 2016 levou ao questionamento mais efetivo do modelo de gestão proposto pelas Organizações Sociais. O Conselho Regional de Medicina, por intermédio de seu vice-presidente, Nelson Nahom, apontou a administração das Organizações Sociais como um modelo caro, ineficaz e antiético, conforme publicado em 24 de dezembro de 2015, também no site da Globo. No mesmo contexto, foi divulgada a recomendação da 2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Capital e do Grupo de Atuação Integrada da Saúde do Ministério Público do Rio de Janeiro de suspensão de todas as novas contratações por meio de Organizações Sociais para a saúde. Foram formadas auditorias para rever todos os contratos de qualificação e seleção, principalmente após a denúncia de desvio de cerca de 48 milhões de reais em recursos públicos por meio de contratos da Organização Social Biotech.

As Organizações Sociais passariam, então, a ser apontadas como um modelo de administração ágil, porém com altos custos. Ao passo que agilizaria a compra de insumos, já que dispensa licitação, e teria mais facilidade para contratação de médicos especialistas, a gestão das Organizações Sociais representaria a perspectiva de aumento dos custos de procedimentos, com sérias críticas ao seu modelo de fiscalização. De acordo com o jornal O Dia, de 23 de dezembro de 2015, a dívida do Estado com as Organizações Sociais no final de 2015 era de R\$ 710 milhões. De 3,8 bilhões de reais destinados à saúde, 2,1 bilhões foram repassados para as Organizações Sociais, valores equivalentes a 55% dos recursos disponibilizados pelo Estado. Nesta perspectiva, os escândalos de corrupção, assim como, as denúncias de

superfaturamento, desvio de recursos públicos, descompromisso com os encargos sociais dos trabalhadores, coloca em questão a credibilidade deste modelo de gestão na saúde. Em sua maioria, as Organizações Sociais são, na prática, empresas com redes de atuação organizadas e sofisticadas, com atuação em vários municípios e em mais de um Estado da federação, com o intuito de obter lucros, burlando mecanismos de controle de gastos em áreas públicas e fraudando o Estado, através da criação de sobretaxas, ou mesmo, com esquemas de propina.

Os serviços de saúde como área de expansão do capital exemplificam a tendência já identificada por Marx de penetração de relações capitalistas de produção em todas as esferas da produção material, em que anteriormente existiam relações artesanais ou nas quais a caridade ou o Estado imperavam. Na conjuntura de crise, tais serviços podem se tornar campo de existência de contratendências à crise geral do capitalismo, quando se recomenda a privatização do Estado para que eles se tornem objeto de valorização.

(ANDREAZZI e BRAVO, 2014, p. 06).

No que se refere especificamente ao trabalho e suas múltiplas relações, esta conjuntura reforça as prerrogativas gerais vistas no capítulo anterior, onde observamos o estabelecimento de novas relações de trabalho, assentadas nos ideais de flexibilização e desregulamentação. A intensificação do processo de terceirização no Rio de Janeiro, com a proliferação das Organizações Sociais na saúde, representou uma gestão de recursos humanos centralizada e absolutamente normativa, com a consolidação de métodos japoneses de controle de qualidade total, que exigiu a formação de trabalhadores versáteis para a execução de inúmeras tarefas distintas. A crescente redução dos postos de trabalho, justificadas pela necessidade de redução dos custos e investimentos, em meio a forjada crise da saúde no Rio de Janeiro e conseqüentemente, o desemprego de significativas parcelas de trabalhadores e categorias profissionais, também foi uma característica deste modelo de gestão. A instabilidade funcional dos trabalhadores das Organizações Sociais e a redução das conquistas trabalhistas do funcionalismo público nesta conjuntura, resultou em um amplo processo de cooptação, disciplinamento e passivação da classe trabalhadora.

Mesmo com salários atrasados, serviços restritos e escassez de insumos, não houve praticamente nenhum movimento de trabalhadores nos espaços geridos pelas Organizações Sociais, salvo algumas articulações pontuais, como

pequenas manifestações contra o atraso dos salários nos Hospitais Estaduais Getúlio Vargas e Albert Schweitzer. Durante o período da pesquisa, não foram mapeados movimentos de trabalhadores das Unidades de Pronto Atendimento. Prevalece, portanto, a ameaça do desemprego, o assédio moral velado ou não, e o medo de punição e descontos, no interior de uma ordem em que predomina o consenso sem luta e sem disputa, na perspectiva de aceitação e manutenção da ordem vigente, sem resistência ou qualquer outra forma de questionamento. Estamos nos referindo aos espaços de reivindicação e negociação no lócus do trabalho, ou seja, da relação direta entre trabalhadores e seus respectivos gestores. Entretanto, não podemos deixar de sinalizar as ações desenvolvidas pelo Fórum de Saúde do Rio de Janeiro, que mantém sua agenda permanente de reuniões e manifestações, que se intensificaram neste período e se configuram como o principal movimento de resistência e espaço de reflexão coletiva sobre a saúde pública no Estado.

A análise que segue, pretende mergulhar neste universo do trabalho, no contexto das Unidades de Pronto Atendimento no Rio de Janeiro, geridas pelas Organizações Sociais. Trata-se de um esforço de olhar as questões até aqui colocadas, de dentro para fora, a partir do olhar do próprio trabalhador. O intuito é avaliar e entender suas percepções, como se sentem, como constroem suas relações de trabalho, como compreendem esta conjuntura e que estratégias são capazes de estabelecer para construir suas ações profissionais destinadas à consolidação de um trabalho, atrelado às demandas reais da população usuária dos serviços de saúde e aos marcos legais que fundamentaram historicamente o SUS na perspectiva dos direitos sociais. A proposta é refletir sobre a conjuntura capitalista neoliberal, seus modelos de gestão e principalmente, seus rebatimentos sobre o trabalho na saúde. Para tanto, foram realizadas um total de doze entrevistas com profissionais das quatro Organizações Sociais que administram as UPAs no âmbito do município do Rio de Janeiro e que estão sob supervisão da Secretaria de Estado de Saúde. Trata-se de um olhar por dentro das estruturas e amarras desta conjuntura, que contribuirão para elucidar os nós desta teia de relações complexas e contraditórias, sobre as quais nos debruçaremos adiante.

4.2.

O loteamento da saúde no Rio de Janeiro: limites para a atuação profissional

As reflexões em torno do trabalho coletivo na saúde e seu processo constitutivo e histórico representa um importante elemento para mediar o entendimento sobre as transformações do universo do trabalho na sociedade e seus rebatimentos sobre as relações sociais, em uma perspectiva mais abrangente. Sua conformação, no seio da sociedade capitalista, ganhou contornos próprios, que inscreveram definitivamente o trabalho na saúde no bojo de uma conjuntura predatória em que prevalece o valor, nos termos ditados pelo capitalismo contemporâneo. Estamos nos referindo à congruência do valor de uso e troca, já apresentados anteriormente. No atual estágio de organização do trabalho na saúde estas reflexões, que diferem o valor de uso e troca, tornam-se ainda mais complexas, na medida em que o trabalhador da saúde é usado não apenas para reproduzir e recuperar a saúde da força de trabalho ou exército de trabalhadores do capital.

Este trabalhador passa, então, a gerar lucros diretos para o capital, por intermédio da redução de seus postos de trabalho, acúmulo de funções e geração de dados quantitativos, que se traduzem em receitas e novos repasses financeiros. O intuito, portanto, consiste em reafirmar a centralidade que o debate em torno do trabalho assume nesta conjuntura de intensas modificações no seio da política de saúde, principalmente no contexto das diversas formas de terceirização presentes no universo da saúde pública nas últimas décadas.

Desse modo, para se compreender a nova forma de ser do trabalho, a classe trabalhadora hoje, é preciso partir de uma concepção ampliada de trabalho. Ela compreende a totalidade dos assalariados, homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho, não se restringindo aos trabalhadores manuais diretos, incorporando também a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo que vende sua força de trabalho como mercadoria em forma de salário.

(ANTUNES e ALVES, 2004, p. 342).

No Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, a avalanche de contratos de gestão entre a Secretaria de Estado de Saúde e as Organizações Sociais, que atualmente detém a administração de todas as Unidades de Pronto Atendimento e quase todos os Hospitais de Emergência do Estado, representa um profundo

processo de transformação das relações de trabalho, com impactos significativos sobre as conquistas legais dos trabalhadores, assim como, sobre a construção da própria política de saúde no Estado. Atualmente, as vinte e nove UPAs vinculadas à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, estão sob administração das Organizações Sociais. As quatro Organizações Sociais que detêm a gestão dessas unidades têm seus contratos renovados desde 2012, quando assumiram os serviços.

Nos hospitais gerais como os hospitais estaduais Azevedo Lima (Niterói), Alberto Torres (São Gonçalo), Getúlio Vargas (Penha) e outros, o panorama é o mesmo. Ao todo, são movimentados gastos crescentes que chegam próximo a quantia de 3 bilhões em 2015, conforme divulgado pela própria Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Trata-se, deste modo, de um lastro histórico peculiar, onde a saúde do Rio de Janeiro e de outros Estados do país, assumem definitivamente, e de forma abrangente, as prerrogativas impostas pelo capitalismo em escala mundial, de intensificação da exploração da força de trabalho, adequação do movimento e intervenção do Estado, e novas estratégias de reprodução da riqueza no interior das políticas públicas.

A consolidação das Organizações Sociais no Rio de Janeiro provocou um verdadeiro êxodo de profissionais públicos, de todas as áreas, para as poucas unidades de saúde sob administração direta do Estado que restaram. No caso específico das UPAs, composta em sua maioria por militares do Corpo de Bombeiros, este movimento de saída dos profissionais se efetivou com a cisão entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Defesa Civil. Sem opções, os militares retornaram às suas atividades junto a Corporação ou, ainda, foram cedidos à Secretaria de Estado de Saúde, atuando principalmente, no nível central de gestão. Paralelamente, houve o encerramento dos contratos dos profissionais admitidos por intermédio de concurso temporário promovido pela Fundação Escola de Serviço Público (FESP) do Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2008 e 2009, gerando muitos questionamentos e reclamações, inclusive sobre a continuidade das ações até então desenvolvidas. Podemos afirmar que o processo de transição da gestão foi extremamente confuso e conflituoso. Em algumas unidades, a substituição ocorreu as zero horas, ou seja, no início da madrugada. Poucas foram as Organizações Sociais que se preocuparam em contratar profissionais com experiência na área, que conhecessem fluxos e rotinas, assim como, demandas e recursos disponíveis. Este foi, inclusive, um

dos complicadores desta pesquisa, que buscava entrevistas com profissionais que já haviam atuado nas Unidades de Pronto Atendimento, antes e depois da entrada das Organizações Sociais neste contexto.

Resguardadas as particularidades de cada profissão e seus determinantes históricos, entendemos que esta conjuntura representa um amplo processo de desmonte das estruturas da política de saúde, alterando ideologicamente o processo de constituição dos serviços e, conseqüentemente, provocando substantivas transformações sobre o trabalho e todas as suas relações sociais estabelecidas neste contexto. Compreendemos, então, que a proposta de terceirização da saúde, materializada com o repasse da gestão dos serviços para as Organizações Sociais, interfere diretamente na constituição do trabalho coletivo na saúde, não de maneira isolada, mas dentro de uma perspectiva ampla e articulada, que altera e subjuga o conjunto de trabalhadores da saúde. Muitos são os reflexos e impactos desta “nova” forma de pensar e gerir a saúde e seus trabalhadores, tanto no plano institucional e restrito, como no plano geral e no âmbito da sociedade.

