

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CHARLES ALBERTO NEDEL

**A PRIVATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE FOZ DO
IGUAÇU E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

Foz do Iguaçu
2011

CHARLES ALBERTO NEDEL

**A PRIVATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE FOZ DO
IGUAÇU E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

PROJETO TÉCNICO apresentado à
Universidade Federal do Paraná para
obtenção do título de Especialista em Gestão
Pública.

Orientador: Prof. Msc. Paulo de Oliveira
Perna

Foz do Iguaçu

2011

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OS – Organização Social

PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários

CNST- Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

CF – Constituição Federal

SUS – Sistema Único Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

AIS – Ações integradas de Saúde

RJU– Regime Jurídico Único

MARE– Ministério da Administração e Reforma do Estado

OMS – Organização Mundial de Saúde

CLT– Consolidação das Leis do Trabalho

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOB– Normas Operacionais Básicas

NOAS– Norma Operacional da Assistência à Saúde

FUNPEA- Fundação de Apoio à Pesquisa , Extensão e Ensino

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVOS.....	8
1.3 JUSTIFICATIVAS.....	9
2 REVISÃO TEÓRICA EMPÍRICA	11
2.1 Algumas premissas do Sistema Único de Saúde	11
2.2. As Organizações Sociais, braço privado na estrutura do Estado.....	12
2.3 A precarização do trabalho em saúde.....	13
2.4. A terceirização como uma das formas mais comuns de precarização adotadas pelo modelo neoliberal.....	16
2.5. O papel do controle social na política pública de saúde.....	21
3 METODOLOGIA	25
4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA DO SERVIÇOS EM QUESTÃO	26
4.1 Descrição geral.....	26
4.2 - Diagnóstico da situação-problema.....	28
5 PROPOSTA	30
5.1- Desenvolvimento da proposta.....	30
5.2- Plano de implantação.....	31
5.3 – Recursos.....	31
5.4 - Resultados esperados.....	31
5.5 - Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.....	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
7 REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação/Problemática

O referido projeto de pesquisa busca identificar e rediscutir o processo de transferência da assistência hospitalar no Município de Foz do Iguaçu à Organização Social “Pró-Saúde” e suas repercussões no âmbito da prestação do serviço de saúde à população, bem como na relação e vínculo entre os servidores daquele serviço público de saúde.

A instituição Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar “Pró-Saúde”, de direito privado, administra, além do Hospital Municipal de Foz do Iguaçu, vários estabelecimentos em outros locais do Brasil, como hospitais públicos e filantrópicos. Além de administrar e assessorar planos de saúde e hospitais, ela presta consultoria a instituições da área de saúde e a outros municípios, com implantação de métodos de gerenciamento e modelos de atuação que, segundo a empresa, visam racionalizar custos e otimizar resultados. A empresa também apregoa que, a médio e longo prazos, o novo modelo de atuação que ela utiliza, mais moderno e eficiente, acaba por envolver todos os setores de um hospital, numa concentração de esforços que faz com que os bons resultados se mantenham e se solidifiquem.

A escolha do gestor municipal de Foz do Iguaçu em priorizar este modelo de administração, em detrimento das outras opções discutidas e sugeridas pela sociedade civil organizada, bem como pelo Conselho Municipal de Saúde, implica em repassar um determinado aporte financeiro de recursos públicos empregados na estruturação do referido hospital, advindos do Governo Federal e da esfera municipal, para um ente privado. Dada a centralidade estratégica desta escolha da gestão, passa-se a discutir a importância do processo de transferência da assistência do hospital municipal à já citada Organização Social.

A pertinência do tema se estabelece na medida em que as Organizações Sociais (O.S.), qualificação dada a determinadas entidades privadas, devem atuar sem fins lucrativos, exercendo atividades de interesse público. Este tipo de instituição integra um terceiro gênero – o chamado “terceiro setor” -, com princípios privados e publicistas, mas que não fazem parte da Administração Pública indireta.

Diante do exposto, pergunta-se: esta categoria de entidade - privada, prestadora de serviço de interesse público -, ao aplicar práticas e modelos de gestão de concepção privada, estaria trazendo um benefício maior à população usuária destes serviços, e um resultado de real economia para a gestão municipal? Estariam os servidores da “Pró-Saúde”, mesmo que uma relação de trabalho precarizada, satisfeitos com tal “oportunidade” de emprego? E como esta relação estaria repercutindo na saúde do próprio trabalhador?

A Lei 9637, de 15 de maio de 1998, ao conceder a estes organismos um status de utilidade pública, portanto, de interesse social, declara a sua legitimidade, podendo ser a elas destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários para o cumprimento de contratos de gestão pactuados. Esse título permite que a Organização Social, ao receber recursos orçamentários, administre serviços, instalações e equipamentos que, muitas vezes, são do Poder Público.

Por outro lado, como ferramenta para a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde, há a necessidade de se consolidar uma política de pessoal que assegure condições adequadas de exercício do trabalho aos profissionais da saúde, sendo estas condicionantes imprescindíveis para a qualidade das atividades do setor.

No caso das O.S., no entanto, estas condições não estão sendo observadas, haja vista o processo de arregimentação de funcionários, via processo com vínculo celetista, com o qual não se garante a estabilidade na carreira. Ao considerar que o SUS se trata de uma política de Estado, de base constitucional, é flagrante a inadmissibilidade desta falta de estabilidade do seu quadro de pessoal, pois isto compromete a perenidade dos programas de saúde e, sobretudo, a criação de vínculos mais duradouros, imprescindíveis, entre as equipes de saúde e a população usuária.

No Conselho Nacional de Saúde, a questão de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) tem sido permanentemente pautada (BRASIL, 2006), levando-se em conta uma nova concepção de cargo público, o que facilita a superação da forma anárquica e desarticulada de tratar as questões relativas à estruturação dos vínculos de trabalho. O PCCS, para ser reconhecido como um instrumento relevante para o processo de gestão dos serviços, precisa estar associado, indissolavelmente, a ações de formação, de gerência e de remuneração de recursos humanos diante de uma dada realidade organizacional.

A contribuição do trabalhador para o êxito na instituição a que está vinculado exige um planejamento prévio da capacitação para o exercício de suas atribuições, do acompanhamento e avaliação permanente de seu desempenho profissional, individual e em equipe. Tudo isto deve estar articulado ao processo de avaliação na carreira, com consequência na sua remuneração básica e nas gratificações e incentivos funcionais.

Um dos principais problemas apontados na gestão de pessoas diz respeito à necessidade e, simultaneamente, na dificuldade de contratação de pessoal. Outra questão relevante que se soma a essa reside na existência de diversas modalidades de contratação, o que cria inúmeros problemas para a gestão, como, por exemplo, a diminuição da governabilidade do setor.

Desse modo, é salutar identificar os problemas e seus condicionantes, para que o debate não assuma um viés estritamente ideológico, mas que enfrente o dilema colocado no que é pertinente à gestão do trabalho na saúde, “engessada” pela regulação rígida do emprego público versus excessiva precarização dos vínculos empregatícios.

A precariedade das condições de trabalho manifestada na violação dos direitos trabalhistas, na insegurança de manter o posto, na insalubridade do ambiente de trabalho, e na pressão pelo aumento do ritmo da produção interfere na saúde dos trabalhadores e, também, no modo de agir, pensar, sentir e fazer.

Portanto, as dificuldades culturais, ideológicas e políticas no estabelecimento de ações eficazes no campo da Saúde do Trabalhador somam-se às mudanças do mundo do trabalho e à opção do Estado por um projeto neoliberal de governo. (LOURENÇO; BERTANI, 2007)

A não-elaboração e a não-efetivação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) dos profissionais da saúde, bem como a precarização as relações de trabalho, podem ser vistas como um aspecto fundamental que compromete a qualidade de um serviço, já que prioriza critérios economicistas em detrimento de critérios de comprometimento com a satisfação de necessidades humanas. Essas posturas também contribuem para a falta de estruturação e do pleno funcionamento do Sistema Único de Saúde no País.

