

Fundações Estatais como dispositivo para a desprivatização do Estado brasileiro.¹

Túlio Batista Franco

Psicólogo Sanitarista.

Prof. Dr. da Universidade Federal Fluminense.

Heider Pinto

Médico Sanitarista.

Diretor de Atenção Básica da Secretaria de Saúde da Bahia.

Introdução: A Reforma do Estado Brasileiro.

A reforma do estado implementada por governos neoliberais nos anos 1980/90 no Brasil, foi acompanhada timidamente pelas forças políticas que juntas lutaram pela redemocratização do país e em particular no movimento da reforma sanitária brasileira. Ao dizer da timidez, nos referimos à avaliação que fazemos segundo a qual, as correntes de pensamento que se vinculam à idéia geral de um estado republicano, socialista e democrático, se limitaram a defender o que aí estava, sem apresentar uma proposta que fosse ofensiva no sentido de trazer para o campo democrático-popular a agenda da reforma do estado, e apresentar propostas que caminhassem nessa direção.

Contra um Estado clientelista, patrimonialista, burocrático e feito para não responder às necessidades sociais da maioria da população, o neoliberalismo usurpou o nome *reforma* de uma base social popular e propôs a redução do Estado, e a liberação de grande parte do capital e da atividade de prestação de

serviços para a exploração de grupos privados.

Essa é a lógica da Reforma Regressiva Bresseriana que limita o crescimento do Estado, principalmente na prestação de serviços que buscam garantir direitos sociais, através de mecanismos como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e que propôs a exploração desse setor por grupos privados orientados pelas lógicas de mercado imbuídos de uma suposta finalidade pública: as chamadas Organizações Sociais (OS) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

A Proposta da Fundação Estatal, discutida aqui, tem por referência o substitutivo do Projeto de Lei Complementar do Deputado Federal do PT do Rio Grande do Sul, Pepe Vargas, que apresenta sua forma jurídico-legal; e na proposta do Governo Jaques Wagner da Bahia, seu projeto institucional, pode vir a ser uma efetiva e concreta ofensiva contra-bresseriana. Trata-se aqui de afirmar concretamente o público e o Estatal no setor de prestação de serviços responsáveis pela garantia de direitos sociais, trata-se de uma tentativa de desbloquear o Estado para sua expansão nesse setor.

Hoje, infelizmente, muitos gestores do campo democrático popular, para garantir os direitos sociais e expandir os serviços públicos, muitas vezes são forçados a terceirizar a contratação de pessoas e outras tantas, a expandir serviços via contratação complementar do setor privado. Na ponta do lápis, chega na conclusão que ampliar os leitos de um hospital público pode ser mais caro que contratar os mesmos leitos num hospital filantrópico, por exemplo. Fazendo as contas, comparando custos, analisando os prazos e a disponibilidade de recursos acaba fazendo opções fora do Estado para garantir direitos sociais/deveres do Estado, com os quais sua administração tem compromisso. A eficiência no gasto nesse caso, isto é, a economia realizada, não vira lucro pelo Estado, e pode, por exemplo, ser investido para qualificar a alimentação nas creches municipais. O que queremos dizer é que existem entraves objetivos no funcionamento de uma máquina estatal feita para não funcionar, que superam muitas vezes a decisão e a

¹ Este texto é uma preliminar contribuição ao debate em torno da Fundação Estatal e está aberto a contribuições.

vontade política e isso não é nenhuma novidade para quem estuda a saúde e a gestão pública no nosso país.

Assim, é falso colocar em lados opostos as necessárias mudanças na gestão e o essencial aumento do financiamento. De um lado temos que lutar por mais recursos, de outro, subordinado a um uso do recurso que produza serviços que de fato tenham eficácia social e impactem nos direitos e condições sociais, devemos utilizar melhor o recurso público, ter mais resultado com a mesma quantidade de recursos, ou seja, ser mais eficiente: gastar o mesmo tanto ou menos para conseguir mais em benefício da população.