Os contratos entre a Secretaria de Estado de Saúde e as Organizações Sociais, que administram as Unidades de Pronto Atendimento, movimentam cerca de R\$ 600 milhões por ano, desconstruindo o velho e histórico discurso de um Estado precarizado, falido e sem recursos financeiros para investir na saúde. Não se trata de uma reflexão conformista diante da histórica perspectiva de subfinanciamento da saúde, já que entendemos que tais recursos ainda são insuficientes para atender as reais e crescentes demandas da população usuária dos serviços de saúde, principalmente se compararmos o Brasil aos países europeus com sistema de saúde universal. Estamos nos referindo ao fatídico discurso que sempre permeou os meandros da conformação da política de saúde, que apontavam o déficit de recursos como o fator determinante para a precarização e desestruturação das ações e serviços em saúde. A presença cada vez maior do capitalismo e seus interesses privados no interior das políticas públicas altera substantivamente esta perspectiva, atribuindo o fracasso da política de saúde a um modelo de gestão pública arcaico e burocratizado. A escassez de recursos passa a não ocupar mais a posição de destaque neste contexto, em que a administração das Organizações Sociais é apontada como um modelo de gestão ágil, eficaz e capaz organizar melhor os investimentos no setor.

Esse fenômeno combinou-se ao gradativo abandono e sucateamento da rede pública de saúde, a uma política racionalizadora fundada na seletividade da atenção, contribuindo de forma direta e indireta para a instalação e expansão da rede privada. A contratação de serviços de terceiros para prestação da atenção à saúde nos níveis secundário e terciário, as isenções tributárias e os subsídios para os planos e seguros de saúde marcaram esse período expansionista de forma mais expressiva.

(TEIXEIRA, 2013, p. 64)

No Rio de Janeiro a proposta de loteamento da saúde, por intermédio das Unidades de Pronto Atendimento, iniciou-se em 2012, quando as primeiras unidades passaram a ser administradas pelas Organizações Sociais. As UPAs, desde sua constituição, em maio de 2007, representam uma das principais portas de entrada da saúde no Estado, atendendo um expressivo número de pacientes anualmente, o que revela o privilegiamento das demandas imediatas e emergenciais, em contraposição a estruturação de uma rede de atenção básica, capaz de promover e proteger a população usuária e sua saúde. Apenas no ano de 2015, as UPAs localizadas no município do Rio de Janeiro, atenderam mais de 1 milhão de pacientes adultos, sem considerarmos o atendimento de pediatria e de outras UPAs localizadas em outros municípios do Estado.

Ao todo, as 29 UPAs, vinculadas a Secretaria de Estado de Saúde, estão divididas atualmente em quatro lotes, administrados pelas Organizações Sociais: Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (Minas Gerais), Instituto Data Rio (Rio de Janeiro), Instituto dos Lagos Rio (Rio de Janeiro) e Viva Rio (Rio de Janeiro). Destas, apenas a Viva Rio, é anterior ao Plano Diretor de Reforma do Estado (1995) e possui ações vinculadas a outras políticas públicas, como segurança, artes, esportes e meio ambiente, o que revela um contexto que sugere que as Organizações Sociais, hoje presentes na saúde do Estado, consolidam-se no interior da conjuntura de privatização da saúde em larga escala, para este único e exclusivo fim: administrar os recursos públicos disponibilizados no âmbito da saúde.

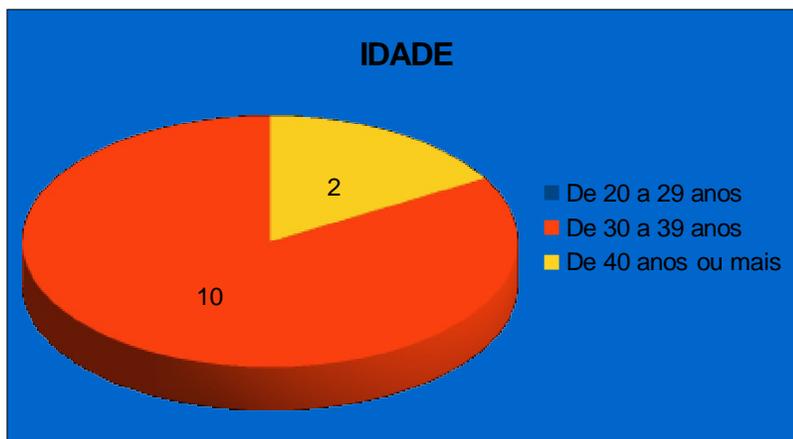
Essas modalidades surgem como um “novo” modelo ou “alternativas” de gestão. A concessão da prestação dos serviços assistenciais é dirigida para os “entes privados”, “públicos não estatais” regidos pelo direito privado. Traz em seu bojo a “parceria público-privado”, na fase complementar da ideologia “desestabilizadora” do capital monopolista, agora voltada para os serviços sociais.

(TEIXEIRA, 2013, p. 65-66)

Do ponto de vista das relações de trabalho, a entrada das Organizações Sociais no âmbito das UPAs, representou, de antemão, a demissão de inúmeros profissionais, de diversas áreas, contratados por intermédio de concurso temporário, assim como, a movimentação de um grande contingente de trabalhadores públicos, acudados e aglomerados nas poucas unidades de saúde que ainda permanecem sob administração direta do Estado. A gestão que, no início de 2013, já era toda das Organizações Sociais, suscitou um amplo, complexo e contraditório processo de metamorfose das relações de trabalho e do produto de suas ações. São processos de terceirização, subcontratação e precarização, já discutidos ao longo desta pesquisa. Sua conformação no interior das Unidades de Pronto Atendimento, sob os ditames do capital e sob a administração das Organizações Sociais é o que nos interessa neste exato momento, em um movimento que busca a materialização das prerrogativas do capitalismo neste universo particular e ao mesmo tempo coletivo.

Para tanto, recorreremos às reflexões de médicos, enfermeiros e assistentes sociais, que representam o conjunto de trabalhadores, que vivenciaram esta conjuntura de transição, acumulando experiências que se traduziram em relatos e nos conduziram por reflexões sobre os diferentes contextos históricos e ideológicos, que determinaram a organização dos serviços de saúde oferecidos pelas Unidades de Pronto Atendimento no Rio de Janeiro e suas relações de trabalho no contexto do capitalismo contemporâneo e as prerrogativas do neoliberalismo.

Conforme sinalizado anteriormente, foram realizadas um conjunto de doze entrevistas, com profissionais de diferentes Organizações Sociais, que atuam no município do Rio de Janeiro, sob fiscalização da Secretaria de Estado de Saúde. Ao todo, ouvimos quatro médicos, quatro enfermeiros e quatro assistentes sociais, que nos deram valiosas contribuições ao longo deste processo investigativo, referente ao trabalho na saúde no âmbito das Unidades de Pronto Atendimento. O levantamento do perfil desses profissionais revelou um grupo formado, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino, o que equivale a 2/3 dos questionários aplicados e pode estar atrelada a perspectiva histórica e cultural de algumas profissões da saúde. Por outro lado, trata-se de um grupo de trabalhadores formado, majoritariamente, por jovens profissionais entre 31 e 37 anos, com apenas dois entrevistados com mais de 40 anos de idade. Observa-se, portanto, um grupo com pouca experiência profissional.

Gráfico 1 – Caracterização dos Profissionais

Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

Consequentemente, trata-se de um conjunto de trabalhadores formados, fundamentalmente, entre os anos de 2004 e 2010, ou seja, entre 6 e 12 anos de formação, evidenciando um grupo de jovens trabalhadores, que nesta pesquisa representa mais de 80% dos entrevistados. No entanto, todos afirmaram possuir algum tipo de especialização, sendo um stricto sensu, o que demonstra um conjunto de profissionais preocupados com a formação e aprimoramento de suas habilidades e competências. Deste modo, estamos diante de profissionais jovens, com menos de dez anos de formação, com especialização e do sexo feminino, primordialmente.

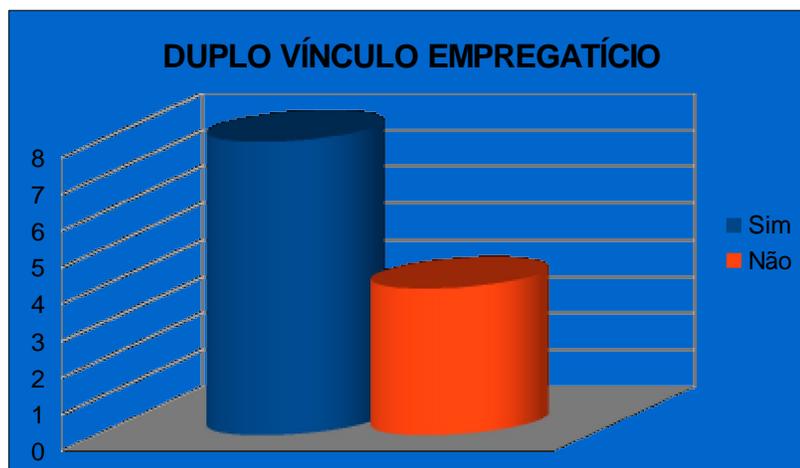
Gráfico 2 – Caracterização dos Profissionais

Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

Todos eram contratados sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com admissão na empresa no início de 2013, quando as Organizações Sociais assumem de modo efetivo as Unidades de Pronto Atendimento. Estes representariam o raro e seletivo grupo de profissionais que não foram descartados no momento da transição da administração direta do Estado para a gestão das Organizações Sociais. Reitero que este é um grupo bem pequeno se comparado ao conjunto dos trabalhadores que atuam no âmbito das UPAs atualmente. Este, certamente, foi o principal obstáculo para a efetivação da pesquisa: encontrar funcionários contratados pelas Organizações Sociais com algum tipo de experiência anterior nas UPAs, durante o período em que tais unidades eram gerenciadas diretamente pela máquina estatal. Considerando que muitos profissionais tiveram seus contratos encerrados pelo Estado no momento da transição da gestão, podemos compreender, então, que a entrada das Organizações Sociais, representou, efetivamente, o desemprego de grande parcela de trabalhadores. Muitos dos quais, não tiveram sequer a oportunidade e o acesso aos processos seletivos escamoteados pelas Organizações Sociais, reproduzindo uma prerrogativa imposta em escala mundial de ampliação dos níveis de desemprego. Segundo o site R7.com, em matéria divulgada em 6 de março de 2014, após quase cinco anos atuando em hospitais estaduais ou em Unidades de Pronto Atendimento do Rio de Janeiro, mais de seis mil concursados temporários pela FESP (Fundação Escola do Serviço Público) foram desligados pelo governo do Estado.