Em um estudo, LACAZ (1997) enfatiza ainda o papel substancial da Constituição Federal de 1988, precedida pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na continuidade dada pela 1ª Conferência Nacional de Saúde do

Trabalhador (I CNST), na assistência universal ao trabalhador, acompanhada da prevenção e da intervenção nos ambientes de trabalho. A Constituição Federal (CF) estabelece parâmetros legais para a constituição do campo da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), onde assevera, no artigo 200, a ampliação do atendimento do SUS para além da intervenção no corpo ou suas partes, ou seja, para a intervenção nas causas e, inclusive, nos ambientes de trabalho. Tal fato é confirmado no inciso II, onde se lê: “[cabe ao SUS] executar as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador”, e no inciso VIII: “[cabe ao SUS] colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”.

Neste período de 22 anos que decorrem da implantação do SUS, houve um acréscimo na estruturação e na expansão do Sistema, capitaneado principalmente pelos municípios, sem que fossem garantidos os aportes financeiros necessários. Como consequência dessa transformação, a municipalidade, muitas vezes, teve que buscar alternativas de contratação para os novos trabalhadores, em função do constrangimento legal trazido da Lei de Responsabilidade Fiscal. Ao mesmo tempo, o nível municipal permaneceu sem orientações corretas e claras de como proceder diante dessas novas exigências, sobretudo pelas características dos programas e num quadro de instabilidade administrativa e orçamentária.

A mesma política neoliberal que levou ao desfinanciamento do Sistema, também ofereceu uma “saída” para os municípios, a de se valer das parcerias com Organizações Não Governamentais (ONG) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e contratos com cooperativas.

Com isso, surgiram novos problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho. Assim, o trabalho precário em saúde tem sido identificado como mais um sério obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde.

Desta forma, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho, é preciso se ampliar a consciência coletiva em torno dos malefícios sociais que a situação acima descrita acarreta, e da urgência de se adotar alternativas de ação com o objetivo de superar a precarização dos vínculos de trabalho no SUS. Para tanto, novas pactuações com subsídio federal, devem ser instituídas, além de metas no processo de desprecarização assumidas pelas três esferas de governo.

O referido projeto pretende discutir estas temáticas, com foco na situação de Foz do Iguaçu, e assim se somar ao aprofundamento das discussões sobre: o contínuo processo de privatização da assistência hospitalar em curso no país; como a população usuária percebe e interage com a terceirização do Hospital Municipal de Foz do Iguaçu; e qual a relação dos servidores da unidade de saúde pública terceirizada. Com isso, espera-se contribuir com a implantação de melhorias para a organização pública.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar o processo de gestão privada num serviço hospitalar público no Município de Foz do Iguaçu.

1.2.2 Objetivos específicos

Discutir as razões que levaram ao processo de transferência do atendimento hospitalar da gestão pública à gestão privada.

Detectar o grau de satisfação dos usuários em relação ao atendimento de assistência hospitalar no município.

Conhecer aspectos da saúde do trabalhador da unidade hospitalar e suas repercussões.

1.3 Justificativas

O setor de assistência médico-hospitalar no Brasil, reproduzindo uma tendência mais geral da economia capitalista contemporânea, vem utilizando, de forma crescente, o expediente da terceirização. A intermediação de agentes terceiros, organizacionalmente constituídos para o suprimento de força de trabalho e serviços, têm sido demandados por empresas tanto privadas como públicas como forma de diminuir gastos.

De uma maneira genérica, a terceirização pode ser conceituada como sendo uma contratação de agentes em lugar da contratação direta de empregados assalariados, sob regime estatutário, no caso do serviço público, ou de forma semelhante, da contratação ou "credenciamento" de autônomos, para provisão de serviços profissionais ou de qualquer outro tipo, dentro de uma organização.

A terceirização no setor público de saúde tem-se colocado como uma alternativa gerencial para flexibilizar a gestão do trabalho, e por isso mesma tem sido considerada uma opção polêmica. Com relação ao serviço prestado no setor público, os agentes terceirizados dizem objetivar a melhora do desempenho, redução dos custos e obtenção de maior quantidade e qualidade de serviços para melhor servir à população. No entanto, a questão relevante que aflora sobre esses pressupostos diz respeito ao efetivo cumprimento dessas expectativas.

O setor saúde da administração municipal em Foz do Iguaçu não está à margem das transformações do mundo do trabalho. Neste, as pressões, advindas do crescente aumento dos custos com pessoal e com a demanda por serviços especializados e de alta complexidade, além da necessidade de eficiência num ambiente tecno-competitivo, têm propiciado um campo fértil para a terceirização, e isso não tem sido diferente no município.

Até recentemente, o processo da terceirização - e a condição precária surgida pela relação de trabalho sob estas condicionantes, no setor de serviços de saúde -, esteve de alguma maneira localizado em funções de apoio essencialmente operacional, como serviços gerais e administrativos, serviços de hotelaria e outros considerados pouco essenciais, bem como em algumas áreas de apoio diagnóstico e terapêutico, sendo estes setores, por vezes, superespecializados.

Agora, no entanto, a tendência atual de terceirização na contratação de trabalho no setor saúde sob competência do gestor municipal vai além dos serviços gerais de limpeza, vigilância, alimentação, manutenção, já tradicionais, passando a atingir, também, os serviços profissionais e técnicos, inclusive com a cessão de profissionais já lotados no hospital antes da terceirização, para a atuação sob regime de contratualização.

A precarização do trabalho faz parte de um conjunto de tendências muito fortes da economia brasileira, as quais, em última instância, decorrem do processo de globalização. De um modo geral, o tema da precarização do trabalho costuma ser discutido em conjunto com a questão da flexibilização das leis trabalhistas. No caso

do SUS, a precarização dos vínculos de trabalho no setor público tem algumas particularidades que decorrem da desestruturação do aparato de Estado, da desestruturação de algumas de suas carreiras, e da negação em estruturar outras tantas.

Em Foz do Iguaçu, o processo de terceirização no setor público de saúde constituiu-se em uma estratégia para enfrentamento de alguns problemas imediatos advindos do processo de construção de um hospital municipal, porém, não se atentou para suas consequências. Por isso, julgamos que uma reflexão crítica acerca de como esse processo se deu e como o setor está organizado na atualidade, bem como seus desdobramentos para os mandatários dos serviços públicos municipais e os profissionais de saúde pode contribuir para a melhoria da qualidade do serviço hospitalar prestado em Foz do Iguaçu.

2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 Algumas premissas do Sistema Único de Saúde

O Sistema de Saúde do Brasil passou por diversas transformações nestas duas últimas décadas, sendo que boa parte das mudanças se baseou nas diretrizes surgidas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizado em 1986. Essa Conferência se tornou o marco dessas transformações.

Uma experiência extremamente produtiva advinda desse processo foi o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), criado em 1987. Ele surge como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), por sua vez criadas em 1981, e que adotam como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde, a implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Nas AIS, também se previa a participação da comunidade nas Comissões Interinstitucionais, tanto nas esferas municipais e estaduais. (PAIM, 1986)

Esses princípios foram assegurados pela Lei nº 8.080, sendo este arranjo legal denominado de Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei, promulgada em 19 de setembro de 1990, definiu e estabeleceu os princípios e diretrizes deste “novo” sistema, além da participação e o financiamento das três esferas de governo e dos prestadores privados de serviços no processo de assistência à saúde.

Outra lei, editada um pouco mais tarde, em 28 de dezembro do mesmo ano, a Lei nº 8.142, regulamentou a participação da comunidade na gestão deste processo assistencial à saúde, e estabeleceu os Conselhos de Saúde (nas três instâncias: municipal, estadual e federal), além de definir as regras de transferências de recursos da esfera federal para a estadual, e desta para a municipal. Neste quesito, alguns condicionantes foram estabelecidos para o repasse regular e automático dos recursos aos estados e municípios, como, por exemplo, que estes efetivamente constituíssem o Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, que elaborassem Relatórios de Gestão, definissem Contrapartida Orçamentária e instituíssem Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários. (BRASIL, 1990)

2.2 As Organizações Sociais, braço privado na estrutura do Estado

Decorridas mais de duas décadas de existência do SUS, o que se constata em várias partes do País, é que os serviços de saúde pública estão sendo transferidos à iniciativa privada, sob o argumento de que a gestão ou gerência de unidades hospitalares do Estado, por não ser atividade exclusiva, pode ser alocada à iniciativa privada sem fins lucrativos. Segundo os argumentos, a referida transferência acarretaria melhores serviços de saúde à comunidade; maior autonomia gerencial e, por isso, maiores responsabilidades para os dirigentes desses serviços; aumento da eficiência e da qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente, a um custo menor, entre outros.