Acreditamos que as Fundações Estatais avançam em importantes bases objetivas que nos permitem qualificar a gestão de modo que podemos fazer muito mais e mais rápido com a mesma quantidade de recursos, sem detrimento da luta pela ampliação do financiamento dos serviços públicos, inclusive a saúde. Isso não só viabiliza como fortalece a luta pela ampliação dos mesmos, com serviços de maior qualidade e mais acessíveis. Legitima os mesmos junto à população e trabalhadores de modo que reforça a base subjetiva e ideológica de defesa e afirmação do público frente ao privado.

Embora seja um dos maiores sistemas de saúde públicos do planeta, e ter promovido a mais ampla política de inclusão social, no período pós-redemocratização do país, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda padece de sérios problemas, que são um entrave ao seu desenvolvimento. Entre eles, gostaríamos de concentrar em dois, que são estruturantes do atual modo de produção da assistência à saúde, quais sejam: a iniquidade no acesso aos recursos para a gestão do SUS, incluindo a força de trabalho; e a presença do capital via o alto consumo de procedimentos, promovendo uma extraordinária acumulação no setor, através de práticas assistenciais centradas no ato prescritivo e no baixo coeficiente de cuidado aos usuários.

Um primeiro vetor de entrave ao desenvolvimento do SUS: A extrema iniquidade atual na gestão da saúde, com acesso desigual a recursos pelos municípios e suas populações.

O sistema de transferência de recursos do Ministério da Saúde para os municípios, até o ano de 1996 quando foi publicada a Norma Operacional Básica que instituiu a gestão semi-plena na saúde, se dava exclusivamente por produção, ou seja, aqueles que mais produziam recebiam maiores recursos. Isso significa que as regiões mais pobres, com maiores dificuldades de instalarem uma rede assistencial eficiente, eram penalizadas. Isso criou um sistema de concentração de recursos, distribuição injusta, iníqua e desigual.

Embora venha sendo corrigido desde então, com o estabelecimento do repasse *per capita* de parte dos recursos financeiros, com a programação pactuada e integrada, agora com o pacto de gestão, ainda permanecem operando fortemente no sistema as diretrizes do período anterior. Os dispositivos de construção de uma distribuição mais equitativa dos recursos, não conseguiram superar completamente os problemas existentes até então.

Esse problema é agravado pela forte elitização e concentração dos profissionais da saúde nas regiões metropolitanas, grandes e médios municípios. Os municípios com a população em pior situação sócio-econômica, com a maior carência de recursos e mais distantes dos grandes centros sofrem com a falta ou baixa disponibilidade de trabalhadores da saúde, e muitas vezes têm que pagar vultosos salários para suprir a necessidade de atendimento à sua população. Considerando que mais de 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20.000 habitantes, percebemos que o problema tem uma grande dimensão. O que vemos é um grande e atomizado mercado de trabalho, alimentado por recursos públicos, que expõe uma competição entre pequenos municípios pela contratação de profissionais que vendem caro seu capital intelectual, acumulado em instituições de ensino financiadas ou subsidiadas pelo Estado.

Essa dinâmica é ruim para o gestor municipal, que, dado os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, e a limitação do teto salarial do município referenciado na remuneração do prefeito (na maioria das vezes um salário inferior ao necessário para atrair um médico), além de ser obrigado a precarizar o vínculo, gasta uma soma desproporcional de recursos para tentar

ofertar uma regular atenção à saúde em sua rede de serviços tendo que, cotidianamente, fazer a gestão da alta rotatividade de profissionais.

É péssima para o trabalhador, que não tem seus direitos trabalhistas e previdenciários garantidos, não tem nenhuma segurança no emprego, não consegue construir vínculo com os usuários e com sua própria equipe e acaba não recebendo investimento em educação permanente por ser, sobre todos os aspectos, visto e tratado pela população e pelo gestor como um eterno temporário, alguém de passagem.