Do total dos entrevistados, cinco tiveram experiência anterior em outra Organização Social, diferente da qual trabalha atualmente. A forma de demissão difere entre cada um dos cinco entrevistados, tendo a maioria optado pela saída voluntária. O perfil dos profissionais entrevistados também revelou um grupo de trabalhadores com dupla jornada de trabalho, ou seja, com, pelo menos, mais de um vínculo profissional, cerca de 66%. Alguns profissionais relatam o não pagamento de hora extra trabalhada e a limitação de plantões complementares, o que impulsionaria tais profissionais à busca por outras fontes de renda ou outros vínculos empregatícios. Este contexto revela uma realidade comum aos profissionais de saúde, o que tende a diluir e fragmentar os espaços coletivos, com fragilização das relações profissionais e da noção de pertencimento, levando trabalhadores a uma dupla jornada que degrada e precariza suas forças.

Gráfico 3 – Caracterização dos Profissionais



Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

Esta questão também se relaciona com a contraditória política salarial proposta pelas Organizações Sociais, considerada incipiente e irrisória pela maioria dos trabalhadores envolvidos no processo investigativo. O salário médio pago aos médicos por um plantão de 12 horas é o equivalente a R\$ 3.800,00. Já enfermeiros e assistentes sociais recebem pouco mais de R\$ 2.000,00 por uma jornada de 30 horas semanais. Para alguns desses profissionais, identificamos a perspectiva real de aumento salarial, se compararmos ao vínculo anterior, quando estes trabalhavam sob o concurso temporário promovido pela FESP. Os médicos, especificamente, relatam ganhos em relação aos direitos trabalhistas, já que muitos eram contratados por cooperativas, porém, afirmam que a limitação de horas extras ou plantões complementares, representam perdas importantes no valor real pago a eles mensalmente.

Para as outras categorias profissionais observadas também houve um ligeiro aumento do salário, porém com aumento da jornada de trabalho. Para o conjunto de militares do Corpo de Bombeiros que atuavam neste contexto, a política salarial apresentada pelas Organizações Sociais representou a desvalorização do valor do seu trabalho. Esta conjuntura reforça, na verdade, a proposta de redução de investimentos na área de recursos humanos, com perdas legais e salariais para o conjunto de trabalhadores, conforme estabelecido pela política ideológica do capital, que propõe a super exploração da classe trabalhadora, também materializada pela necessidade de manutenção de dois ou mais vínculos empregatícios. Amplia-se, deste modo, o número de

horas trabalhadas, fragilizando as relações trabalhistas, com rebatimentos sobre a qualidade de vida da classe trabalhadora, assim como, sobre a assistência oferecida.

De outro ângulo, o investimento especulativo no mercado de ações das empresas aposta na extração da mais valia presente e futura dos trabalhadores para alimentar as expectativas de lucratividade das empresas segundo padrões internacionais. Ele impõe mecanismos de ampliação da taxa de exploração por meio de políticas de gestão; “enxugamento de mão de obra”; intensificação do trabalho e aumento da jornada sem correspondente aumento dos salários; estímulo à competição entre os trabalhadores em um contexto recessivo, que dificulta a organização sindical. O peso recai sobre o aumento do desemprego estrutural e a redução do trabalho protegido e tem, no seu verso, a expansão do trabalho precário, temporário, subcontratado, com perda de direitos e ampliação da rotatividade da mão de obra.

(IAMAMOTO, 2009, p. 26).

No que se refere especificamente ao processo de trabalho e as alterações observadas a partir da entrada das Organizações Sociais nas respectivas Unidades de Pronto Atendimento, podemos destacar que todos os profissionais entrevistados conseguiram observar algum tipo de modificação imposta pelo “novo” padrão de administração. Houve divergência nas respostas, principalmente se dividirmos as respostas por blocos de Organizações Sociais. Dos 12 profissionais, 7 avaliaram as modificações percebidas como boas ou excelentes, ou seja, cerca de 58%. Este grupo destaca a preocupação do atual gestor com a implementação de serviços de qualidade total, elaboração e organização de protocolos, fluxos e rotinas, além da melhoria da estrutura de recursos materiais e alguns insumos. Ou seja, destacam a melhoria do padrão e capacidade organizativa da unidade, dos serviços desenvolvidos e, principalmente, da padronização e disciplinamento dos profissionais, que foram apontados por esse grupo como dispersos e desorganizados.

Outra parte dos envolvidos na pesquisa, cinco profissionais ao todo, destacaram as mudanças propostas como péssimas ou ruins, devido à imposição de novas atribuições profissionais, algumas das quais não compatíveis com seus projetos profissionais, legal e historicamente consolidados. Curiosamente, os profissionais das Organizações Sociais HMTJ e Viva Rio, fundamentalmente, fizeram avaliações positivas, enquanto os profissionais da IDR e Instituto dos Lagos Rio, avaliações negativas, o que pode sugerir um padrão de organização e estruturas de trabalho diferenciadas entre as quatro Organizações Sociais estudadas. E, deste modo, revela a disparidade

de um sistema que deveria ser único, com padrão de atendimento e estruturas de trabalho construídas sob uma mesma base de sustentação.

Gráfico 4 – Exercício Profissional



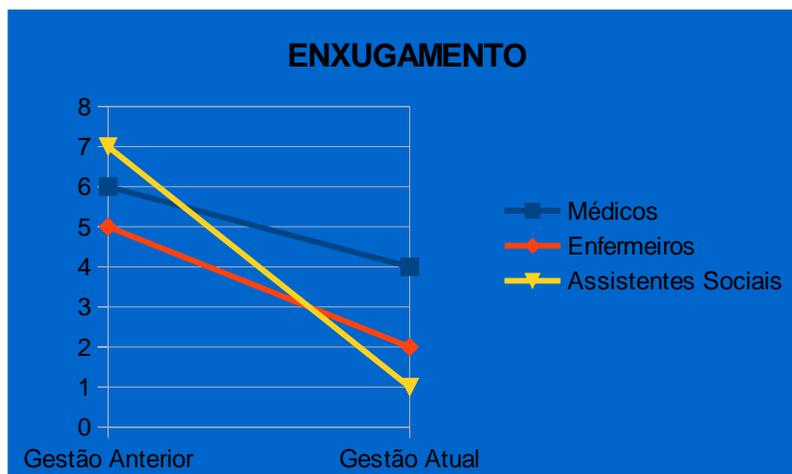
Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

Embora algumas avaliações tenham sido positivas, quando questionamos as alterações advindas com a gestão das Organizações Sociais no contexto das UPAs, foi praticamente unânime o relato de problemas, assim como, reclamações relacionadas a redução ou enxugamento do quadro de profissionais que atuam nessas unidades. Apenas os assistentes sociais e enfermeiros do Instituto dos Lagos Rio, até o momento da entrevista, não tinham sido afetados pela política de redução dos postos de trabalho, o que representa pouco mais de 16% dos profissionais ouvidos. Entre os médicos a redução do quadro profissional foi entre 16% e 33%, com uma diminuição em média de dois profissionais por plantão. Entre os enfermeiros afetados, o enxugamento do quadro variou entre 33% chegando até 60%. Mas entre os assistentes sociais o quadro é ainda mais alarmante. Das quatro Organizações analisadas, três delas implementaram um corte de profissionais da área superior a 85%, restando nestas unidades apenas 1 profissional, que atua de segunda a sexta-feira de 9 às 15 horas.

Se considerarmos o número de usuários que circulam diariamente por essas unidades, a complexidade de suas demandas, que certamente vão além de sintomas pontuais, e o perfil de atendimento das Unidades de Pronto Atendimento, que são grandes urgências abertas com funcionamento em 24 horas em todos os dias da semana, podemos entender que talvez esta seja a

herança mais cruel desta nova forma de administrar a saúde e seus recursos humanos disponíveis.

Gráfico 5 – Quadro de Profissionais



Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

Não restam dúvidas quanto aos rebatimentos desta política de enxugamento dos postos de trabalho sobre a política de saúde, seus serviços e ações desenvolvidas e, fundamentalmente, sobre o próprio trabalhador, que é sobrecarregado e acumula funções. Também não podemos desconsiderar que estamos nos referindo a unidades de urgências hospitalares, abertas 24 horas por dia, com atendimentos ininterruptos, o que torna mais grave este quadro e coloca em questão a perspectiva de atendimento integral. Os profissionais relatam, por exemplo, o agravamento das subnotificações de casos de violência e/ou negligência contra mulheres, adolescentes e até crianças. Se considerarmos ainda que aproximadamente 58% dos profissionais entrevistados relatam a imposição de novas tarefas ou atribuições no seu cotidiano de trabalho, podemos ratificar, então, um quadro real de profunda exploração e precarização das relações de trabalho. Nega-se, portanto, a possibilidade de um atendimento multiprofissional e de qualidade aos usuários dos serviços de saúde que estudamos, resvalando no próprio direito à saúde, que representa muito mais do que as questões físicas e biológicas que chegam às unidades de saúde.

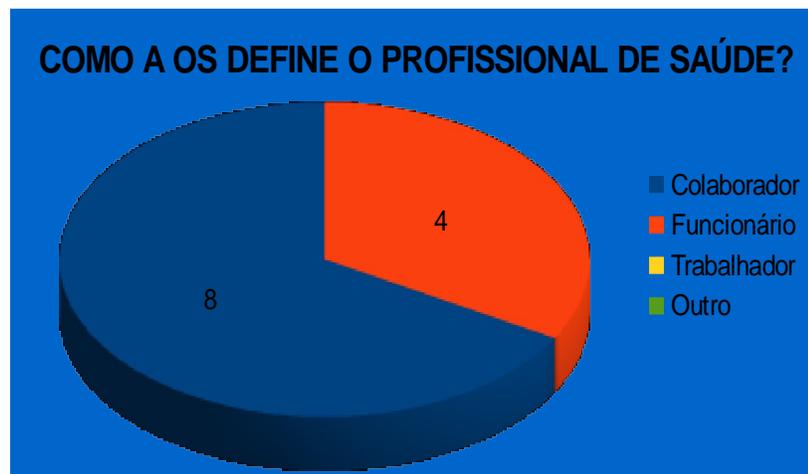
A racionalidade empresarial produtivista que vem sendo incorporada no âmbito da gestão do SUS evidencia que a eficiência e a eficácia das novas modalidades de gestão estão fundadas no maior controle e intensificação do ritmo do trabalho

no sistema, o que agudiza a histórica superexploração dos trabalhadores da saúde.

(SOARES, 2013, p. 110)

Conseqüentemente, o nível de satisfação entre os profissionais pode ser considerado bem pequeno, tendo em vista as respostas dadas. Apenas 1/3 dos profissionais demonstra algum tipo de satisfação com as mudanças impostas sobre o trabalho, considerando a percepção dos profissionais sobre o conjunto de trabalhadores de sua categoria no âmbito da instituição. Os outros 2/3 afirmam que eles e seus colegas de profissão estão *pouco satisfeitos* com o resultado geral deste quadro de intensas modificações. Como estratégia para burlar este descontentamento e a imposição de uma nova configuração no âmbito das relações profissionais, as Organizações Sociais criam uma nova filosofia ou ideologia na relação que estabelece com os profissionais, que passam a ser denominados como colaboradores, conforme apontam 2/3 dos entrevistados. Trata-se de uma nova forma de conceber o trabalhador da saúde no espaço institucional, conferindo-lhe, implicitamente, novas características, a partir do fortalecimento de relações ideológicas de dominação consentida.