Através da implementação do Plano Diretor da Reforma do Estado, na década de 90, se estabeleceram critérios para definir e regulamentar esta prática de transferência à iniciativa não pública, mas com atribuição estatal. Sob a denominação de Organizações Sociais, criadas a partir da Lei 9637, certas entidades, uma vez autorizadas, estariam aptas a ser parceiras do Estado na condução da coisa pública, notadamente na prestação de serviços de saúde pública.

As Organizações Sociais (O.S.), denominação dada às entidades privadas, mas sem fins lucrativos, devem exercer atividades de interesse público e integram um setor paraestatal denominado de “terceiro setor”. Estas entidades, mesmo que submetidas a princípios da lógica privada de mercado, estariam também, de certa forma, vinculados ao controle público do Estado, mesmo que não fazendo parte da Administração Pública Direta, nem mesmo representando uma de suas descentralizações.

No entanto, esta categoria de entidade privada, prestadora de serviço privado de interesse público, ao aplicar práticas e modelos de gestão “vanguardistas”, estaria contribuindo com um benefício maior à população usuária destes serviços? e tais benefícios também se confirmariam na relação de trabalho entre os servidores que prestam serviços no hospital?

2.3 A precarização do trabalho em saúde

As proposições levadas a cabo sobre a reestruturação produtiva vêm trazendo grandes mudanças na relação capital/trabalho em todo o mundo e tem, como seus referenciais, o avanço tecnológico através dos avanços da informática, o trabalho polivalente, a terceirização, a flexibilização do emprego e dos direitos trabalhistas, entre outros.

O vocábulo precarização, aplicado às relações de trabalho, se configura e se justifica tal denominação, quando observamos três fenômenos resultantes da prática intermediadora da mão-de-obra, o primeiro relacionado a subtração de direitos fundamentais dos trabalhadores cooptados nas espécies de trabalho flexibilizadoras, uma segunda repercussão advém da fragmentação da classe trabalhadora, devido a perda do poder organizacional coletivo, diga-se da sindicalização atuante, e por fim o processo de degradação do meio ambiente de trabalho, pois os trabalhadores terceirizados trabalham em jornadas maiores, ocupam funções perigosas, não são capacitados para o exercício das atividades laborais e acabam sofrendo diversos acidentes ou doenças ocupacionais, e no caso específico de Foz do Iguaçu, atuam em atividades correlatas com outros servidores concursados, que possuem estabilidade no serviço público e com remuneração superior mesmo que desenvolvam atividades similares.

Portanto além de estarem sujeitos a estas condições de trabalho precário, com desprovento de garantias sociais e certa instabilidade no mercado de trabalho, ficam relegados a menos oportunidades de promoção e treinamento, o que certamente redundará em um oferecimento de serviço, por parte deste trabalhador, deficitário.

A situação dos trabalhadores do setor público de saúde sob relações precárias, no atual mercado de trabalho, reflete a condição em que os profissionais estão submetidos à disciplina e à lógica das relações capitalistas privadas, essencialmente no que diz respeito à disponibilidade de uso da sua mão-de-obra por parte do capital.

Segundo o Relatório sobre Políticas de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS (BRASIL, 2006), a precarização do trabalho faz parte de um conjunto de tendências muito fortes da economia as quais, em última instância, decorrem do processo de globalização. De um modo geral, o tema da precarização

do trabalho costuma ser discutido em conjunto com a questão da flexibilização das leis trabalhistas.

A precarização do trabalho está presente, com características e incidências diversas, nos três níveis de governos (federal, estadual e municipal).

Praticamente nenhuma instituição pública vinculada ao SUS pode se vangloriar de não abrigar trabalhadores em situação de precariedade. A Constituição de 1988 consagrou o modelo estatutário para os servidores públicos, posteriormente regulamentado pelo Regime Jurídico Único (RJU), obrigando também sua adoção pelas autarquias e fundações, ao mesmo tempo em que extinguiu a alternativa de vinculação celetista, praticada amplamente, até então, em vários setores governamentais. Esse modelo foi seguido por estados e municípios, que também sufragaram a relação estatutária do trabalho no setor público.

A partir da segunda metade da década de 90, entretanto, devido às propostas de reformas estruturais do Estado que entraram em discussão, conduzidas principalmente pelo então Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), presenciou-se o surgimento de idéias contrárias ao processo de vinculação dos servidores pelo regime estatutário.

A promulgação da Emenda Constitucional Nº 19 de 1998 deu nova redação ao art. 37, flexibilizando a forma de vínculo de trabalho na administração pública. Dessa forma, viu-se o surgimento no país de uma política que colocava o modelo estatutário, cada vez mais, não como um modelo apropriado e único para todos servidores públicos, mas aplicado apenas àquelas funções inerentes ao próprio Estado, ou seja, funções consideradas do “núcleo estratégico” de Estado, reservado aos funcionários que exercem funções regulatórias e administrativas de alto nível, como definido na proposta de reforma do Estado pelo Ministro Bresser Pereira:

A reforma administrativa do Sistema de Saúde do Brasil pressupõe que a descentralização permite um controle muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados localmente. Que a descentralização acompanhada de controle social por parte da comunidade atendida pelo serviço torna-se duplamente efetiva. Que funcionários que exercem funções regulatórias e administrativas de alto nível serão considerados, a título de exercício profissional, inerentes ao próprio Estado... (PEREIRA, 1998, *apud* LIMA JUNIOR, 1998)

Nesta nova concepção, a Saúde não foi considerada núcleo estratégico de Estado, mas sim, como fazendo parte das funções “não exclusivas de Estado”. Ao

longo dos anos 90, passou-se a adotar no SUS a política da flexibilização e da precarização das relações de trabalho, adotando diversas modalidades de vinculação. Tal política preconizada pelo Governo Federal acabou sendo seguida em boa parte dos estados e municípios, provocando um enorme processo de precarização do trabalho no SUS.

A definição tradicional de saúde é puramente negativa, ou seja, é conceituada como a ausência de doenças, e esta inserida em uma visão, restritiva, médico-biologista da questão da saúde. Desta forma, é legítimo as contestações surgidas a esta definição, como por exemplo a que se aplica a uma análise da determinação social da saúde, onde a definição tradicional do conceito saúde, seria uma antidefinição, pois negaria qualquer perspectiva analítica ao tema da saúde e reduziria efetivamente toda a questão ao tratamento e prevenção das doenças e lesões. Por outro lado, a definição de saúde da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1946, que considera a saúde como um estado de perfeito bem-estar, também é passível de contestações, apesar da concepção positiva, como os aspectos de indeterminações, como a incapacidade de especificar o objeto que se pretende definir. Outro inconveniente seria, o fato de se postular a saúde como um estado ideal de plenitude, reservando ao objetivo final da existência humana e sua completude, algo inatingível. (FLEURY-TEIXEIRA, 2009)

Uma definição que tem conquistado paulatinamente mais espaço no setor saúde é a conceituação da saúde como recurso a vida das pessoas, a visualização como um meio uma condição para a realização da vida, um dos elementos da qualidade de vida e uma das condições objetivas para o desenvolvimento humano.

Esta definição é objetivamente adotada quando se busca avaliar as condições de saúde de um certo universo humano, ou o impacto sobre a saúde de uma dada intervenção como por exemplo em planos, projetos, programas..., é também a partir desta concepção que, dentro do complexo dinâmico do desenvolvimento humano, a saúde em sua concepção multidimensional busca objetivar a promoção, a proteção e a recuperação da vitalidade psicofisiológica - capacidade para o exercício ativo de si dos indivíduos para a sua realização na vida. (FLEURY-TEIXEIRA, 2009)

Dentro destas inúmeras conceituações sobre a questão saúde, é notório que a relação de trabalho entre os profissionais que executam, na ponta, as relações de promoção à saúde aos usuários do sistema público brasileiro, devem-se também ser

incorporadas a estas definições, ou seja, estes trabalhadores também desfrutam de conceituações absortas desta definição de espectro multidimensional.