É pior ainda para o usuário que vê interrompido constantemente seu direito à saúde, não conta com uma atenção de qualidade, que seria o resultado dentre outras coisas, da mudança do processo de trabalho, de uma relação mais próxima com a comunidade, de um processo consistente de educação permanente, do vínculo e do acompanhamento longitudinal sobre o modo de produção do cuidado, coisas que demandam uma equipe de saúde mais estável e com maior tempo de atuação integrada num mesmo lugar e com as mesmas pessoas.

Assim, falta de tudo em relação à gestão do trabalho na saúde: não há incentivo para fixação de profissionais no interior do país, não há um processo de educação permanente em larga escala, falta uma gestão do trabalho de forma a dar-lhes uma perspectiva de progressão na carreira e ao mesmo tempo regule a distribuição de profissionais, atendendo aos municípios e populações mais pobres e longínquas e, associados a estes, a situação ainda mais complicada dos povos indígenas, acampados e quilombolas.

A proposta da Fundação Estatal Saúde da Família do governo da Bahia propõe substituir a atual lógica do mercado de trabalho que, alimentado por recursos públicos, segue funcionando exclusivamente na lógica da oferta e da procura, por um planejamento e regulação pública, transparente, democrática e participativa da seleção, contratação, distribuição, formação, educação permanente, progressão, remuneração e avaliação do conjunto dos trabalhadores da atenção básica. Um passo à frente na gestão do trabalho e da educação que não é possível atualmente com nenhuma das formas jurídico-institucionais da administração direta ou indireta que não seja através da nova modalidade jurídico-

institucional: a “Fundação Estatal”.

Importa informar que ao discutirmos esse tema, falamos com o olhar fixo no nosso "chão-de-fábrica", que são as Unidades de Produção do Cuidado, os territórios onde se realiza o trabalho em saúde num dado modo de produção da assistência, onde labutam os trabalhadores de saúde e habita a imensa maioria dos trabalhadores desse país que são usuários dos serviços do nosso SUS. E ainda, avaliando a cadeia produtiva da saúde, percebe-se que os usuários formam o contingente mais fragilizado, são os que buscam ajuda nas Unidades e equipes, em situação de sofrimento agudo ou não, e por isto mesmo, precisam de um serviço de saúde centrado nas suas necessidades. Consideramos isso um compromisso ético-político fundamental, que diz respeito à forma de lidar com o tema do cuidado, ou seja, a garantia ao usuário, do acesso a uma assistência integral. Associada a esta idéia da centralidade do usuário para o cuidado à saúde, vem o trabalho como a questão fundamental que deve garantir esse cuidado, e nesse sentido o processo de trabalho ganha também uma importância fundamental junto à idéia de uma gestão dos serviços de saúde, que tenha por objetivo a universalidade de acesso e uma atenção integral e de qualidade.

No entanto, o que se verifica é que, desde os anos do governo FHC há uma política de precarização do trabalho na saúde. Incentivado pelo Ministério da Saúde a partir de meados dos anos 1990, generalizam-se os contratos administrativos ou com organizações privadas do tipo cooperativas, ou Organizações não Governamentais, as formas de contratação no SUS. Há hoje uma legião de médicos, enfermeiras e outros profissionais sem direito a férias, 13o. salário, indenização por tempo de serviço, licença maternidade e outros direitos que dignificam o trabalho. Ou seja, a realidade concreta é que há uma massa imensa de trabalhadores do SUS sem direitos trabalhistas e previdenciários, com os mais diferentes vínculos e formas de terceirização, com contratos feitos com regras a acordos específicos para cada um e muitas vezes “de boca”, absolutamente vulneráveis a desmandos político-eleitoreiros. Na atenção à saúde vemos concursos públicos com vagas ociosas para médicos, e os governos reféns das chamadas cooperativas de especialidades. Não estamos

aqui falando de um vínculo estatutário ao qual se somaria um outro celetista, estamos falando de dezenas de vínculos precários que poderiam ser integrados na forma de vínculo efetivo, e de um viável processo de desprecarização, na constituição de uma carreira que traria ganhos importantes para o SUS, para trabalhadores, gestores e principalmente usuários. Este é um problema crucial a ser enfrentado. Ele é concreto, não é uma abstração.