Gráfico 6 – Relação gestor x trabalhador



Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

A perspectiva é consolidar uma nova mentalidade entre os diferentes profissionais, “convidando-os” a participar, cooperar ou contribuir para um determinado fim que, na realidade busca o consenso e a cooptação dos trabalhadores, apassivados neste processo de intensas contradições. A

disseminação desta ideologia ocorre de maneira implícita, não perceptível aos olhos da maioria dos profissionais, que se sentem colaboradores e funcionários das respectivas empresas, ignorando a perspectiva de classe trabalhadora. Alguns, mais críticos, conseguem se perceber como trabalhadores, no bojo deste contexto alienante, e até mesmo tarefeiros, revelando um conhecimento mais próximo da realidade imposta pela administração das Organizações Sociais ao conjunto dos trabalhadores entrevistados.

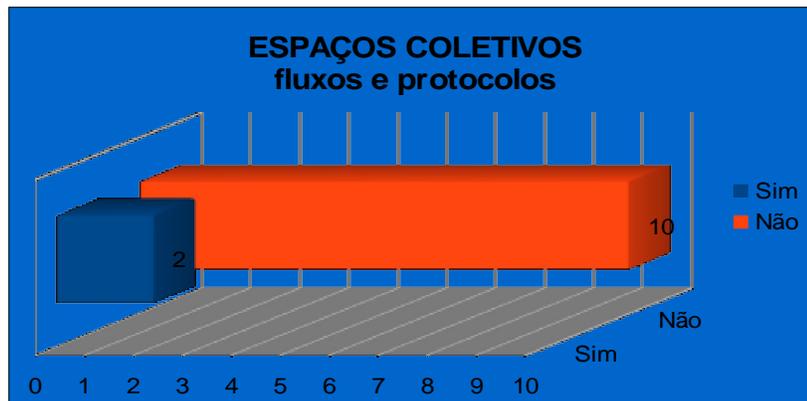
Gráfico 7 – Relação gestor x trabalhador



Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

Ainda no que se refere às relações profissionais estabelecidas neste contexto, observamos uma relação hierarquizada e constituída verticalmente. De uma maneira geral, não há espaços coletivos para a construção de fluxos, protocolos e outros instrumentos de trabalho. Esta perspectiva de construção de ações conjuntas só apareceu em duas respostas, ambas na Organização Social Viva Rio. As outras três Organizações Sociais estudadas não possuem qualquer tipo de espaço de interlocução com os trabalhadores da saúde para construção e avaliação de documentos e normas do seu próprio trabalho. Isto significa que em 83,3% dos casos observou-se uma relação autoritária e centralizadora no processo de construção e consolidação do exercício profissional das diferentes categorias, com direção única e sem espaços de escuta e troca de experiências, ficando os profissionais alijados do processo de elaboração de diretrizes dos processos de trabalho dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento.

Gráfico 8 – Relação gestor x trabalhador



Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

A maior parte dos profissionais (58%), afirma ter receio de criticar as rotinas institucionais estabelecidas, assim como, os protocolos que definem e organizam o processo de trabalho de cada categoria profissional. Mesmo aqueles que assumem uma postura mais crítica e questionadora, diante desta conjuntura de hierarquização das relações profissionais, destacam que este movimento é de cunho estritamente pessoal. Porém, observamos que 80% dos que afirmam questionar ou criticar alguma regra imposta institucionalmente, possuem outros vínculos profissionais, o que pode significar a segurança necessária para assumir esta criticidade na relação que estabelece com seus gestores. Não identificamos, portanto, espaços, dentro da rotina institucional, de diálogo entre gestores e coordenadores e os profissionais de saúde.

Gráfico 9 – Relação gestor x trabalhador



Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

Este cenário é ainda pior quando questionados sobre os espaços multiprofissionais de discussão de casos e estudos voltados para o aperfeiçoamento da assistência profissional oferecida, assim como, definição de novas condutas. Em 91,6% dos casos não há nenhum espaço que promova a articulação entre os profissionais em torno de um estudo ou demanda específica. Apenas um profissional da Organização Social Viva Rio relatou ter reuniões mensais com os profissionais de sua categoria, onde se discutem rotinas institucionais e casos atendidos, com o intuito de construir ações coletivas e processos estruturantes de seu exercício profissional.

Gráfico 10 – Relação gestor x trabalhador

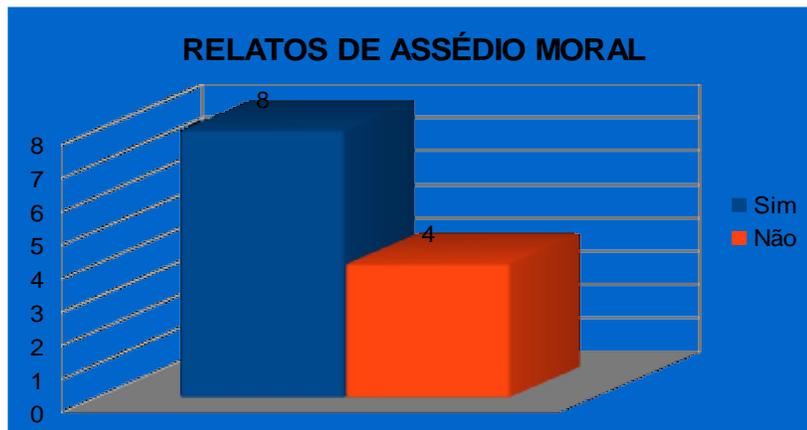


Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

Contraditoriamente, 50% de todos os profissionais observados afirmam que a relação entre o trabalhador, a instituição e seus gestores é boa ou excelente, o que nos conduz a uma reflexão sobre os processos de alienação e apassivamento existentes e eficientes neste cenário. Evidencia-se, portanto, um contexto contraditório, com a consolidação de relações autoritárias, verticalizadas e centralizadoras, que estranhamente são avaliadas como positivas pela metade dos entrevistados. Em 66,6% dos casos há relatos de assédio moral experimentado pelo próprio profissional ou observado por ele durante o exercício de sua profissão, sob controle das Organizações Sociais. Durante as entrevistas, os profissionais de saúde afirmaram ter sido vítimas de algum tipo de situação constrangedora ou humilhante durante sua jornada de trabalho. A ameaça de demissão pelo não cumprimento de normas e rotinas foi a

resposta mais comum entre os profissionais de saúde entrevistados. O risco do desemprego e a vergonha de ser humilhado vão, gradativamente, desestabilizando e fragilizando o trabalhador e sua autoestima. Este contexto sugere-nos características de cooptação e fragilização dos espaços profissionais coletivos no âmbito do trabalho, assim como, o fortalecimento de uma relação estranhada e alienante diante das discrepâncias relatadas pelos próprios profissionais.

Gráfico 11 – Relação gestor x trabalhador



Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

O sucateamento não foi observado apenas no âmbito das relações profissionais. As visitas às UPAs revelaram um cenário de sucateamento geral, com unidades superlotadas e estruturas físicas completamente degradadas. Em algumas unidades os pacientes aguardavam os atendimentos sentados no chão. Em outras, as cadeiras da sala de medicação estavam completamente rasgadas. Havia, ainda, unidades sem serviços de laboratório e reclamações recorrentes sobre o encerramento abrupto de contratos com empresas terceirizadas, responsáveis pelo fornecimento de alimentação para pacientes e funcionários. Consequentemente, para 41,6% dos profissionais a estrutura física oferecida pela unidade é considerada ruim ou péssima. Outros 33,3% dos profissionais avaliam a unidade e sua capacidade física como regular e apenas 25% dos profissionais fazem uma avaliação positiva do quadro. Este cenário também evidencia a discrepância entre os quatro lotes de unidades vinculados à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, sua localização e a diferenciação entre a qualidade dos serviços oferecidos.

Gráfico 12 – Espaço Institucional



Z, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

Embora um pequeno grupo de profissionais faça uma avaliação positiva sobre as unidades e seus serviços oferecidos, é unânime a afirmação dos profissionais referente a episódios de falta de insumos, vivenciada, principalmente, após a entrada das Organizações Sociais, com frequência maior do que a observada durante a gestão direta do Estado. Há relatos de falta de medicação básica e equipamentos essenciais que, em algumas unidades, forçou o fechamento ou suspensão dos serviços. A congruência desses fatores tiveram impactos significativos sobre a qualidade dos serviços oferecidos, segundo os profissionais entrevistados, provocando agravos à saúde do paciente, conforme relatam 67% dos trabalhadores.

Não podemos ignorar o cenário de crise da saúde no Rio de Janeiro, deflagrado em fins do ano de 2015, quando o Estado assume publicamente sua incapacidade de garantir os repasses pactuados com as Organizações Sociais. Notoriamente, este foi um dos fatores – mas não o único - que contribuiu para o agravamento das questões de falta de insumos, precarização dos espaços institucionais e dos serviços de saúde como um todo. Embora o Estado do Rio de Janeiro tenha decretado estado de calamidade pública, por intermédio do decreto nº 45.692 de junho de 2016, compreendemos que a discussão em torno do debate do financiamento da saúde vai muito além da anunciada crise financeira atribuída ao Estado do Rio de Janeiro. Os reflexos sobre a população expressam a materialização de uma trajetória histórica de subfinanciamento da saúde no país e no estado, assim como, a destinação contraditória e equivocada dos recursos públicos alocados nos equipamentos e serviços.

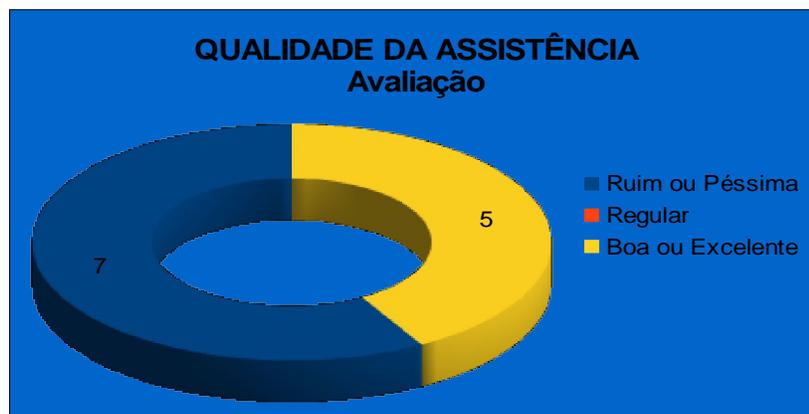
Gráfico 13 – Assistência ao paciente



Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

Para 58,3% dos profissionais esta conjuntura determina a oferta de um serviço *ruim* ou *regular*, que não é capaz de atender as demandas de saúde da população usuária dos serviços. Alguns profissionais reconhecem que o atendimento oferecido é pontual e medicamentoso, não havendo interlocução efetiva com outras unidades ou, ainda, outros níveis de complexidade, seja ambulatorial ou terciário. Apenas 25% avalia o serviço como bom e 16,6% como excelente. Desses 16,6%, um dos profissionais atribui essa avaliação ao grau de alienação dos usuários dos serviços de saúde, que são incapazes de perceber a lógica cruel de um tratamento imediatista e focalizado, oferecido pelas Unidades de Pronto Atendimento, que está absolutamente aquém das reais necessidades da população. Este contexto revela, na verdade, um cenário de fragmentação dos espaços institucionais, com fragilização e precarização da atenção à saúde no Estado.