Todas as modalidades de relações precárias de trabalho surgidas, além de contrariarem os preceitos constitucionais previsto no art. 6 da Constituição Federal, colocam em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social, aqueles que prestam assistência à população. (BRASIL, 2005)

A exceção do regime celetista, que assegura garantias trabalhistas ao trabalhador, as demais formas de contratações constituem mecanismos precários de contratação. Mesmo o contrato pelo regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), quando temporário, não representa para o Sistema de Saúde e nem para o trabalhador, sinônimo de trabalho com garantias, uma vez que o mesmo poderá ser interrompido, prejudicando, em muitas vezes, a continuidade das atividades de saúde. Situação ainda mais grave é que, na ausência de servidores públicos nos locais de trabalho, esses prestadores de serviços passam a ser responsáveis não só pelas atividades assistenciais, como também pela própria gerência das Unidades de Saúde, sob contrato de gestão com o gestor público, como ocorre com algumas cooperativas.

2.4 A terceirização como uma das formas mais comuns de precarização adotadas pelo modelo neoliberal

O problema da terceirização como questão importante entre as relações de trabalho se deve a dois motivos. Em primeiro lugar por que a terceirização, nas suas diferentes formas, foi a resposta que a doutrina neoliberal encontrou para escapar da pressão dos custos indiretos do trabalho, sob o argumento de proporcionar mais eficiência e vantagens competitivas para os estabelecimentos. Em segundo lugar, a terceirização demandou processos de reforma flexibilizadora dos sistemas de relações de trabalho e regulação profissional que necessitaram se adaptar às formas emergentes de propriedade e controle dos empreendimentos setoriais que a terceirização tratava de revelar.

Nesse sentido a aparente solução da terceirização colocou problemas graves que requerem, até hoje, mudanças nos sistemas de regulação das relações de trabalho e das profissões.

Segundo Lima Júnior, López-Valcárcel e Dias (2005), de uma maneira genérica, a terceirização pode ser definida como a contratação de agentes terceiros em lugar da contratação direta de empregados assalariados ou, de forma alternativa, da contratação ou "credenciamento" de autônomos, para provisão de serviços profissionais ou qualquer outro tipo, dentro de uma organização. Estes agentes terceiros podem funcionar simplesmente como intermediários na oferta de força de trabalho à instituição contratante, como é o caso das agências de emprego, ou podem proporcionar-lhes. (LIMA JUNIOR, LÓPEZ-VALCÁRCEL; DIAS, 2005)

Pode-se dizer que o grau de preocupação com o problema da terceirização está relacionado com seu escopo de abrangência, conforme visto, mas também com a capacidade que a Instituição ou setor tenham com o seu manejo.

No caso do Brasil, os problemas da terceirização na área da saúde são crescentes, seja no setor privado conveniado com o SUS, onde o processo já é antigo, mas muito discretamente regulado e em muitas áreas mesmo desregulado; seja no setor público, que para fugir ao formalismo e à rigidez das normas de contratação e remuneração, tem ensaiado formas de terceirização que muitas vezes se situam na informalidade e mesmo na ilegalidade. (BRASIL, 2009)

Segundo Sobrinho *et al.* (2006), as características do trabalho em saúde e as formas de inserção dos profissionais desse setor no mercado de trabalho apontam para a urbanização, especialização, redução da remuneração, multiplicidade de vínculos empregatícios, participação crescente de mulheres na categoria, elevada número de plantões entre as formas de trabalho, informalização crescente das relações de trabalho. Isso indica que o mercado de trabalho no setor saúde, no Brasil, vem reproduzindo a tendência geral da economia contemporânea de utilizar, cada vez mais, o expediente da flexibilização da contratação da força de trabalho. (SOBRINHO *et al.*, 2006)

O capítulo da saúde na Constituição Federal constituiu-se em uma nova política pública. Segundo o art. 196, a saúde passou a ser um "direito de todos e dever do Estado", garantindo, independentemente de contribuição, "o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". É definido também que as ações públicas de saúde se efetivarão por intermédio de uma rede integrada, descentralizada, regionalizada e hierarquizada, constituindo, com a participação da comunidade, um sistema único em cada nível de governo. A lei 8.212, de 24 de Julho de 1991, determina em seu artigo segundo,

parágrafo único, que atividades de saúde são de relevância pública e sua organização obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes, como, por exemplo, o acesso universal e igualitário, bem como o provimento das ações e serviços através de uma rede regionalizada e hierarquizada, integrados em sistema único com características de descentralização, com direção única em cada esfera de governo. (JAEGUER, CECCIM; MACHADO, 2004).

O atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas além da participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde, também fazem parte destes princípios, além é claro da participação da iniciativa privada na assistência à saúde, obedecidos aos preceitos constitucionais.

Em 27 de julho de 1993, a lei nº 8.689, definiu a extinção do INAMPS, criou o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), com a responsabilidade da avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS. E, por último, foram produzidas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

Segundo Mattos (2001), até os anos 70, grande parte das sugestões de políticas para o setor saúde dos países em desenvolvimento eram resultados de debates entre os representantes dos diversos países interessados. A partir do final da década de 80, as agências internacionais passaram a ter o discurso em comum e passaram a impor a sua política como forma de financiamento, que coincidiu com o período em que o Banco Mundial passou a ter predominância nesse processo. O diálogo não é mais sobre a construção do melhor projeto, mas como os países em desenvolvimento poderiam aderir a esse projeto. (MATTOS, 2001)

O processo de terceirização se distingue como uma busca de flexibilidade externa que parece vantajosa face à rigidez dos padrões vigentes da gestão dos quadros estatutários. Ao seguir esta via, o setor público submete-se à lógica administrativa que tem sido preconizada para a reforma do aparato de Estado, na medida em que promove uma separação entre a função de gestão e a de prestação de serviços, o que teoricamente tende a elevar a eficiência dos gastos públicos.

No Brasil, essas modalidades vêm se multiplicando e ganhando maior visibilidade a partir da década de 90, quando se começou a discutir e a incorporar as questões relacionadas às necessidades de adaptações das organizações à competitividade do mercado. Isso ocorreu como consequência das transformações

do mundo do trabalho, que passou de um modelo com base na padronização e rigidez, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e pouca autonomia dos trabalhadores, para um contexto onde as relações de trabalho tendem a se tornar mais flexíveis.

O termo precarização, tem sido utilizado para designar perdas nos direitos trabalhistas ocorridas no contexto das transformações do mundo do trabalho e de retorno às idéias liberais de defesa do estado mínimo, que vêm surgindo, especialmente, nos países capitalistas desenvolvidos a partir da terceira década do século passado.

No Brasil, a flexibilização e a precarização das relações de trabalho, passaram a ser amplamente adotadas, não só no âmbito do Governo Federal, mas também em boa parcela dos estados e municípios, fruto de uma política que vigorou a partir da segunda metade da década de 90, com as propostas de reformas estruturais do estado Brasileiro. No que se refere à área da Saúde, o enorme processo de precarização do trabalho que ocorre a partir de então, fez com que milhares de trabalhadores se encontrassem nessa condição, em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social.

O enfrentamento do problema, que afeta diretamente a consolidação do Sistema Único de Saúde, passa necessariamente em reconhecer e valorizar o trabalho humano em todas as suas dimensões, desta forma há, nas esferas governamentais e nas lideranças trabalhistas o debate e a análise de alternativas para combater a precariedade do trabalho no SUS, através do estabelecimento de vínculos que assegurem direitos e estabilidade aos trabalhadores e também a organização dos serviços de saúde oferecidos à população, considerando que o vínculo precário tem reflexos diretos na qualidade dos serviços oferecidos e na regularidade do trabalho dos profissionais.

No entanto, a separação de funções, no caso da terceirização no SUS, vem ocorrendo desacompanhada de mecanismos regulatórios, e isto constitui importante objeto e preocupação dos gestores e lideranças que atuam na área.

Na área da saúde a terceirização de serviços técnico-profissionais vem se constituindo numa prática adotada em hospitais privados e públicos. Os gestores “têm demonstrado uma capacidade criativa e multiplicadora aparentemente inesgotável quanto à utilização dos modelos de vinculação de pessoal” (SEIDL; ZANNON, 2004).