A precarização do trabalho tem conseqüências drásticas para a produção da assistência, pois leva ao estabelecimento de um vínculo profissional precário com o serviço, em prejuízo da própria população que é assistida pelo SUS. O que se vê de forma generalizada é uma alta rotatividade dos trabalhadores. Especialmente nas regiões interioranas do país, há uma concorrência desleal entre prefeituras para a contratação de profissionais, gerando uma exagerada elevação dos salários, às vezes incompatível com a capacidade de pagamentos de pequenos municípios. Tudo isto tem provocado desassistência, rompimento de vínculos entre equipes de trabalhadores, e destes com os usuários. É o pior dos mundos. Extremas dificuldades para os gestores; instabilidade, estresse e insatisfação dos trabalhadores e uma absoluta incerteza aos usuários que adoecem ou devem ser objeto de cuidados dos serviços de saúde.

Outro fator limitador para a garantia de uma distribuição equitativa da força de trabalho e uma gestão eficaz destes recursos, vem da neoliberal e bresseriana Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Inspirada na idéia de estado-mínimo, a LRF limita a contratação de pessoal nos serviços públicos e atinge em cheio a saúde, que, como se sabe é uma área capital-trabalho-intensivo em que na média, 70% dos gastos são com trabalho humano, assim, sempre vai necessitar de importantes contingentes de trabalhadores para uma assistência eficaz, naturalmente associado a uma certa organização do processo de trabalho, por onde é necessário garantir também eficácia e eficiência na produção do cuidado em saúde.

A questão que se coloca então, nesse particular, em construir uma gestão equitativa no SUS, é a de caminhar no sentido inverso do que veio sendo construído nos anos de governo neoliberal: reconhecer que o estado será o

propulsor de políticas inclusivas no SUS, deverá induzir à equidade na distribuição e alocação de recursos, inclusive os que vêm do trabalho e para isto, deve ter recomposta a sua capacidade operativa, sua força instituinte. As mudanças não serão produzidas apenas com os instrumentos atuais de gestão, e é aí que entra a discussão das Fundações Estatais.

Nossa referência para essa discussão é o projeto de Fundação Estatal Saúde da Família elaborado pelo Governo da Bahia, sendo o estado que, por enquanto, mais avançou no desenho de uma proposta de FE. A Secretaria de Saúde estadual avaliou de forma precisa os elementos colocados até aqui, e que são um entrave ao desenvolvimento do SUS: a extrema iniquidade no acesso a recursos, inclusive à força de trabalho na saúde; a privatização das relações no SUS, através da contratação de pessoal via cooperativas, ONG's e contratos administrativos, todos eles com forte precarização das relações trabalhistas e a dificuldade de gestão sobre o trabalho.

A Fundação Estatal Saúde da Família nesse caso surge como um poderoso dispositivo de promoção da equidade e desprecarização do trabalho. Promoção da equidade porque ousa fazer uma regulação e planejamento público do mercado de trabalho na atenção básica da Bahia, através da constituição de um sistema que seleciona, forma, qualifica e distribui a força de trabalho em todo o estado em conformidade com os princípios do SUS e a partir de critérios públicos e transparentes, acordados democraticamente entre as partes. Abre-se inclusive a possibilidade de expandir a atenção à saúde incluindo socialmente populações historicamente excluídas como as quilombolas, indígenas, ribeirinhas, encarceradas, faveladas, assentadas e acampadas.