Gráfico 14 – Assistência ao paciente



Fonte: MUNIZ, MAN. Pesquisa de Campo, 2016.

Entretanto, a piora da qualidade no atendimento em relação ao período anterior foi sinalizada por 62,5% dos profissionais, que observaram mudanças substanciais entre o período sob administração direta e a gestão atual. Cabe destacar que apenas os profissionais da Organização Social HMTJ, fizeram referência a melhorias no atendimento. Por outro lado, todos os profissionais do Instituto dos Lagos Rio reafirmaram a queda da qualidade dos serviços. As Organizações Sociais Viva Rio e IDR se dividiram entre a piora no atendimento e, ainda, na manutenção do padrão de atendimento anterior.

Essa discussão pode estar atrelada à discussão da territorialidade, já que a unidade da HMTJ visitada estava localizada na zona sul do Rio de Janeiro e do próprio perfil demográfico e das demandas direcionadas a esta unidade. E, talvez, pelo fato dessa referida Organização Social ter bases em outros Estados, ou ainda, administrar outras unidades hospitalares no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, demonstrando uma estrutura organizacional maior e outras fontes recursos de financeiros. Cabe destacar, ainda, que estas unidades, principalmente a UPA de Copacabana, foram concebidas de maneira diferenciada, voltadas para um perfil populacional específico, de acordo com as características demográficas do próprio bairro, com um grande contingente populacional de idosos. Sua própria estrutura física, com auditório e espaço para trabalhos em grupo, também se difere das outras UPAs. Sem contar que sua inauguração se deu apenas em fins de 2011, bem depois da maioria das unidades vinculadas ao Estado.

Este cenário não revela apenas a precarização dos espaços institucionais estudados e nem se limita à discussão sobre o caráter focalizado, fragmentado e limitado das ações e serviços em saúde, no contexto das urgências hospitalares do Rio de Janeiro. Trata-se, também, do lócus onde se estabelecem as relações profissionais e de trabalho ou, em outras palavras, o espaço do fazer profissional, degradado, limitado, rudimentar e seletivo, convivendo com a escassez de recursos, em uma lógica de subordinação das ações profissionais e ênfase dada ao capital e sua lógica mercadológica. Estamos nos referindo a uma conjuntura marcada pela política de desregulamentação da economia, que privatiza e terceiriza as políticas públicas, tornando-as focalistas e emergenciais. Entre suas estratégias reprodutivas e de acumulação, destaca-se o atual contexto de superexploração da força de trabalho, atravessada pelo desemprego e a precarização das relações sociais estabelecidas no âmbito do trabalho,

impondo, imperiosamente, um cenário de alienação, subordinação e despolitização de suas contradições.

A caminhada reflexiva junto com os profissionais entrevistados possibilitou o amadurecimento de inúmeras questões, até aqui restritas ao plano teórico de interpretação e análise. Muito mais do que um aglomerado de declarações, tal experiência representou um mergulho por dentro das entranhas da máquina privada e sua relação controversa com a política pública de saúde. Pudemos sentir e observar a angústia de diversos profissionais e a cor do medo refletida em cada olhar. Eram profissionais amedrontados pela avalanche que representou a entrada das Organizações Sociais nas Unidades de Pronto Atendimento no Rio de Janeiro, que abruptamente determinaram as regras do jogo, convencendo alguns e assustando tantos outros.

São profissionais que representam um conjunto de trabalhadores alienados, alijados, estranhados ou separados, incapazes de compreender e enxergar o fruto do seu trabalho. Impossibilitados de perceber o quanto são fundamentais para o capital, pois são engolidos por uma ideologia que os desvaloriza dia após dia. Apáticos, assistem ao que parece inevitável, como em um beco sem saída. Afinal, as Organizações Sociais estão em todos os lugares. Rendidos e usurpados, sujeitam-se às exigências daquele que sequestra suas forças e possibilidades. Cumprem rigorosamente cada ordem, disfarçada por pedidos de colaboração. Assediados e violentados em seus direitos, ajoelham-se, mesmo sem perceber, diante das práticas não consensuais, impostas por meio de violência ou grave ameaça. Esta realidade foi retratada ao longo da pesquisa, onde os profissionais de saúde demonstraram a consolidação de relações autoritárias e hierarquizadas entre trabalhadores e gestores. Assentadas, sobre a grave ameaça de desemprego, as entrevistas também revelaram situações extremas, que subjagam e diluem a capacidade crítica do trabalhador da saúde que, muitas vezes, não é capaz de enxergar as contradições impostas pelo modelo de gestão proposto pelas Organizações Sociais.

Aos que conseguem tem seus descontentamentos revelados ou conseguem desenvolver sua capacidade crítica e questionadora, sobram-lhes a margem do abismo, que representa a falta de opções diante de um cenário de predomínio absoluto das Organizações Sociais sobre os serviços de saúde no Rio de Janeiro. E quase sem esperanças, restam-lhes tentar retornar a impávida

hegemonia capitalista e sua lógica cruel de exploração extrativista. Este foi o cenário temeroso que se desenhou a nossa frente, que nos desafiou e ainda nos desafia hoje, tornando os dias mais difíceis e as noites mais longas, na busca por alternativas possíveis para superação da ordem vigente. Mas ainda é possível sonhar e acreditar. Erguer-se diante das contradições da sociedade capitalista, materializada no seio das políticas públicas, rompendo com a postura fatalista que aprisiona e paralisa nossos movimentos e nos impede de caminhar na direção de uma sociedade mais justa e igualitária.

4.3.

As metamorfoses do mundo do trabalho na contemporaneidade: caminhos possíveis

Vivemos em tempos de intenso processo de reestruturação da economia mundial, subsidiada pela lógica da financeirização do capital, que desregulamenta e liberaliza a economia, em um intenso processo de dominação do capital transnacional e de investimentos financeiros sobre o conjunto dos trabalhadores e seus direitos sociais. Trata-se de um amplo movimento, sem precedentes na história da humanidade, que altera substancialmente as relações societárias como um todo, na busca incansável do mercado por superlucros. Há, portanto, o impulso exacerbado às relações tipicamente mercantis, que interferem diretamente sobre as dimensões da vida social, as relações entre as classes, à divisão social do trabalho, assim como, sobre a organização da produção e distribuição de bens e serviços. Observa-se uma conjuntura de dominação política, que alarga as disparidades econômicas, sociais e regionais, em um contexto de aprofundamento da concentração de poder e renda.

O Estado e suas funções assumem um novo arcabouço, que altera as condições de seu exercício, destinado à satisfação do mercado financeiro e suas crises cíclicas, por intermédio de recursos oficiais. Cabe a ele o papel decisivo de cooptação de interesses, realizando um conjunto de mudanças com o intuito de preservar a ordem vigente. Deste modo, podemos afirmar que a cultura neoliberal, que circula hegemonicamente entre nós, consolida e fortalece a lógica do interesse privado em detrimento da esfera pública, atribuindo ao mercado a solução para todos os desequilíbrios sociais.

Essas são algumas das balizas norteadoras da leitura crítica das relações entre o Estado e a sociedade presentes nos documentos oficiais sobre a política social e fortemente crivadas pela concepção liberal que atribui ao “mercado” a chave para a solução para todos os “desequilíbrios” e à capacidade do Estado estabelecer um “pacto social”, a responsabilidade de gerar um “desenvolvimento com equidade”.

IAMAMOTO, 2009, p. 35

Nosso investimento analítico e estudo no âmbito da saúde ratificou as profundas fraturas que a lógica da eficácia mercantil introduziu neste contexto, promovendo um intenso processo de privatização dos serviços públicos de saúde, assim como, alterando as bases legais e ideológicas da saúde enquanto política pública, permeada por interesses privados crescentes. Estamos nos referindo a uma conjuntura de apropriação privada de recursos públicos e transferência de recursos públicos para atendimento privado, que reduz a saúde a uma lógica incrementalista e assistencial, desconsiderando os determinantes sociais do processo saúde-doença, que fortalece um modelo de atendimento na saúde focalizado, residual, imediatista e centralizado no padrão médico-hegemônico de atenção.

A materialização dos traços e imperativos do mercado e sua perspectiva privatizante consolidou-se na saúde a partir da expansão das diversas formas e organizações da sociedade civil no âmbito da saúde pública. Trata-se da expansão acelerada dos ideais gestados no contexto da Reforma Administrativa do Estado, onde preconizou-se uma legislação, que consolida a saúde como atividade não exclusiva do Estado, abrindo à esfera privada a possibilidade de investimentos e intervenção nos serviços públicos. É esta dada realidade que se conformou como pano de fundo para a nossa pesquisa e atravessou, diretamente, as análises que permearam a compreensão da política de saúde no Rio de Janeiro, a partir da disseminação das Organizações Sociais como modelo privilegiado de administração da coisa pública, atrelada a uma controversa perspectiva de gestão desburocratizada, ágil, eficaz e com foco nos resultados.

Vimos que a lógica perversa de privatização imposta pelos organismos do Terceiro Setor, alterou de modo substancial as relações estabelecidas no âmbito do trabalho, compreendido nesta pesquisa como categoria central e expressão fundamental de um conjunto de relações e significados postos na sociedade capitalista neoliberal. Assim, observamos que a totalidade de trabalhadores que vivem da venda de sua força de trabalho, ainda que estejam atrelados ao universo dos serviços e apontados como trabalhadores

improdutivos, vivenciam inúmeras situações muito aproximadas das problemáticas experimentadas historicamente pelo conjunto dos trabalhadores ditos produtivos. Trata-se de uma conjuntura que impõe à classe trabalhadora um movimento de profundas transformações, onde se identifica a conformação de novas e velhas questões, reatualizadas neste contexto.

O cenário atual apresentado ao conjunto de trabalhadores revela uma realidade marcada por relações flexibilizadas, desregulamentadas e precarizadas, ditadas pela égide capitalista, gerando, entre os trabalhadores, inclusive aqueles observados em nossa pesquisa, um sentimento de insegurança e incerteza em relação ao seu futuro. A perspectiva ideológica e de dominação que envolve as relações sociais estabelecidas neste contexto, promovem um assustador processo de isolamento, cooptação e apassivamento dos trabalhadores, cada vez mais alijados do fruto do seu trabalho, em um amplo processo de alienação, que esconde e camufla as contradições do sistema capitalista contemporâneo. A conjuntura, marcada pela falácia da eficácia do mercado, é apresentada como única alternativa, inclusive no âmbito dos serviços públicos. Seus imperativos e modelos de gestão são proclamados como necessários diante de uma máquina estatal estigmatizada e compreendida como burocrática e incapaz de administrar recursos e serviços públicos, abrindo grandes brechas para a entrada do Terceiro Setor nas políticas públicas, como ocorre com as Organizações Sociais, que hoje impregnam a saúde do Rio de Janeiro.

