

MODELOS PRIVATIZANTES DE GESTÃO

Juliana Finza Cislaghi

Com o avanço do neoliberalismo na década de 1990 no Brasil, a lógica da contrarreforma do Estado trouxe uma nova modalidade de apropriação do fundo público para entidades sem fins lucrativos, os chamados “novos modelos de gestão”. O Estado atribui a essas entidades a administração do patrimônio público, terceiriza a contratação da força de trabalho e repassa fundo público para o financiamento das ações. Não é a produção de mais-valia, mas a apropriação de fundo público, que cobre os custos e remunera as entidades privadas.

Granemann (2011) caracteriza esse mecanismo de privatização da gestão como “privatizações não clássicas [...] porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica” constituindo-se como formas de privatização mais difíceis de serem desveladas, inclusive do ponto de vista ideológico.

Soares (2000) chama esse modelo de “privatização por dentro”, com a introdução de um modelo de gerenciamento de lógica mercantil no serviço público. O Estado transfere apenas o gerenciamento dos serviços para o setor privado, mas, se mantém como financiador deles, perdendo, assim, o controle da qualidade dos serviços prestados.

A primeira lei federal no Brasil que regulamentou essa prática dos “novos modelos de gestão”, que determinou a forma de qualificar entidades como organizações sociais (OSs) e instituiu o Programa Nacional de Publicização, foi a lei nº 9.637 de 1998. Podem, a partir daí, ser OSs as entidades de direito privado sem fins lucrativos para atuar nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. Essas organizações sociais se relacionam com o Poder Público para fomento e execução de atividades relativas a sua área, por meio de contrato de gestão. O contrato de gestão deve conter as metas, o prazo de execução e os critérios de avaliação de desempenho a serem utilizados. Para cumprir o contrato de gestão é prevista a destinação de recursos orçamentários e bens públicos, mas para fazer compras e contratos com terceiros a organização social não é obrigada a observar as regras do direito público, não precisando, portanto, fazer licitações nem concursos públicos para servidores, que têm seus contratos geridos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), regime dos servidores de serviços privados. São regulamentos próprios definidos pelas OSs que definem os salários de seus servidores e a forma de realização das compras.

Apesar da lei prever que, no caso da saúde, deve ser observada a legislação do SUS, na medida em que são entidades de direito privado fiscalizadas por um Conselho de Administração e pelo Ministério da Saúde, o formato de controle social previsto pelo SUS, composto por Conselhos paritários e deliberativos, não alcança o acompanhamento da execução desses contratos de gestão depois de assinados.

Uma outra forma de privatização da gestão, por meio de “novos modelos”, definida pelo Projeto de Lei (PL) 92/2007, são as fundações estatais de direito privado. Elaborada com base nas ideias publicadas pelo Banco Mundial para regulamentar o artigo 37 da Constituição Federal de 1988, a lei é apresentada pelo documento do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) intitulado Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos, publicado em 2007. Na análise de Granemann (2011), a proposta foi o

carro-chefe da privatização da gestão no governo Lula, e seria uma complementação da contrarreforma do Estado de Cardoso, num estágio aprofundado. Tal projeto foi referendado no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) Saúde, ou Programa Mais Saúde, lançado pelo governo em dezembro de 2007 (CORREIA, 2011).

O PL tramitou com várias interrupções até 2013, sem aprovação no legislativo federal, o que não impediu que estados elaborassem legislações próprias. No Rio de Janeiro foi aprovada a Lei estadual nº 5.164/2007, que autorizou o governo fluminense a criar fundações na área da saúde, o que fez com as Fundações Estatais dos Hospitais Gerais, Hospitais de Urgência e dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante. A Ação de Inconstitucionalidade (ADIN) movida pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) contra essa legislação foi negada pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

A proposta federal intencionava ampliar as áreas onde a privatização da gestão poderia se dar. Além das já previstas pela lei das OSs, as fundações passariam a atuar na assistência social, desporto, turismo, comunicação e previdência complementar do servidor público. Para Granemann (2011, p. 54), todos esses “novos modelos de gestão” “embora diversos na aparência e na forma são, em tudo, símiles no conteúdo e na essência”.

As Fundações são, tão somente, uma nova forma da privatização do serviço público por uma via não clássica, que se apresenta como modernização, mas, na prática, retrocede à administração patrimonialista permitindo o aprofundamento do clientelismo e da espoliação política do patrimônio público com o argumento da “autonomia da gestão” (SANTOS, 2010). Autonomia que é, na verdade, ausência da possibilidade de controle social, e retrocesso a um servidor pessoal, indicado e com a perda de sua estabilidade. O fim do Regime Jurídico Único (RJU) para os trabalhadores aparece como questão central em todos esses novos modelos.