De outro lado, tem como meta a desprecarização de 70% da força de trabalho hoje precarizada, pois vai poder contratar trabalhadores para o SUS, atualmente sem nenhum direito garantido, em regime de CLT, com carreira que garante progressão e ingresso no quadro de profissionais do SUS via concurso público. Desta forma, pode-se suprir a necessidade de pessoal aos pequenos municípios, fazendo uma eficaz gestão sobre a força de trabalho e tratando a permanência de profissionais nesses lugares como uma etapa a ser cumprida na

carreira do SUS, como, por exemplo, acontece hoje com o poder judiciário. Com uma gestão estatal sobre a força de trabalho, programas de educação permanente e outras necessidades específicas dos trabalhadores poderão ser mais bem atendidas e até mesmo incentivadas, podendo com isto inclusive progredir na carreira a ser criada. Ou seja, o Estado vai conseguir chegar onde hoje ele não chega: é mais Estado, portanto, e não menos Estado.

Um outro vetor de atrapalhamento no desenvolvimento do SUS: A forte presença do capital no sistema produtivo da saúde, que tenciona os serviços para a adoção de práticas centradas no abusivo consumo de procedimentos, operando uma alta acumulação capitalista no setor.

Um segundo grande desafio trata-se de enfrentar a perniciosa presença do capital na saúde, e não estamos falando dos planos privados que assistem a pelo menos 25% da população e estão hoje sob regulação estatal. Falamos da presença do capital no sistema de produção da saúde, que se dá a partir da mídia e outros instrumentos similares, na formação de uma idéia ilusória segundo a qual o alto consumo de procedimentos (exames, instrumentos, maquinaria, medicamentos, etc...) se associa à boa qualidade na assistência, sendo que o cuidado se realiza por outros meios e está mais ligado à capacidade do trabalhador e usuários interagirem em um processo relacional, presidida pelo compromisso ético-político com o cuidado em saúde.

Em nível macropolítico, as corporações econômicas disponibilizam novas tecnologias ao mercado da saúde, e isto não se dá pela necessidade verificada nos usuários, para o seu uso. A lógica do capital é de obter lucros com isso, e nesse sentido, induzem ao alto consumo de procedimentos. Essa lógica de consumo fez com que se organizassem serviços de saúde, que priorizam a produção de procedimentos, em detrimento de práticas com base nas tecnologias mais relacionais, que apostam na relação entre sujeitos, onde trabalhador e usuários são ambos protagonistas do cuidado em saúde. Modelos que operam centrados na lógica instrumental, formaram serviços caros, pouco resolutivos,

servindo sobretudo à alta acumulação de capital.

Na micropolítica dos processos de trabalho em saúde, isso se dá de forma silenciosa, porque nesse âmbito predomina a lógica de indução da organização de um modo de produção do cuidado, que tem por base o “controle” sobre a prescrição médica. Esse controle se dá por contaminação sutil do aparelho formador que impregna os novos profissionais com a idéia de que o cuidado está associado ao consumo de alta tecnologia, pela mídia e instrumentos similares de formação de opinião na área.

O enfrentamento a esta questão requer uma radical mudança do modo de produção da assistência, que deve deixar de operar centrado na hegemonia do capital, expresso no consumo excessivo de procedimentos, para um serviço centrado na potência de transformação que é inerente ao trabalho vivo. Isto pressupõe uma reorganização dos processos de trabalho, passando este a ser comandado por tecnologias mais relacionais. Contrariar a lógica do capital, enfrentá-lo no lugar em que ele se realiza, no território das práticas de cuidado, na atividade específica de cada trabalhador, enfim, na micropolítica do cotidiano. Para isto, é necessário haver dispositivos de gestão que consigam publicizar e democratizar esse fazer cotidiano, trazer a lógica usuário-centrada como patamar ético-político comum do trabalho em saúde; constituir espaços democráticos efetivamente co-geridos por equipes de trabalhadores, mas também por usuários e gestores, que avancem na gestão da micropolítica do trabalho em saúde; aprofundar os vínculos entre os trabalhadores e os serviços de saúde; trazer para o estado a gestão do trabalho, para colocá-lo a serviço da necessária ruptura com as atuais práticas de cuidado, operando a transformação na saúde por dentro do seu cerne.