Em meio a este cenário nebuloso, complexo e contraditório, que domina, aliena e aprisiona os ideais e o ímpeto dos trabalhadores, algumas perspectivas de resistência e luta ganham contornos. Uma luta que não é mais vista no “chão da fábrica”, onde predominam relações autoritárias e coercitivas, traduzidas, como vimos, em práticas de assédio moral, agigantadas diante do espectro aterrorizante do desemprego. As Organizações Sociais e a política ideológica que lhe confere suas bases de sustentação, no âmbito da política de urgência e emergência em saúde no Rio de Janeiro, ceifaram o potencial combativo de seus trabalhadores, que sucumbiram diante da grandiosa engrenagem alienante do capital e suas “mãos fortes”, que esmagam qualquer tentativa de resistência. Constatamos, por intermédio da pesquisa, que mesmo com salários atrasados, submetidos a ambientes de trabalho precarizados e sem insumos básicos para um exercício profissional qualificado, os trabalhadores das UPAs permanecem

apáticos frente aos ditames das Organizações Sociais, assolados por um ambiente extremamente hierarquizado e autoritário.

Não identificamos associações de trabalhadores, tão pouco, pauta de reivindicações. Nem um dos profissionais entrevistados é militante de movimentos sociais. Nossos dados nos mostraram que os espaços institucionais de discussão entre os profissionais são ínfimos e insignificantes. Em linhas gerais, identificamos que não há espaços de construção coletivas de protocolos e rotinas institucionais, tão pouco, discussões de casos entre os profissionais. A própria lógica de loteamento das unidades, proposta pela Secretaria de Estado de Saúde para a administração das UPAs, favorece esse distanciamento e isolamento dos profissionais, segregados em suas ilhas e sem esperanças em relação a um novo amanhã. Os conselhos regionais das respectivas profissões representadas neste estudo, também não desenvolvem nenhuma ação efetiva junto ao coletivo de trabalhadores, corroborando com a sensação de insegurança que paira neste contexto, conforme relato de 100% dos os profissionais entrevistados.

Deste modo, os movimentos da sociedade, intelectuais e militantes da saúde, principalmente associados aos ideais da Reforma Sanitária, assumem grande relevância nesta conjuntura, resgatando bandeiras de lutas suprimidas pela órbita capitalista. O intuito é reafirmar o movimento sanitário na perspectiva da luta contra-hegemônica à racionalidade que permeia a política de saúde e o Estado brasileiro como um todo, moldado pela lógica de desenvolvimento capitalista. Nesta perspectiva, destacamos alguns esforços nacionais de resistência e enfrentamento, como os Fóruns em Defesa do Serviço Público e contra as fundações na saúde, criados inicialmente nos Estados do Rio de Janeiro e Alagoas. Associados às ações promovidas pelo Conselho Nacional de Saúde, os Fóruns em Defesa da Saúde mantiveram uma agenda regular de eventos, debates e audiências públicas que, progressivamente, avançaram a outros Estados do país, resultando em efetivas ações contra a perspectiva privatizante que permeia as políticas públicas nas últimas décadas. A 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2007, retrata exatamente este momento, uma vez que centralizou suas discussões na questão das diferentes modalidades de gestão do SUS, sendo apontada por alguns autores, como TEIXEIRA (2013), como um novo marco referencial após a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Atualmente, a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde constitui-se como o principal organismo de resistência e defesa da saúde pública no Rio de Janeiro, elaborando importantes pautas de reivindicação e movimentos de luta e enfrentamento, frente à lógica privatizante hegemônica no Estado. São espaços coletivos e abertos, que mantêm acesa a chama e a essência da Reforma Sanitária, na perspectiva da politização da saúde, diante do esforço do capitalismo e do modelo de gestão proposto pelas Organizações Sociais na saúde de calar e alienar todas as formas de organização e movimento dos trabalhadores. Infelizmente, o contexto de superexploração da classe trabalhadora, assim como a fragilização das relações profissionais estabelecidas sob a gestão das Organizações Sociais, cerceia a participação dos trabalhadores que experimentam e vivenciam diretamente todas as contradições impostas por este “novo” modelo de administração dos recursos e serviços públicos na saúde. O modelo de contratação profissional predominante neste contexto e, conseqüentemente, a extinção de concursos públicos na área da saúde no Estado, colaboram para a disseminação da extrema fragilização e precarização dos trabalhadores da saúde, que se colocam à margem das grandes lutas postas para a saúde na atualidade.

A expectativa do capital consiste em consolidar a lógica do pragmatismo, que descarta qualquer comportamento ou forma de reflexão sobre as condições gerais que produzem e reproduzem as contradições da ordem vigente. Torna-se necessário, portanto, o fortalecimento de ações e movimentos que sejam capazes de romper e ultrapassar a lógica emergencial e imediatista ditada pelo capitalismo no seio da política de saúde, de modo a construir alternativas de reflexão e questionamento, que mobilizem profissionais e usuários em torno do direito à saúde pública e de qualidade. Para enfrentar os gigantescos obstáculos e barreiras ideológicas, consolidadas pela gestão das Organizações Sociais, que reiteram a proposta de dominação do capitalismo sobre os serviços públicos, é imprescindível a construção de estratégias de debate e enfrentamento coletivo. É necessário, portanto, construir espaços de reflexão crítica e aprofundada sobre a realidade social e deste modo, fortalecendo espaços de socialização de informações e mobilização.

Os movimentos sociais, como a Frente Nacional contra Privatização da Saúde, assumem um papel fundamental neste contexto, ocupando espaços, oferecendo resistência ao modelo de gestão imposto, construindo alternativas

sócio-educativas e principalmente, consolidando-se como referência orgânica para o conjunto dos trabalhadores precarizados da saúde no Rio de Janeiro. No entanto, resta-nos, ainda, identificar mecanismos capazes de fomentar a articulação com os trabalhadores terceirizados e suas categorias profissionais nos espaços institucionais privatizados e precarizados pelo capital, de modo a construir novas perspectivas de gestão, assessoria, reflexão, mobilização e politização. Este sim, seria o caminho possível para a consolidação e defesa de um SUS público, estatal, universal, de qualidade e sob gestão direta do Estado, contra todas as formas de privatização e parcerias público-privadas. Ou seja, na defesa de uma sociedade mais justa, sem discriminação de qualquer natureza e sem exploração e divisão entre as classes sociais.

5.

Considerações finais

Atualmente, o país atravessa um momento político extremamente delicado, com inúmeros escândalos de corrupção e manobras político-partidárias de toda gama de interesses. Muito além da disputa por poder, representado nesta conjuntura pela sucessão presidencial, este contexto fez eclodir um conjunto de contradições que marcaram os últimos mandatos presidenciais do Brasil. Não estamos nos referindo às famosas “pedaladas fiscais”, que tomaram o noticiário e foram o estopim para a abertura do processo de impeachment da então presidente, Dilma Rousseff. Na verdade, a deflagrada crise política é resultante de equivocados programas de governo, que consolidaram no país a lógica desigualitária do capitalismo, que subjugou todas as políticas de proteção social aos interesses da política macroeconômica e aos ditames do mercado financeiro internacional. As denúncias de desvio de verbas e mau uso de recursos públicos, revelaram a lógica de investimentos do capital e a prioridade dada historicamente à destinação do orçamento.

Deste modo, é correto afirmar que os governos que sucederam o período que marcou a consolidação da Reforma Administrativa do Estado, que foi um marco da ofensiva capitalista na década de 1990, não se constituíram, na prática, como governos de oposição e ruptura com a proposta do capital, em curso nesta conjuntura. Ao contrário, os governos subsequentes deram continuidade ao amplo processo de abertura comercial, desregulamentação financeira, ajuste fiscal e privatização, com redução dos direitos sociais, desregulamentação do mercado de trabalho e contrarreforma da previdência. O Estado manteve, portanto, traços e características dos governos anteriores, com reflexos nefastos sobre as políticas de Seguridade Social, cujas virtudes ideológicas permaneceram subordinadas à ênfase dada às políticas focalizadas, à precarização das relações sociais, à terceirização dos recursos humanos, ao desfinanciamento e à falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, consolidada no plano ideal na Constituição “Cidadã” de 1988.

Estamos nos referindo à manutenção de uma política de subfinanciamento das políticas de Seguridade Social, com prioridade dada ao pagamento de dívidas, restando cerca de 4% da arrecadação para a saúde. Trata-se de um contexto agravado pela Lei 13.097/2015, que estabelece a

abertura da saúde para o capital estrangeiro, com fixação de renúncias fiscais e redução do Imposto de Renda das empresas privadas, configurando uma conjuntura de priorização de metas de inflação e o superávit primário.

No campo da saúde, o Programa Mais Saúde apresentado pelo Ministério da Saúde para os anos de 2007-2011 e o denominado Complexo Produtivo da Saúde, fortaleceu a perspectiva do período, que transforma e consolida a saúde como um setor privilegiado para a produção de riqueza e lucros. Atrelada à ênfase dada pelo governo à política de franco subsídio ao mercado, no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento, as metas na saúde também estavam associadas à aceleração da construção de novos equipamentos e instalações, como as Unidades de Pronto Atendimento, muitas das quais administradas por Organizações Sociais. Esta conjuntura revela a prioridade dada pelos sucessivos governos federais e suas estratégias “inovadoras” de parcerias entre o público e o privado para investimentos na área da saúde, como aconteceu com as Organizações Sociais na década de 1990 e repetiu-se em 2007, quando as Fundações Estatais de Direito Privado, passaram a engrossar a agenda política e proposições do Ministério da Saúde. Esta perspectiva passou a compor a agenda dos governos estaduais de todo o país, como é o caso do Rio de Janeiro, que adotou a proposta de implementação do projeto das UPAs no Estado, como bandeira política do governo de Sérgio Cabral que, em 2011 consolidou a lei que permitiu a transferência de unidades estatais de saúde para a gestão das Organizações Sociais, em uma relação estreita com a agenda federal. A partir de então, foi apenas uma questão de tempo para que a administração das UPAs passassem totalmente para as mãos das Organizações Sociais, assim como alguns hospitais gerais de emergência e institutos públicos de saúde, em um processo escamoteado e avassalador.

Rapidamente a proposta das Organizações Sociais de administração ágil e com foco nos resultados, com status de solução para todos os problemas que historicamente marcaram a saúde no Rio de Janeiro, foi cedendo lugar às críticas a um modelo de gestão considerado caro e incapaz de reestruturar a saúde, enquanto política pública descentralizada, hierarquizada e universal. Sob um modelo de fiscalização frágil, dissociado da perspectiva de controle social, amplamente defendido pelo movimento da Reforma Sanitária, a gestão das Organizações Sociais passou a ser alvo de inúmeras denúncias e críticas, inclusive dos setores mais conservadores da sociedade, que sempre

defenderam a transferência dos serviços públicos de saúde para a iniciativa privada. O que vimos foi um assustador processo de transferência de serviços públicos para as mãos do capital, que se deu de modo descoordenado e sem planejamento, ficando o Estado livre das amarras que o vinculava à execução direta dos serviços em saúde. Os contratos de gestão garantiram às Organizações Sociais a liberdade necessária para organizarem seu lote de unidades como bem quisessem, ignorando a saúde enquanto sistema único e as perspectivas ideológicas que a elevaram à condição de direito. Consequentemente, o que se viu, a partir daí, foi um quadro de precarização progressiva das unidades e do atendimento oferecido à população, agudizado pela crise econômica que o Estado do Rio de Janeiro atravessa, com queda na arrecadação e, consequentemente, a irregularidade do repasse de recursos às Organizações Sociais, pactuado nos acordos firmados entre as partes.