No caso do SUS, o que há de novo é a diversidade das modalidades de terceirização, não só as referentes aos hospitais, mas também as que se dão no âmbito do sistema de gestão local como um todo. Caracterizam-se, de um modo geral, por envolver uma mediação feita por empresas privadas, ONGs e cooperativas, que contam, em comparação com a administração pública, com maior liberdade para contratação e fixação de níveis de remuneração.

Tendência similar à terceirização ocorre com a gestão de hospitais públicos. A paralisia ou a extrema ineficiência de algumas unidades hospitalares tem levado a se estabelecerem certos arranjos institucionais em que os médicos e outros profissionais suspendem seu vínculo com a administração pública e organizam-se em cooperativas que passam a ser responsáveis não só pela prestação terceirizada dos serviços, como também pela própria gerência dessas unidades, sob contrato de gestão com o gestor público.

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem experimentando uma série de formatos jurídicos e administrativos na gestão de suas ações, principalmente as relacionadas à gestão hospitalar. Os convênios com fundações de apoio envolvem mecanismos com que alguns gestores públicos repassam responsabilidades e estudam os modelos, como de organizações sociais e fundações estatais de direito privado, em busca de solução para grandes desafios do sistema, sendo que esta mudança na gestão do SUS envolve questões delicadas como a distribuição de poder, o repasse de recursos e as mudanças nas relações de trabalho.

A percepção da necessidade de que é preciso aperfeiçoar o modelo de gestão é majoritário, e é a partir desta constatação que surgem esforços para a consolidação de um SUS mais abrangente e eficaz. Entre críticos e defensores das mudanças, também é comum encontrar o consenso de que nenhuma solução será mágica: com o envelhecimento da população e o avanço da tecnologia, trazendo inovações terapêuticas e tecnológicas, o financiamento da saúde continua sendo um aspecto crítico que paira sobre todos os debates acerca dos modelos jurídicos.

2.5 O papel do controle social na política pública de saúde

Uma das formas de atuação da sociedade, no processo assistencial a saúde, diz respeito a possibilidade, através do controle social, na formulação e no acompanhamento da execução e avaliação da política de Saúde no plano municipal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos Municipais de Saúde, em função de características epidemiológicas e da organização dos serviços de saúde, são competências do Conselho Municipal de Saúde, além da previsão normativa de propor critérios para definições de padrões e parâmetros assistenciais.

Com base nas reivindicações de participação da sociedade na gestão das políticas sociais, foram criados, como resultado da definição constitucional relativa às mesmas, inúmeros Conselhos co-gestores de políticas públicas desde o âmbito municipal até o federal.

Os Conselhos foram incorporados à Constituição, na suposição de que se tornariam canais efetivos de participação da sociedade civil e formas inovadoras de gestão pública a permitir o exercício de uma cidadania ativa, incorporando as forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e à implementação de políticas públicas destinadas a solucioná-los. A sociedade, atuando nos Conselhos, teria a possibilidade de contribuir para a definição de um plano de gestão das políticas setoriais, conferindo maior transparência às alocações e favorecendo a responsabilização dos políticos e dos técnicos da administração pública.

A noção de “controle social” pode possuir uma acepção ambígua, sendo por vezes usada indistintamente, como capacidade que a sociedade tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da comunidade ou alternativamente como o controle que o Estado exerce sobre a sociedade. Trata-se de uma noção fortemente normativa e disciplinar relativa à vida em sociedade, onde o controle social é concebido como a fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública e consistiria na apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde (BERGMAN, 1992, *apud* CORREIA, 2000).

Pode-se afirmar que o resultado para a legitimidade dos Conselhos se amplia quanto maior for o vínculo do conselheiro com sua população ou setor

representativo e quanto mais orgânico for este vínculo. Caso contrário, toda a responsabilidade pela representação é delegada ao representante, ficando prejudicada a própria proposta de representação.

A instituição dos Conselhos de Saúde como órgãos de controle social e gestão participativa é fruto da mobilização de profissionais de saúde e de setores da sociedade civil, mas, na maioria dos municípios, sua implantação resultou de uma política de indução do Ministério da Saúde, condicionando o repasse de recursos federais à criação do Conselho Municipal de Saúde. Este processo resultou em Conselhos cuja constituição é bastante dispare, desde Conselhos apenas meramente protocolares e cartoriais a Conselhos que efetivamente fiscalizam os gestores do SUS.

A participação popular na organização do SUS, como previsto no art. 198, III, e art. 194, VII da C.F, é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, ou seja, da participação popular no exercício do poder político.

A regulamentação do preceito constitucional de participação comunitária no Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1994, levou à criação de um sistema de Conselhos de Saúde em cada esfera do governo, compostos por representantes de usuários de serviços de saúde (50% dos membros), de trabalhadores da área (25%) e de prestadores de serviços públicos e privados da saúde (25%).

Os Conselhos temáticos institucionalizados, incluindo aqui os de saúde, significam uma perspectiva democrática e uma inegável conquista política da sociedade civil, mas, nem sempre, a concretização de suas proposições depende da maneira de como funcionam os núcleos de poder e de que maneira ocorrem as interações entre os representantes do governo, dos trabalhadores e dos usuários nesse ambiente político inegavelmente de disputa e de barganha.

Pode-se conceber que muitos representantes do governo ou do sistema privado, representantes legítimos dos Conselhos, apenas o toleram, porque estão previstos institucionalmente. Na prática, são refratários a esta forma de controle social e, em conseqüência, agem buscando reduzir o seu papel fiscalizador ou deliberativo, franqueando-os a meros rituais de legitimação de políticas e decisões supostamente democráticas. É por essa razão que Gohn (2000) propõe que esses

importantes canais democráticos sejam repensados criticamente para que de fato cumpram as funções a eles atribuídas. (GONH, 2000)

Infelizmente, algumas formas de análise simplificam demasiadamente o funcionamento dos Conselhos, impedindo que sejam percebidos com mais clareza os potenciais democráticos de que são portadores, ora superestimando o seu papel, ora subestimando-o.

A análise desse tipo de situação pode superestimar o papel dos Conselhos, por exemplo, ao colocar em segundo plano a estrutura em que estão inseridos, com base no princípio de que eles, por si mesmos e com base na legislação que os ampara legalmente, podem promover o efetivo controle da sociedade civil sobre o Estado e interferir decisivamente na formulação de políticas públicas de interesse social e coletivo. Superestimados em suas funções políticas, esses atores sociais esquecem que os Conselhos são portadores de limites e alcances estabelecidos pelo próprio Estado e que as políticas públicas no atual contexto social são profundamente marcadas pela idéia de regeneração e modernização do Estado muito mais a partir das relações econômicas ou do mercado do que pelas necessidades sociais.

Já no segundo caso, o tipo de análise feita é o de subestimar o papel dos Conselhos, entendendo-os como instância destituída de real capacidade de intervenção no debate público para o exercício do controle social ou da formulação de políticas públicas. Além disso, muitos governos, autoridades públicas e gestores da saúde avaliam que a maioria dos conselheiros, principalmente os representantes dos usuários, é técnica e socialmente despreparada para perceber com clareza a lógica de funcionamento e as necessidades do sistema de saúde e os seus conseqüentes desdobramentos.

Vigora a argumentação também de que, os Conselhos são instâncias inócuas no sentido de melhorar politicamente o funcionamento do sistema de saúde pois costumam ser transformados em instâncias conflitivas, de impasses político-partidários, ou servindo como trampolim para muitos de seus membros, deixando em plano secundário as reais necessidades de discussão e decisão sobre as questões relacionadas à saúde.

Desta forma, pode-se avaliar os Conselhos como instrumentos que deveriam ser apenas instâncias homologatórias das decisões do gestor (a instância entendida como sendo tecnicamente preparada para promover o bem comum) ou,

no máximo, como instância corretiva das ações por ele desencadeadas, atendendo assim muito mais ao formalismo e solenidade legal do sistema do que, essencialmente propondo formas de alteração nas relações de poder entre governo e sociedade.