Mais uma vez a proposta gestada na Bahia avança nessa direção. Os defensores de uma Reforma Sanitária de orientação republicana, democrática e socialista, efetivamente comprometida com a defesa da vida, não podem defender privatizações de nenhum tipo: nem a dos serviços, patrimônio e recursos do Estado; muito menos a privatização das decisões que orientam o trabalho em saúde pela lógica do capital ou pelos interesses corporativos dos trabalhadores.

Ora, é a privatização das decisões pelo médico no âmbito das práticas de saúde, que muitas vezes desloca os usuários e os outros profissionais das decisões com relação ao processo e resultados do trabalho em saúde, e que coloca como único determinante desse trabalho um saber capturado pela lógica neoliberal biomédica hegemônica. Pois é ali no cotidiano, decorrente das decisões clínicas supostamente neutras, que o complexo médico-industrial privado realiza seus lucros e gera novas necessidades de consumo. De outro lado, é muitas vezes a privatização das decisões quanto à organização dos serviços por parte dos trabalhadores que, corporativamente, decidi-se por horários e ofertas de serviços que, se são mais cômodos para as equipes, dificultam o acesso dos usuários a esses serviços.

Reconhecer que gestores, trabalhadores de saúde e trabalhadores-usuários tem implicações, situações e interesses singulares é um primeiro passo necessário para caminhar em direção à radicalização democrática, desprivatização e publicização das esferas macro e micro de decisões na saúde. Esse é um dos principais motivos pelo qual a Reforma Sanitária Brasileira apostou na participação popular e no controle social: fomentar um espaço público e democrático em que gestores, trabalhadores de saúde e trabalhadores usuários pudessem compartilhar visões e interesses e tomar decisões em benefício da universalidade, superando os particularismos.

A plasticidade e agilidade da gestão do trabalho da Fundação Estatal, e a possibilidade de aprofundamento da participação social no seio do espaço executivo do Estado, nos permite construir uma gestão do trabalho orientada e promotora de mudanças efetivas no processo de trabalho em saúde de modo a comprometê-los com a efetiva superação do modelo hegemônico, e da lógica que preside as ações e decisões do trabalho em saúde. É um exemplo concreto do que estamos falando os mecanismos propostos na Fundação Estatal Saúde da Família que: prevêm a participação de usuários, trabalhadores e gestores na elaboração de metas para Avaliações de Desempenho e na construção de Contratos de Gestão do Cuidado, orientadores do trabalho das equipes de saúde; buscam comprometer o trabalho com resultados em saúde, relacionando-o aos

fins e avançando na des-alienação e des-fragmentação do processo de trabalho; elevam a educação permanente, a reflexão crítica dos trabalhadores sobre o seu próprio trabalho, e a assunção do planejamento e gestão macro e micropolítica desse trabalho à condição de prioridade central na relação com os trabalhadores.

É necessário interrogar radicalmente os interesses privados que parasitam o Estado Brasileiro.

O Estado brasileiro foi se constituindo com base em fortes interesses privados, ou melhor dizendo, as relações entre público e privado no âmbito do Estado no Brasil sempre se confundiram, e de forma promíscua, um esteve a serviço do outro. Ora, um Estado que sofreu processo de sucateamento durante os mais de 10 anos de governo neoliberal, tem reduzida sua capacidade de regulação da sociedade, de construção e operação de políticas públicas, tem também dificuldade de combater os muitos desvios e vícios existentes nessas relações. Diante da sua incapacidade de promover mudanças, às vezes até pela falta de vontade política, pode-se dizer assim, as velhas formas de relacionamento entre público e privado perseveram no tempo.