Esta conjuntura trouxe à tona, mais uma vez, as contradições de uma política pública que nunca alcançou sua plenitude e maturidade, se considerarmos os princípios e diretrizes organizativas que compõem a trajetória histórica do SUS no Brasil. Torna-se evidente que a Política Nacional de Urgência e Emergência não foi capaz de dar respostas às reais demandas de saúde de seus Estados, como é o caso do Rio de Janeiro. Ao contrário, sua conformação fortalece a perspectiva de uma política pública pontual, residual, imediatista, focalizada, emergencial e voltada para os segmentos mais pobres da sociedade, atendendo as prerrogativas impostas pela ideologia capitalista neoliberal. Materializou-se um sistema de saúde que não conseguiu consolidar a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, tão pouco, o direito ao atendimento de acordo com a diversidade das reais necessidades humanas, por intermédio de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema. A consolidação do projeto de construção das UPAs fragilizou-se com o tempo, expondo as contradições de uma política, com status de modernidade, mas incapaz de promover mudanças substanciais na saúde como um todo. As ações e serviços permaneceram descoordenados e justapostos, representando, na prática, a transferência pura e simples dos atendimentos, que antes eram oferecidos, fundamentalmente, pelas grandes emergências hospitalares.

A entrada das Organizações Sociais neste contexto aprofundou e

acelerou o processo de precarização de ações e serviços em saúde no Estado do Rio de Janeiro, contrariando a expectativa e o falso discurso que elevava as Organizações Sociais ao patamar de instâncias do Terceiro Setor ou “novo” modelo de gestão e administração da coisa pública necessário, capaz e suficiente para equacionar os históricos e profundos problemas da saúde, a partir de uma lógica gerencial e desburocratizada. Os ilusórios avanços iniciais, representados pela modernização das unidades e nova racionalidade nos atendimentos, rapidamente cederam lugar às estruturas falidas, marcados pela faceta mais perversa da focalização do atendimento, além do abismo profundo entre os diferentes níveis de atenção e cuidado. Os estados e suas respectivas secretarias de saúde, “desobrigados” de garantir e efetivar diretamente a saúde, enquanto política pública de caráter universal, parecem assistir a esta conjuntura de profunda precarização alheios a todo o processo, que eles atribuem ser responsabilidade do Terceiro Setor. Sob justificativas atreladas à crise financeira que o Estado atualmente atravessa, a parceria público-privado estabelecida a partir dos acordos e contratos firmados entre as Organizações Sociais e o Estado, parece dar sinais de esgotamento e falência. Espaços físicos mal conservados, lixo acumulado, falta de alimentação para profissionais e até ratos circulando entre pacientes, compõem o cenário atual das UPAs. Surgem, então, “novas” alternativas e possibilidades de organização da atenção à saúde nesta área, com a mudança do perfil de atendimento de algumas unidades, que passariam a atender apenas crianças ou, ainda, o rompimento definitivo dos contratos com as Organizações Sociais, passando a administração das unidades para as mãos das Fundações Estatais de Direito Privado. Entretanto, a única concretude desta conjuntura é a precarização das unidades, a focalização do atendimento e a fragilização cada vez mais acentuada das relações de trabalho.

Neste sentido, podemos compreender que alguns dos reflexos mais devastadores desta conjuntura se refletem sobre as relações de trabalho estabelecidas neste contexto, que materializam todas as contradições de uma ordem societária extremamente excludente e desigual. Novamente se desenhou na história do país um cenário de exploração e precarização dos trabalhadores da saúde que, sem outras opções, se curvam diante dos imperativos e arbitrariedades impostos pela administração privada das Organizações Sociais. A estratégia do capital consiste em eliminar a estabilidade funcional com o fim dos concursos públicos, suprimindo, conseqüentemente, espaços de negociação

e controle social. A proposta de loteamento das unidades também compõe esta lógica segregadora, que distancia os trabalhadores, diluindo suas pautas e demandas coletivas. O que se viu ao longo dessa jornada foi uma conjuntura de extrema exploração da classe trabalhadora, que exerce suas funções de maneira pontual e focalizada, amedrontada pelas relações hierarquizadas e autoritárias estabelecidas neste contexto. A lógica de enxugamento do quadro de profissionais de saúde, com até 85% em algumas categorias, revelou a face mais cruel da proposta de administração em curso. A ameaça do desemprego e o acúmulo de funções, resultantes da redução dos postos de trabalho, refletiu diretamente sobre a capacidade organizativa e reflexiva dos trabalhadores, cada vez mais alijados do fruto de seu trabalho e alienados diante da perspectiva ideológica do capitalismo.

Os reflexos deste “novo” modelo de gestão de recursos humanos revelaram claramente o antagonismo que se consolidou e a relação contraditória entre o capital e o trabalho, com traços mais profundos e marcantes no contexto das relações precarizadas, estabelecidas no âmbito da administração privada das Organizações Sociais. O que se vê é um pequeno exército de trabalhadores, mobilizados por representantes do capital, que contribuem diretamente para encobrir e atenuar os efeitos das contradições criadas pela ordem capitalista, atuando na reprodução da totalidade do processo social proposto pelo capital, assim como, reforçando seus mecanismos de controle e dominação, que subjuga o próprio conjunto de trabalhadores da saúde. Na prática, o que se observa é um conjunto de ações centradas especificamente nas necessidades imediatas da população, visando à resolução pontual dos problemas e demandas apresentadas, obedecendo a rotinas e protocolos simples, que engessam as condutas e ações profissionais, não existindo espaços reflexivos e teorias de suporte.

A reatualização ou “modernização” do modelo de privilegiamento do setor privado, com a reedição do processo de mercantilização das políticas sociais promoveu, portanto, a consolidação de uma política de saúde novamente atrelada a uma assistência médica de caráter hospitalar e curativo e, conseqüentemente, excludente e seletiva. O período é marcado por ações profissionais pontuais e focalizadas, que marginalizam os determinantes sociais de saúde, assim como os processos sócio-históricos e culturais que constituíram a saúde pública no Brasil. Sobrecarregados, cooptados e fragilizados em sua

relação com o capital, os trabalhadores da saúde assumem uma postura acrítica diante das contradições amplamente consolidadas no atual estágio de organização da saúde e sua vitoriosa lógica privatizante.

No plano ideológico, coube ao capital disseminar e consolidar a ideia de um Estado burocrático e ineficiente, que não reúne capacidades e habilidades suficientes para administrar e organizar os recursos públicos, de modo ágil e com foco nos resultados, da maneira que seria necessário para gerir os serviços e políticas públicas. Este foi o discurso ideal para justificar a presença do capital no seio das políticas públicas e principalmente, o repasse de recursos públicos crescentes para administração privada dos serviços. Apenas no Estado do Rio de Janeiro os gastos com as Organizações Sociais subiram 2.709% de 2012 até 2015, com gastos que passaram de 97.742 milhões para 2.746.060 bilhões, conforme planilha de orçamento apresentada pela Secretaria de Estado de Saúde e divulgada pelo jornal O Dia em 3 de julho de 2016. No entanto, o aumento assustador dos recursos é inversamente proporcional à realidade observada nas Unidades de Pronto Atendimento, sucateadas e sem insumos básicos. Entre os profissionais de saúde, a dominação ideológica substituiu o exército crítico e questionador de trabalhadores, por um conjunto reduzido de colaboradores domesticados. O convincente discurso fatalista do capitalismo conseguiu atrair muitos adeptos e seguidores, que acreditaram que o atual modelo de gestão pudesse trazer a modernidade e organização, necessária para reestruturar a política de saúde. Aos que assistiram incrédulos o avanço do Terceiro Setor na saúde, sobra-lhes a cooptação e o apassivamento de suas forças, que silenciou suas vozes e enfraqueceu qualquer forma de resistência e luta.

O balanço geral é assustador e temerário para o futuro da política de saúde do país. O cenário é absolutamente caracterizado por múltiplas contradições. Observa-se um intenso processo de subordinação das políticas públicas de proteção social ao capital financeiro e internacional. A forma como a política de saúde é concebida e organizada no Rio de Janeiro expressa exatamente esta perspectiva. Ao Estado cabe a função de financiador e articulador dos contratos firmados com as “empresas” do Terceiro Setor, concedendo-lhes a liberdade necessária para introduzir os mecanismos de exploração privada no interior das políticas públicas. Cria-se, portanto, o terreno propício para que as Organizações Sociais e todas as outras formas de gestão

propostas pelo Terceiro Setor, germinem suas ideais, disseminando suas ideologias, cada vez mais enraizadas na sociedade capitalista contemporânea. Esta seria apenas uma das estratégias do capital para promover o amplo processo de privatização da saúde, contrariando as prerrogativas defendidas pelo movimento da Reforma Sanitária, em torno de uma concepção de saúde pública e universal.

O capital se fortalece com subsídios do próprio Estado, ampliando seus domínios para além dos serviços públicos. Progressivamente, surgem novas formas de penetração do capital, que procura expandir e consolidar seus domínios, tentando escrever uma “nova” história da saúde no Brasil. Em entrevista recente, divulgada pelo jornal Folha de São Paulo, o atual ministro da Saúde, Ricardo Barros, defendeu a criação de uma modalidade de plano privado de saúde, que ele denominou como “mais popular”, com o intuito de aliviar os gastos do governo com o SUS, transferindo para os cidadãos a responsabilidade de contribuir para o financiamento da saúde no país. Esta conjuntura evidencia os retrocessos e impactos provocados pelo avanço da ideologia mercantilizadora do neoliberalismo sobre as políticas públicas, assim como, sobre as relações sociais estabelecidas no contexto da Reforma Sanitária, que consolidaram as políticas de proteção social, elevando-as à esfera dos direitos. Trata-se de um amplo processo de abertura da saúde ao capital estrangeiro (Lei 13.097/2015), com restrições do financiamento do SUS, subfinanciamento e privilegiamento do superávit primário e metas de inflação, que caracterizam a ênfase dada à política econômica estruturada pelo capital financeirizado e seus organismos internacionais.

A afirmação do SUS enquanto política pública de Estado vai, progressivamente, sendo engolida pela intenção ideopolítica de abertura à iniciativa privada, consolidando uma política de Estado que cria condições de realização de mais-valia para o capital, no interior do próprio aparelho estatal. Distancia-se cada vez mais da função protetora do Estado e conseqüentemente, de um sistema de saúde organizado em redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, que contemplem uma política de saúde fundamentada na perspectiva de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde e seus determinantes sócio-históricos. Há, portanto, abismos gigantescos entre a política de saúde idealizada pelo Movimento Sanitário e o SUS materializado no bojo da sociedade capitalista neoliberal e a perspectiva de financeirização de

suas relações. Evidencia-se, mais uma vez, uma conjuntura de desregulamentação, que precariza as estruturas e amarras do sistema de saúde e seus serviços, fragilizando as relações de trabalho críticas e politizantes, por intermédio do fortalecimento de relações autoritárias e alienantes.