A participação popular e o exercício do controle social feito pelos Conselhos de Saúde ocorrem no espaço público. Este exercício tem como contrapartida fundamental a idéia de que a visibilidade e o compartilhamento do que é público devem estar baseados na premissa de Hanna Arendt (1993) ao afirmar que tudo o que vem a público pode ser visto, ouvido, e comentado por todos. (ARENDR, 1993)

A comunicação verdadeiramente democrática e passível de tornar o homem responsável pelo seu próprio destino e capaz de problematizar o mundo, se dá através da relação dialógica, onde todo ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo, e a comunicação entre ambos, que se dá entre signos lingüísticos (FREIRE, 1971). No entanto, o ato comunicativo eficiente se dá apenas quando os sujeitos são reciprocamente comunicantes e que a comunicação seja percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito.

Dessa reflexão, podemos deduzir que o exercício do controle público nos Conselhos de Saúde só pode ocorrer em um determinado campo cultural ou político em que existam informações disponíveis e a capacidade dos atores sociais que ali atuam em interpretar e atribuir novos sentidos a elas (alteridade), o que contraria a idéia da teoria instrumental da comunicação e da informação. O pressuposto é o de que os indivíduos são capazes de transformar determinados estímulos informacionais e comunicacionais em formas cognitivas tanto para conhecer a realidade que os cerca quanto para agir sobre ela, o que gera uma forma particular de percepção sobre os acontecimentos que ocorrem nesse ambiente.

A participação e a deliberação nos "novos espaços democráticos", criados na esfera estatal ou na esfera pública, nos níveis local, nacional ou internacional, começaram a ser defendidos como fundamentais para tornar o sistema democrático mais inclusivo. Esses "novos espaços" têm como fundamento a idéia de que boa parte da atual incapacidade das políticas públicas em promover mudanças substantivas no *status quo* resulta da não-inclusão dos destinatários dessas políticas nos processos decisórios.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem histórico-crítica, realizada tendo como base, o processo de transferência, por parte do município de Foz do Iguaçu, do atendimento hospitalar público no município à O.S. “Pró-Saúde”.

As etapas utilizadas para o desenvolvimento do projeto se constituíram primeiramente de, uma revisão bibliográfica acerca do assunto bem como uma análise da legislação pertinente e o processo histórico em que ocorreu esta transferência, seja no plano nacional e local. O método de pesquisa adotado consiste, além da parte bibliográfica, de um estudo de caso no qual será analisado o contrato realizado entre o Município de Foz do Iguaçu-PR e a O.S. “Pró-Saúde”.

4 A ORGANIZAÇÃO PÚBLICA DO SERVIÇO EM QUESTÃO

4.1 Descrição geral

A instituição Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar denominada “Pró-Saúde”, é uma entidade de direito privado que, administra, além do Hospital Municipal de Foz do Iguaçu, vários estabelecimentos em outros locais do Brasil, sejam hospitais públicos e/ou filantrópicos.

Atua também na área administrativa, com assessoria a planos de saúde e hospitais, prestando consultoria a instituições da área de saúde, bem como à municípios. Segundo a empresa o processo de implantação de métodos de gerenciamento e modelos de atuação mais sintonizados com as demandas atuais, visam evidentemente benefícios econômicos aos seus clientes, pois ao racionalizar custos e otimizar resultados, se habilita como alternativa eficiente na condução da assistência médico-hospitalar.

Apregoa também que, a médio e longo prazo, o novo modelo de atuação empregado na unidade pública de saúde hospitalar, sendo mais moderno e eficiente, acabará por envolver todos os setores do hospital, em um processo centrífugo de concentração de esforços que, indubitavelmente fará com que os bons resultados se perpetuem e se solidifiquem, e esses ganhos se traduzam em benefícios a população usuária.

A “Pró-Saúde” conta com 284 funcionários em regime de contrato celetista, sendo 207 na enfermagem com 22 enfermeiros e 185 em nível técnico, 35 médicos e 42 funcionários na parte de assistência indireta. Cabe relatar a situação de aproximadamente 62 servidores públicos que atuam na instituição em regime de cessão, mesmo que este vínculo não seja oficializado, ou sua situação trabalhista seja tácita. Esses trabalhadores encontram-se cedidos à instituição, desenvolvendo atividades já realizadas, sob regime estatutário, anteriormente a transferência.

As instalações são da ordem de 22 mil metros quadrados de área construída, no antigo Centro de Especialidades Médicas, situado na Avenida Paraná, onde por consequência do fechamento do Hospital filantrópico denominado Santa Casa, foi iniciado as obras de ampliação e construção do Hospital Municipal de Foz do Iguaçu. Neste processo de implantação o referido hospital, em permanente processo de edificação, já foi administrado por quatro grupos.

Primeiramente a FUNPEA, que foi retirada do cargo por acusações de que a entidade não tinha conhecimento na área hospitalar, depois o poder Executivo escolheu a Fundação Villela Batista, que também foi alvo de denúncias dos usuários. Após a saída da Fundação Villela Batista o Hospital Municipal passou um período curto, sendo administrado pela prefeitura, enquanto um projeto de lei, que instituisse a Fundação Hospital Municipal, de autoria do poder executivo municipal, transitou no Legislativo Municipal. Com a aprovação da Lei 3592/09, ficou autorizado o Poder Executivo instituir a Fundação Hospital Municipal de Foz do Iguaçu, fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos de interesse coletivo e de utilidade pública, com duração indeterminada com sede e foro no Município de Foz do Iguaçu, com a finalidade de prestar serviços de saúde e de assistência médico-hospitalar mediante Contrato de Gestão, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Porém em 19 de abril do mesmo ano, a O.S. "Pró-Saúde", por meio de uma licitação, ganhou a gerencia do principal estabelecimento público de saúde da cidade.

O hospital municipal, sendo o elemento de maior complexidade dentre as unidades de saúde do município, com cerca de 180 leitos, seu estudo passa a envolver um universo de conhecimentos superiores ao de qualquer outro tipo de organização de serviços relacionados à saúde. A objetivação de maior efetividade é sem dúvida, conseguida ou pleiteada, com o pleno atendimento dos hospitais a partir de seus espaços e suas tecnologias, o que permite a construção de uma estratégia para o controle de sua manutenção e análises de variáveis de risco.

No processo de identificação das principais centralizações de um o hospital, aspectos relacionados a elementos arquiteturais, sistemas funcionais prediais e parques de equipamentos, devem ser abordados, pois esses aspectos constituem-se essencialmente fundamentais, e são nas necessidades de um ambiente seguro e de qualidade, que a abordagem dos espaços edificados de um hospital e nas respectivas instalações se fazem necessários, e que, é o que se terá como fator crucial no conhecimento de todas as variáveis envolvidas.

4.2 Diagnóstico da situação problema

Busca-se identificar o processo de transferência da assistência hospitalar no município de Foz do Iguaçu à O.S. “Pró-Saúde” e suas repercussões no âmbito da prestação do serviço de saúde à população, bem como na relação e vínculo entre os servidores desta unidade pública de saúde, inclusive com os desdobramentos na esfera judicial, na qual o município e a instituição são réus em processo em trâmite na justiça comum e justiça do trabalho em grau de recurso.

A “Pró-Saúde”, apesar de ser uma entidade sem fins lucrativos, recebe por meio de um contrato de gestão, com duração de 3 anos, firmado com o Município de Foz do Iguaçu o valor de R\$ 34.764.000,00 (trinta e quatro milhões, setecentos e sessenta e quatro mil reais) no primeiro ano de vigência do contrato, por meio de 12 (doze) parcelas mensais, sendo que ainda existiria uma taxa de fomento público mensal no valor de R\$ 272.000,00 (duzentos e setenta e dois mil reais) destinados a custeios de despesas.

A despeito do processo de transferência, balizado pelo contrato de gestão celebrado pelo Município de Foz do Iguaçu com a O.S. “Pró-Saúde”, associação beneficente de assistência social e hospitalar, há motivos e fundamentações legais para estabelecer que se trata de uma situação irregular, uma vez que o município não pode delegar a terceiros, inclusive O.S., OSCIP, Cooperativas e etc., serviços públicos essenciais e permanentes, como é o caso de servidores da área da saúde que devem ser contratados por concurso público de provas e/ou títulos, observando os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, publicidade, moralidade e da igualdade de oportunidades, e nem mesmo ceder a empresas privadas de quaisquer natureza jurídica servidores estatutários, que prestaram concurso para exercer seus cargos nos órgãos públicos.