No âmbito do SUS, há forte privatização, como já foi aqui discutido, que se manifesta na presença do capital no modo de produção da assistência (“um modelo mais produtor de procedimentos, do que produtor do cuidado”; “mais comprometido com a realização de capital que com a defesa da vida”); pela iniquidade no acesso a recursos de gestão; pela contratualização com os trabalhadores, hoje fortemente marcada pela precarização nas relações trabalhistas. Tudo isto vem revelar os interesses de alguns grupos sobre os outros, prevalecendo nessas relações o seu caráter privado, contando até esse momento com a conivência ou incapacidade do Estado para intervir e mudar essa história.

Mas o que há de privado no estado não se revela apenas na macropolítica, ou nas relações mais visíveis de contratualidade entre os diversos atores sociais, públicos e privados. Há uma dimensão, não visível em um primeiro e desavisado

olhar, fortemente privatizada, que pode ser verificada em nível dos micro-espços de trabalho de cada um. Discutindo com mais detalhes, o espaço de trabalho de cada um, é ao mesmo tempo um espaço de poder. Este poder se manifesta nas relações de equipe, entre um trabalhador e o seu colega de trabalho; nas relações entre o trabalhador e os coordenadores/gestores de uma Unidade de Saúde; e nas relações entre o trabalhador com o usuário, seja o trabalhador um médico ou um porteiro, esta relação de poder, em específico é bastante visível a todos. Muito bem, quem detém poderes nesses espaços, utiliza-os muitas vezes para a defesa dos seus interesses privados. O cotidiano dos serviços de saúde está repleto de exemplos que configuram uma certa micropolítica, isto é, uma ação de cada um em defesa de si mesmo. Por exemplo, na discussão pela equipe de trabalhadores, do horário de funcionamento de uma Unidade de Saúde, quando não reconhece o horário diferenciado necessário ao atendimento às pessoas que trabalham na indústria; a definição da escala de trabalho; o cumprimento do horário de trabalho; o acesso diferenciado de usuários aos serviços, ou seja, as pequenas ações repercutem fortemente em alguns princípios básicos do SUS, como o acesso universal, a equidade, entre outros. Essas diretrizes são efetivas ou não, depende dessa ação cotidiana dos trabalhadores. Por tudo isso, esse espaço do cotidiano precisa ser fortemente marcado pelo caráter público e só uma ação eficaz do estado, na defesa dos interesses maiores do SUS e da sociedade, pode garantir isto.

A proposta de Fundações Estatais, ao contrário do que muitos dizem, vai no sentido da estatização do SUS e se configura como uma concreta Ofensiva Contra-Bresseriana.

No sentido do que foi discutido acima, podemos afirmar que a Fundação Estatal tem um forte caráter estatizante, isto é, fortalece o estado para que este possa agir na defesa dos interesses maiores da sociedade e da esfera pública de gestão do SUS. A FE vai permitir a desprecarização do trabalho, devolvendo a dignidade nas relações contratuais com o trabalhador; construir carreira e através

dela prover os menores e mais pobres municípios de profissionais da saúde, hoje em falta nestes lugares, promovendo assim a equidade no acesso aos recursos para o desenvolvimento do SUS; regular as relações contratuais com os fornecedores, fazendo-as transparentes e de amplo conhecimento público, atuando sob critérios éticos na relação entre público e privado. O fortalecimento do Estado contribui para tornar o SUS, uma política social mais inclusiva e de forte caráter republicano.

A FE traz junto de si, a recuperação do caráter original do contrato de gestão, que como se sabe, surgiu na França para contratualização entre órgãos públicos. No Brasil, nos anos de administração Bresser/FHC, o contrato de gestão foi usado para estabelecer relações entre o público e o privado, em que o estado passava recursos a entidades privadas, para gestão da coisa pública. Com as FE's o contrato de gestão volta a ser usado com seu caráter original, pois a FE só vai contratar com o SUS e este contrato é dispositivo de organização da gestão e também do modelo assistencial, pois através dele se estabelece metas e objetivos a serem cumpridos pela FE em relação aos serviços e assistência à saúde.