Urge a necessidade de problematizar esta conjuntura, concebendo a saúde como um espaço dialético de projetos societários contraditórios em confronto, compreendendo, assim, a política de saúde como expressão de luta de classes e racionalidades, em disputa no interior do Estado e da sociedade civil. Isso significa consolidar o movimento de resistência à proposta de despolitização da saúde, fundamentada na perspectiva fatalista e conformista disseminada pelo receituário neoliberal. O desafio parece estar atrelado à mobilização dos movimentos sociais e de trabalhadores, em um contexto de profunda redução, precarização, coação e apassivamento da classe trabalhadora. Romper com os grilhões que escravizam o trabalhador pensante e aprisionam suas potencialidades e capacidades de superar a tirania do capital. É necessário, portanto, compreender que o Movimento Sanitário e suas perspectivas ideológicas, não está dado e acabado. A essência de sua capacidade transformadora permanece viva no seio da sociedade e se constitui como o caminho para a defesa incondicional do SUS público, universal, de qualidade e sob gestão direta do Estado. Assim, é necessário compreendermos que articulação e mobilização de lutas pela saúde, atreladas às demais lutas e movimentos sociais, é fundamental e determinante para a superação desta sociedade, que reproduz processos excludentes, que aprofundam progressivamente desigualdade social no país. É preciso defender a radicalidade do movimento sanitário, com o fortalecimento do protagonismo da classe trabalhadora e reformulação de suas estratégias e planos de ação, capazes de romper com a armadilha da institucionalização dos ideais da Reforma Sanitária e o esforço do Estado capitalista que tenta a qualquer custo reeducar a pauta de lutas atreladas à Reforma Sanitária.

É necessário, portanto, refundar nossa política de saúde, no bojo de um intenso processo civilizatório de democracia popular. É preciso voltar a sonhar e acreditar em uma sociedade mais justa e igualitária, sem discriminação e exploração de qualquer natureza. Não apenas de maneira utópica e pragmática, mas como bandeira de luta, campo de batalha e estratégias de enfrentamento contra um inimigo real, que pode e deve ser derrotado pelo conjunto de

trabalhadores, que almeja simplesmente a consolidação de uma sociedade de direitos, que lhe garanta os frutos de seu trabalho e o eleve à condição de cidadania real e plena.

6.

Referências bibliográficas

ANDREAZZI, M. F. S. **O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil.** In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. (orgs). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2013.

ANDREAZZI, M. F. S. e BRAVO, M. I. S. **Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde.** In: Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 03, Set/ Dez de 2014.

ANTUNES, R. **Trabalho e Precarização numa Ordem Neoliberal.** In: GENTILI, P. e FRIGOTTO, G. (orgs). A Cidadania Negada: Políticas de Exclusão na Educação e no Trabalho. São Paulo: Cortez, 2001.

ANTUNES, R. e ALVES, G. **As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital.** Educação & Sociedade, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/agosto, 2004.

BEHRING, E. R. **Fundamentos da Política Social, Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** Rio de Janeiro, 2000.

BOSCHETTI, I (Org). **Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas.** São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde. Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990,** Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.

_____. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE).** Brasília, 1995.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Fundação Estatal: proposta para o debate.** Brasília, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da 13ª Conferência Nacional de**

Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Mais Saúde. Direito de todos. SUS – um país de todos.** Governo Federal. Metas para 2008-2011. Brasília, 2008.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, A. E. [et al.], (Orgs). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____, M. I. S. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. In: **Serviço Social e Sociedade** nº 105. São Paulo. Jan/mar de 2011.

_____, M. I. S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos.** São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. S., VASCONCELOS, A. M. de, GAMA, A. S., MONNERAT, G. L. (Orgs). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. (Orgs). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos.** São Paulo: Cortez, 2013.

CAMPOS, G. W. de S. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde.** São Paulo: FCM/UNICAMP, 2007.

COSTA, M. D. H. da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais.** In: Serviço Social e Sociedade nº 62. São Paulo: Cortez, 2000.

FRANCO, T. B. **As Organizações Sociais e o SUS.** São Paulo: UNICAMP, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil.** São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

IAMAMOTO, M. V. & CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-sociológica.** 20ªed. São Paulo: Cortez/Celats, 2007.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo, Cortez, 2001.

_____. **Transformações societárias, alterações no mundo do trabalho e Serviço Social.** In: Revista Ser Social nº 6. Brasília. UNB, 2000.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil.** In: BOSCHETTI, I. Et al (Orgs). Política social no capitalismo: tendências contemporâneas. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

LAZZARESCHI, N. **Trabalho ou emprego?** São Paulo: Paulus, 2007.

LIMA, Nisia Trindade. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MATOS, M. C. de. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2013.

MOTA, A. E. **Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes.** In: MOTA, S. E. [et al.], (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NEGRI, Barjas e VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Orgs). **O sistema único de saúde em dez anos de desafio.** São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

NETTO, J. P. **O capitalismo monopolista e o Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Desigualdade, pobreza e Serviço Social.** Rio de Janeiro. Revista Em Pauta, n. 19, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R. **Estado de Bem-estar Social: origens e desenvolvimento.** São Paulo, Katálysis n. 5, 2001.

NOGUEIRA, Vera Ribeiro e MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais.** In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Política Social: temas e questões.** São Paulo: Cortez, 2008.

SOARES, R. C. **A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social.** In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. (orgs). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2013.

STAMPA, I. T. **Transformações recentes no “mundo do trabalho” e suas consequências para os trabalhadores brasileiros e suas organizações.** In: Revista Em Pauta, Rio de Janeiro, v. 10, n. 30, p. 35-60, 2º semestre de 2012.

TEIXEIRA, M. J. O. **A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático?** In: BRAVO, M. I. S. e MENEZES, J. S. B. (orgs). Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2013.

TELLES, V. S. **Direitos Sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1999.

_____. **A “nova questão social” brasileira: ou como as figuras de nosso atraso viraram símbolo de nossa modernidade.** São Paulo, Editora 34, 2001.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas.** Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.

_____. **A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica?** Rio de Janeiro, Praia Vermelha n. 13, 2005.

YAZBEK, M. C. **Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento.** São Paulo, Serviço Social e Sociedade, n. 110, 2012.

7.
Anexos

1 – Questionário da pesquisa de campo.

7.1.**Questionário para Pesquisa de Campo****1 - PERFIL:**

1.1 – Iniciais do nome:

1.2 – Sexo:

 Masculino Feminino

1.3 – Idade:

1.4 – Formação Profissional:

1.5 – Ano de Formação:

1.6 – Especializações:

2 - VÍNCULO:

2.1 – Vínculo Profissional:

 CLT PJ CONTRATO TEMPORÁRIO OUTRO:

2.2 – Possui outro vínculo?

 Sim Não

2.3 – Tempo de empresa:

2.4 – Trabalha ou trabalhou em outra Organização Social?

 Sim Não Qual? _____

2.5 – Já foi demitido ou pediu demissão de outra Organização Social?

 Sim Não Caso sim, qual o motivo?

3 - TRABALHO:

3.1 – No que se refere ao exercício profissional, quais as mudanças mais significativas podem ser percebidas após a entrada das OS's na gestão das unidades?

3.2 – Caso alguma mudança tenha sido percebida, como você avalia tais alterações?

 Péssimo Ruim Regular Bom Excelente

3.3 – Houve redução do quadro profissional a que pertence?

 Sim Não

3.4 – Caso sim, tal redução afetou a qualidade dos serviços prestados?

Sim Não

3.5 – Houve mudança na escala de trabalho de sua categoria?

Sim Não

3.6 – Foram definidas novas funções ou a realização de novas tarefas?

Sim Não Quais? _____

3.7 – Como você avalia o grau de satisfação de seus colegas de trabalho?

Nada satisfeito Pouco Satisfeito Satisfeito Muito Satisfeito Completamente Satisfeito

3.8 – Identifica diferenças expressivas entre uma organização social e outra?

Sim Não Quais? _____

4 - ÉTICA:

4.1 – Percebe alguma divergência entre as prerrogativas propostas pela OS ao seu exercício profissional e as questões éticas previstas para sua profissão?

Sim Não Quais? _____

4.2 – Observa a intervenção, fiscalização ou participação do Conselho Regional de sua categoria no processo de construção e consolidação de seu trabalho no âmbito desta unidade?

Sim Não

5 - RELAÇÃO OS X TRABALHADOR

5.1 – Como você é definido profissionalmente pela OS?

a) Colaborador b) Funcionário c) Trabalhador d) Outro:

5.2 – Como você se sente dentro da instituição?

a) Colaborador b) Funcionário c) Trabalhador d) Outro:

5.3 – Há espaços coletivos para construção de fluxos, protocolos e outros instrumentos norteadores do exercício profissional?

Sim Não

5.4 – Há espaços para discussões de caso?

Sim Não

5.5 – Sente-se à vontade para criticar as rotinas institucionais estabelecidas ou mesmo, de negar-se a cumprir ordens e obedecer fluxos com os quais não

concorda?

Sim Não

5.6 – Já foi assediado moralmente ou soube de algum caso de assédio moral na unidade, por não concordar com regras e/ou condutas determinadas pela OS?

Sim Não

5.7 – No que se refere à relação entre trabalhador e instituição, como avalia a transição da administração direta da SES para a administração das Organizações Sociais?

Péssimo Ruim Regular Bom
 Excelente

6 - ESTRUTURA

6.1 – Observou-se alguma mudança substancial no que se refere à infraestrutura da unidade?

Sim Não Qual? _____

6.2 – No que se refere à aquisição de insumos para manutenção e funcionamento da unidade, como avalia a participação das OS's?

Péssimo Ruim Regular Bom
 Excelente

6.3 – Vivenciou algum momento de falta de insumo na unidade durante a gestão da OS?

Sim Não

6.4 – Já havia vivenciado momentos de escassez de insumos na gestão anterior, com a mesma frequência e importância?

Sim Não

6.5 – Caso a resposta seja positiva, houve impacto sobre a qualidade do serviço, provocando agravos a saúde do paciente?

Sim Não

6.6 – Houve necessidade de restrição de atendimento ou fechamento integral ou parcial das atividades laborais da unidade?

Sim Não

7 - ASSISTÊNCIA

7.1 – Como avalia a qualidade dos serviços oferecidos pela unidade,

considerando a gestão das OS's?

() Péssimo () Ruim () Regular () Bom
() Excelente

7.2 – Observou alguma mudança substancial?

() Sim () Não Qual? _____

7.3 – Considera que o número de atendimentos e internações aumentou ou diminuiu?

7.4 – Observa mais dificuldades na relação com as unidades hospitalares da região, a maioria delas administrada por outra OS?

() Sim () Não Por quê?

7.5 – Houve alguma alteração no fluxo de transferências hospitalares?

() Sim () Não Qual? _____

7.6 – Como avalia o grau de satisfação dos usuários?

() Nada satisfeito () Pouco Satisfeito () Satisfeito ()
Muito Satisfeito () Completamente Satisfeito

7.7 – Acredita que o grau de satisfação dos usuários aumentou ou diminuiu?

7.8 – Atribui este comportamento a gestão proposta pelas OS's?

() Sim () Não Por quê?

8 - INSTITUCIONAL:

8.1 – De um modo geral, como avalia a transição da administração direta da SES para a administração das Organizações Sociais?

() Péssima () Ruim () Regular () Boa ()
Excelente

8.2 – Que aspetos destacaria como positivos?

8.3 – Quais os principais pontos negativos?

8.4 – Avalia a transição da gestão como positiva ou negativa? Por quê?