Ao proceder desta forma o município estaria promovendo um tipo de intermediação ilícita de mão de obra, desrespeitando o mandamento constitucional do concurso público, provocando um dano difuso à coletividade de trabalhadores que não tiveram condições de participar de um certame democrático em igualdade de condições, na luta por um cargo público, que é um direito subjetivo atribuído a todos que preenchem as condições do edital de seleção.

No tocante à prática ilícita de contratar servidores permanentes, sem concurso público, o Município de Foz do Iguaçu vem perpetrando tal despropósito,

por meio de convênios celebrados com entidades beneficentes, através dos quais contrata, por via transversa, em nome de ONGS, vários tipos de servidores para atividades permanentes – no caso, trabalhadores da saúde - pelo regime celetista para prestar serviços na área da saúde municipal.

Assim, o município indica várias pessoas, as contrata pelo regime celetista, paga os salários também indicados pelo município e estes trabalhadores, a partir daí, passam a desenvolver suas atividades na área da saúde do município, burlando dessa forma o mandamento constitucional do concurso público para atuar na área pública, bem como a própria lei de responsabilidade fiscal.

Dessa forma, somando as irregularidades e ilicitudes, seja por meio de O.S., OSCIP, entidades filantrópicas etc., o serviço essencial de “saúde”, a ser prestado pelo Estado (ou seja, pela administração pública direta) restou transferido, por meio de convênios ou contrato de gestão a entidades particulares, extrapolando o caráter de participação complementar destas instituições, como determina o art. 199, parágrafo 1º. da Constituição Federal.

Diante do exposto, cabe perguntar: as O.S., ao exercerem atividades de interesse público e ao aplicarem práticas e modelos de gestão, estariam trazendo um benefício maior à população usuária destes serviços? O que pensar quando são alegados critérios de economicidade à municipalidade, mesmo que na contra-mão da legalidade? Estariam a O.S. e o município desresponsabilizados e imunes aos ditames jurisdicionais e suas repercussões nas esferas civil, penal e administrativa?

Por fim, estariam os servidores da O.S., mesmo que uma relação de trabalho precarizada, satisfeitos com a “oportunidade” de emprego? E como esta relação estaria repercutindo na saúde desse próprio trabalhador?

5 PROPOSTA

5.1 Desenvolvimento da proposta

O contrato de gestão firmado entre a municipalidade e a O.S. “Pró-Saúde” prevê o gerenciamento e a execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no Hospital Municipal de Foz do Iguaçu, cujo uso das instalações fica permitido pelo período de vigência do mesmo, mediante cláusulas e condições que são, hoje, alvo de disputa judicial.

Esta situação merece ganhar visibilidade, e para tanto se apresenta a seguinte proposta, tendo por base a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde.

Dar início a um amplo debate sobre o processo de terceirização, extensivo a diversos setores da sociedade, com ênfase na própria população usuária, como forma de aprofundar o quadro diagnóstico sobre o processo de terceirização e suas consequências.

Quanto mais elementos foram reunidos a respeito do tema, mais qualificadas se tornam as informações, que retornando novamente à sociedade, podem potencializar as discussões por ela realizadas em outros momentos.

O que importa, nesse processo, é incentivar a prática do debate sobre as ações do Estado, tendo em vista um dos princípios básicos do SUS, o controle social, e assim se fazendo, propiciar a elevação do nível de consciência da população sobre sua cidadania e as condições para sua concretização. Além da população usuária do SUS, também têm interesse direto nesta temática os próprios profissionais de saúde, além, evidentemente, dos integrantes de todos os escalões da administração pública.

Em nossa opinião, ao estimular o controle social, a administração pública adota uma postura democrática, e acreditamos que os resultados serão de estímulo ao interesse da comunidade pela coisa pública, de dar visibilidade a práticas ilícitas, e de criar um clima de volta da confiança na política, que anda em franco descrédito em nosso país.

Enfim, a forma mais eficiente de controle social é aquela que se faz incentivando e também qualificando a participação da sociedade.

5.2 Plano de implantação

Estabelecer uma agenda de ações que propicie o mais amplo e diversificado processo de discussão e de respectiva informação.

Realizar uma ampla convocação para debater o tema, tendo por base principal o Conselho Municipal de Saúde. Neste âmbito, organizar um Comitê que se responsabilize pela condução do processo.

Levar a discussão para todos os Conselhos Locais de Saúde, com previsão de um encontro final onde todos os resultados parciais poderão ser apreciados e debatidos.

Nos debates mais localizados, convidar pessoas que ajudem na reflexão sobre o tema, devendo até, para melhor qualificar esse processo, ouvir os argumentos a favor e os contrários às terceirizações/privatizações no âmbito do SUS.

Integrar, no processo de debate, representantes de Universidades, Ministério Público, Câmara Municipal, Governo Estadual (Regional de Saúde) e demais entidades da sociedade civil organizada.

Criar uma página eletrônica específica para divulgar material informativo, reportagens, vídeos, entrevistas, textos e outros materiais pertinentes à questão.

5.3 - Recursos

Funcionários públicos da administração municipal.

Conselheiros de Saúde (Municipais e Locais).

Membros voluntários de diversas entidades: de usuários, de conselhos profissionais, de igrejas, estudantes etc.

Recursos financeiros para cobrir eventuais despesas.

5.4 - Resultados esperados

A construção do SUS é permanente, pois à medida que se resolvem determinados níveis de problemas, outros vão surgindo, de modo que a sociedade deve estar permanentemente atenta e participante para novos desafios.

Para além de buscar uma solução efetiva, ou seja, o retorno da coisa pública à administração pública, importa é estimular o processo democrático de debate, previsto na idéia de controle social. A população deve acreditar que tem capacidade de organização, e que essa organização tem força de poder sobre o Estado e suas instituições.

Portanto, espera-se, a partir das ações promovidas, que os conselheiros, tanto em nível central (Conselho Municipal), como em nível local (Conselhos Locais de Saúde) se qualifiquem para o exercício dessa função.

A transferência da assistência hospitalar, balizada pelo contrato de gestão firmado entre a municipalidade de Foz do Iguaçu e a O.S. "Pró-Saúde", que prevê o gerenciamento e a execução de atividades desenvolvidas no Hospital Municipal uma vez sendo um processo considerado inadequado, merece ganhar visibilidade. Para isso, faz-se necessário um amplo debate sobre o processo de terceirização, extensivo a diversos setores da sociedade da sociedade civil organizada, com ênfase na própria população usuária, como forma de aprofundar a consciência social sobre as consequências dessa modalidade de gestão.

O incentivo à prática do debate sobre as ações do Estado, refletindo sobre a natureza constitucional de seu dever, bem como tendo em vista a questão de princípios envolvida na construção do SUS, deve ser o foco nesta tentativa de mudança organizacional. Os procedimentos, estruturas, métodos e técnicas a serem implantadas para que, efetivamente, ocorra a prestação da assistência hospitalar com todo o rigor necessário à efetiva prestação pública da assistência à saúde, se faz pela discussão do papel do controle social.

As estratégias de implantação do SUS devem passar, necessariamente, por várias etapas, onde há atribuições de responsabilidades por essa implantação, bem como uma forma efetiva de monitoramento que propicie a elevação do nível de consciência da população sobre sua cidadania e que assegure as condições para sua concretização.

A implantação da proposta de uma retomada pela Administração Pública do Hospital Municipal, através de uma agenda de ações que propicie o mais amplo e diversificado processo de discussão e de respectiva informação sobre este processo é perfeitamente exeqüível. Isso pode se dar, seja pela ampla convocação para debater o tema no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, seja pela organização de um Comitê próprio, que se responsabilize pela condução do processo,

respaldado pela possibilidade de integração, no processo de debate, de representantes legitimados e demais entidades da sociedade civil organizada.

A sociedade pode e deve acreditar que tem legitimidade em suas formas de organização, e que esse controle tem capacidade de romper com estruturas aceitas pelo Estado como únicas saídas para a solução de crises conjunturais e mesmo estruturais. Com o avanço da democracia verdadeiramente direta, portanto, popular, cresce a aposta de que as políticas se tornarão mais responsivas às necessidades da população, à medida que esta for incluída nos processos decisórios. Afinal, quem melhor do que a própria população para conhecer os problemas que a afetam ou saber da qualidade dos serviços que está recebendo?

5.5 - Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Insuficiência de recursos para financiar o processo.