Os Contratos de Gestão nessa lógica, agilizam e facilitam o uso do recurso público e ampliam a transparência e a possibilidade de controle da sociedade. Saímos de uma contabilidade amarrada, lenta e vinculada à contabilidade geral do ente federado a que a instituição está vinculada e passamos a contar com recursos, aportados conforme metas do contrato de gestão, que podem ser usados com agilidade e flexibilidade para garantir os resultados esperados, ou seja, mais liberdade nos meios para garantir os fins. Isso sem prejuízo dos princípios da administração pública e da Lei Federal 8666 das licitações. Só que, para fazer uma compra, para editar um regime de preços, para criar um novo emprego e realizar concurso público não é necessário as várias idas e voltas à gestão central, à procuradoria geral e à Assembléia Legislativa que são requisitos para viabilizar esses procedimentos.

De outro lado, o contrato de gestão na medida em que relaciona recursos com serviços que deverão ser produzidos, metas e resultados a atingir, permite um acompanhamento muito maior dos serviços, do que o orçamento geral do

município ou do estado. Nestes, “sutis” contingenciamentos e “simples” mudanças de metas são processos administrativos que passam longe de ser identificados pelos atores do controle social ou da população em geral. Se um serviço vai receber mais ou menos recurso isso não tem a ver com o modelo jurídico institucional e sim com a prioridade socialmente identificada e definida pelas instâncias gestoras e de controle social. O contrato de gestão é público e relaciona metas, resultados, serviços e recursos, deixando claro e transparente o que é pactuado no âmbito dos serviços de saúde.

Com relação à questão do controle social, é importante esclarecer que a Fundação Estatal está subordinada ao Controle Social, pois é Estado, é SUS, está subordinada, portanto, à lei orgânica da saúde, a Lei 8080 e 8142; pelo mesmo motivo, não pode cobrar os serviços da população, segmentar clientela ou vender serviços aos planos privados. Atualmente diversos Hospitais Universitários mantêm dupla porta e contrata com planos de saúde através do expediente das Fundações de Apoio que, diferente das Fundações Estatais, são Fundações Privadas de Direito Privado.

A proposta de Fundações Estatais ganha o status de uma discussão estratégica sobre a reforma do estado, e por ter esse caráter estrutural, acontece em ambiente de forte conflito. Conceber as FE's para a gestão do SUS, colocou a necessidade de inovar, inventar e criar, para uma gestão eficaz do SUS que interroga os velhos modelos. Sobretudo, é cobrado do movimento sanitário brasileiro um ato de criação, isto é, reinventar o que foi inventado, o próprio SUS, superando suas contradições atuais. É necessário que façamos um sério esforço seja no sentido de aprofundar o debate (franco e crítico, sem deixar de ser solidário) e de qualificar a discussão, seja na forte busca de gerar e empunhar uma visão e uma bandeira mais universal, menos circunscrita aos lugares particulares que ocupamos como gestores, sindicalistas, trabalhadores de saúde do cotidiano dos serviços, trabalhadores usuários do SUS; menos econômico-corporativa e conjuntural e mais ético-política e estratégica, pois esta é uma importante oportunidade de enfrentar o projeto neoliberal no plano concreto e ofensivo de reforma do estado brasileiro.

*Nota: Sobre as características específicas da Fundação Estatal, ver:
“Fundação Estatal Saúde da Família”. Proposta preliminar para debate, 2ª. Edição.
BAHIA/Secretaria Estadual da Saúde/Superintendência de Atenção Integral à
Saúde/Diretoria de Atenção Básica; junho de 2007.*