Morosidade na condução do processo.

Resistências internas, em todos os segmentos: administração pública, grupos de usuários alinhados com outros interesses, o setor privado, etc.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao buscar rediscutir o processo de transferência da assistência hospitalar pública no Município de Foz do Iguaçu para a esfera privada, e suas repercussões para a saúde da população, urge abrir o debate sobre o tema. A escolha por parte do gestor municipal da terceirização como forma de garantir a assistência hospitalar apesar das posições contrárias advindas do Conselho Municipal e também do Ministério Público, indica que, apesar de manifestações e opções, discutidas e sugeridas pela sociedade civil organizada, a adoção do modelo gerencial foi baseada em critérios de conveniência e de oportunismo, sugerindo atos de absoluta falta de democracia do gestor.

Os serviços de saúde pública estão sendo transferidos à iniciativa privada, sob o argumento de que a gestão ou gerência de unidades hospitalares do Estado, por não ser atividade exclusiva, pode ser alocada à iniciativa privada sem fins lucrativos. O argumento é de que a transferência acarretaria melhores serviços de saúde à comunidade, com maior autonomia gerencial e, por isso, com maiores responsabilidades para os dirigentes desses serviços, com inequívoco aumento da eficiência e da qualidade da atenção prestada, acarretando um melhor atendimento ao usuário, a um custo menor.

Ao identificar como meta de eficácia prestar ações que visam racionalizar custos e otimizar resultados, a O.S. “Pró-Saúde” à frente deste projeto de terceirização, encampado e levado a cabo pela municipalidade, pretende, em um novo modelo de atuação, concentrar esforços no sentido de que bons resultados na assistência à saúde, se mantenham e se solidifiquem, fazendo com que a coletividade como um todo se beneficie.

A questão que importa debater sobre essa iniciativa, não é somente se a O.S. “Pró-Saúde” estaria trazendo um benefício maior à população usuária e representando uma economia de recursos financeiros para a gestão municipal. O ponto crucial diz respeito a uma correta leitura do art. 197 da CF, onde se assevera que a execução dos serviços de saúde deve ser feita diretamente pelo Estado ou, via convênio, por terceiros os quais comparecem com sua capacidade instalada e em caráter complementar, ou ainda por pessoa física ou jurídica de direito privado não filiados ao SUS. Todos eles exercem serviços de relevância pública, mas

aqueles prestados pelo Estado são de natureza essencialmente pública, integral e universal, caracterizando-se como direito fundamental e dever do Estado.

Portanto, não é possível, face às regras legais vigentes, o poder público transferir a gestão, a gerência e a execução de serviços públicos de saúde de hospitais ou unidades hospitalares do Estado para a iniciativa privada. Estas, praticando gestão privatista, buscam a lógica do custo-benefício acima de tudo, e dispensam todo e qualquer mecanismo regulador por parte da coletividade.

Com a terceirização, ao se eliminar a licitação para compra de material e favorecer a cessão de prédios, bem como dispensar concurso público para contratação de pessoal e outros controles próprios do regular funcionamento da coisa pública, associado à ausência de garantias na realização dos contratos ou convênios, antevê-se inevitáveis prejuízos ao Erário Público.

Não se pode confundir assessoria gerencial que se presta à direção de um determinado hospital público - que pode inclusive ser contratada pelo Poder Público mediante licitação - com a própria gerência desse hospital.

O processo de desprecarização do trabalho no SUS implica na necessidade de analisar alternativas de ação e buscar saídas compatíveis e viáveis para a resolução desse grave problema, garantindo o respeito e a dignidade dos trabalhadores que atuam na área da Saúde.

E no centro desse problema se revela um outro grave aspecto, já bastante debatido neste trabalho, que é o da precarização da vida laboral. O trabalho precário está relacionado aos vínculos com o SUS que não garantem a estabilidade e nem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto; mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores.

Outra questão que vem a tona, diz respeito à situação desigual dos servidores da O.S. "Pró-Saúde", quando se contrasta com a de outros funcionários públicos, que desenvolvem, em tese, a mesma atividade, mas com garantias de estabilidade funcional. A isso se soma outra situação delicada, a que se relaciona com a potencial fragilidade na relação de hierarquia e subordinação daqueles funcionários terceirizados, uma vez que estariam submetidos a situações de vulnerabilidade, sendo esta um facilitador ao assédio moral.

Não é difícil pensar, como hipótese, que as relações mercantis que movem o setor privado e as relações desiguais entre servidores não estáveis e servidores

públicos possam levar as relações intersubjetivas a níveis extraordinários de competição, de negação do outro, e de disputa financeira, sendo condição favorável para a ocorrência de violência moral entre os mesmos.

O medo do desemprego, as perseguições políticas e as represálias, contribuem para o silêncio e perpetuação desta situação aviltante que, conseqüentemente, repercutem na degradação física e mental de uma série de agravos. Estamos falando de uma situação propícia ao aparecimento de problemas com a saúde do trabalhador terceirizado.

A consolidação de uma política de pessoal que assegure condições adequadas de exercício do trabalho aos trabalhadores da saúde é condição imprescindível para a qualidade das atividades do setor.

É preciso admitir que o processo de privatização da assistência hospitalar em Foz do Iguaçu ainda está distante de oferecer bons resultados de efetividade e resolubilidade, seja pelo fato de que o referido hospital é essencialmente público e que comporta cerca de 85% dos atendimentos pelo SUS, seja pelo fato de ser relativamente recente (2 anos) a transferência do hospital à iniciativa privada.

Desta forma, a população usuária ainda não possui elementos para ter um discernimento capaz de considerar sua situação de cidadão detentor de direitos e apta a exigir o cumprimento dos mesmos, da condição de dependente do serviço terceirizado. Essa condição configura um quadro delicado, pois a população fica refém: como criticar o único serviço de que depende?

A propósito de detectar o grau de satisfação dos usuários em relação ao atendimento de assistência hospitalar no município, mesmo não sendo oportuno este procedimento aferitivo pelas razões já explicitadas, deve-se incentivar mecanismos de coleta de opiniões sobre a satisfação pelo atendimento recebido, mesmo sendo o critério da opinião subjetiva e sua comparatividade pouco razoável.

Finalmente, sugerimos que sejam realizados estudos e propostas que tenham como objeto, por exemplo, analisar a situação de saúde ocupacional, acidentes de trabalho, afastamentos temporários, atestados de saúde entre outros, pois estes seriam dados capazes de trazer à tona as situações conflitivas abordadas ao longo do trabalho.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 7-19, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 27/08/2011.

PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, 1986.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 10/09/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Seminário sobre a política de desprecarização das relações de trabalho no SUS** [relatório final], 2006. Brasília (DF): MS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_seminario_desprecarizacao2.pdf>. Acesso em: 11/08/2011.

LIMA JÚNIOR, O.B; As reformas administrativas no Brasil: modelos, sucessos e fracassos. **Revista do Serviço Público**, Rio de Janeiro, 49 Número 2 Abr-Jun 1998. Disponível em : <[http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Terceiros-Papers/98-LimaJunior,OBde49\(2\).pdf](http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/Terceiros-Papers/98-LimaJunior,OBde49(2).pdf)>. Acesso em 26/08/2011.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, set./dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf. Acesso em 24/08/2011

LIMA JÚNIOR, J. M.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, A.; DIAS, L. A. **Segurança e saúde no trabalho da construção: experiência brasileira e panorama internacional**. Brasília: OIT – Secretaria Internacional do Trabalho, 2005. Disponível em: http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/doctrab/dt_200_port.pdf. Acesso em 25/08/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério Saúde, 2000. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 15/09/2011.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed., Brasília-DF, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Acesso em: 13/08/2011.

SOBRINHO, C. L. N. *et al.* Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006,

JAEGUER, M. L.; CECCIM R. B.; MACHADO M. H. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 7, ed. especial, jan. 2003-abr. 2004.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. Em As políticas de saúde nos anos 90. **Ciencia&Saúde coletiva**. Rio de Janeiro. V.6, n 2, 2001.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos . **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

GOHN, M. G. **Teoria dos movimentos sociais:** paradigmas clássicos e contemporâneos. 2. ed., São Paulo: Loyola, 2000.

ARENDT, H. **A condição humana.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.