O processo de privatização da gestão em si, não forma capital, pois, apenas “gasta” fundo público, ao menos no que tange às organizações sociais e fundações, enquanto não se generaliza a venda de serviços para o setor privado, o que permitiria, aí sim, a existência de um setor produtivo voltado para o lucro e para a valorização. A face do direito pode não se extinguir, na medida em que o fundo público siga garantindo serviços gratuitos residuais, mas esse mesmo fundo público pode operar como capital.

Esse modelo com possibilidades de capitalização e financeirização foi inaugurado¹ pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Ela foi autorizada, num primeiro momento, pela Medida Provisória (MP) 520/2010, no último dia do governo Lula, ligada ao Ministério da Educação (MEC), para administrar os hospitais universitários. Posteriormente, a MP não foi aprovada pelo Congresso, mas, voltou à cena por meio da lei de nº 12.550 de 2011.

A justificativa para a criação da EBSERH foi a necessidade de dar resposta ao acórdão nº 1.520 do TCU, de 2006, que declarava ilegal a situação de 26 mil contratos precários nos hospitais universitários. Mas ao invés de fazer concursos públicos o governo decidiu por um modelo de gestão que oficializou a contratação por fora do RJU (CISLAGHI, 2011).

¹ Na verdade, generalizado como modelo nacional, pois já há um hospital administrado dessa forma desde 1970. Criado pela lei 5.604, durante a ditadura, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre é atualmente o hospital universitário da UFRGS. O HCPA segue servindo de exemplo para esse novo modelo de gestão.

Como empresa, esse “modelo de gestão” passa a ter fins lucrativos. Apesar da alegação de que os serviços assistenciais serão oferecidos exclusivamente para o SUS recoloca-se no seu estatuto a prerrogativa da lei nº 9.656 de 1998, que regulamenta os planos de saúde, de que estes devem ressarcir o SUS quando seus clientes fizerem uso desses serviços. A aplicação dessa lei pode potencializar as duplas portas, já existentes em hospitais universitários, tornando-se uma reserva de leitos exatamente nos hospitais de alta complexidade, caros e, portanto, pouco lucrativos para os investimentos do setor privado. Mais ainda, as atividades de pesquisa e extensão não se incluem nessa exclusividade do atendimento público possibilitando a venda de serviços como estágios para o setor privado, ou a redução dessas atividades que garantem a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão nas instituições universitárias. Na prática, se a EBSEH tiver sucesso, haverá a descaracterização dos hospitais universitários como tais, já que sua relação com as universidades será, no futuro, apenas formal pelos contratos de gestão; todos os trabalhadores serão da empresa e não da universidade e o controle social não se dará pelos espaços da universidade, ou pelos conselhos de saúde, mas, pelos Conselhos Consultivos da empresa (CISLAGHI, 2011). A lei também permite que, no futuro, não só os hospitais universitários federais, mas, outras unidades de saúde, chamadas “congêneres” pela legislação, possam ser administradas pela empresa ou por suas subsidiárias, previstas na lei.

Além disso, há um elemento diferencial no modelo da empresa pública, que permite que a consideremos um modelo de gestão de “segunda geração” que aprofunda e sofisticada a privatização da saúde: a possibilidade da abertura de capital por ações, quando seu modelo jurídico é a sociedade de economia mista. Colocadas no mercado, essas ações podem ser compradas por planos de saúde ou pelos fundos de aplicação, que, assim, podem dirigir as ações das unidades de saúde geridas pela empresa para seus interesses.

No caso da EBSEH a proposta original do governo é de que ela se constituísse como sociedade anônima (S.A.), juridicamente, uma sociedade de economia mista. A votação na Câmara e no Senado, porém, aprovou a empresa como unipessoal, isto é, com a totalidade de suas ações em posse do governo. Essa condição, entretanto, é facilmente flexibilizada, retornando à condição de S.A., já que toda a legislação das empresas públicas no Brasil garante essa modalidade. A intenção original do governo, afinal, previa que a empresa fosse uma S.A.

Esse modelo não se limitou à EBSEH. Discutido pelo Congresso do Conselho Nacional dos Secretários de Administração como “empresas públicas sociais” o modelo é apresentado como substituto “viável” das fundações privadas. Rapidamente outras esferas de governo o adotaram, como a prefeitura do Rio de Janeiro que administra a saúde e contrata a força de trabalho no regime da CLT por meio da empresa Rio Saúde S.A.

O último modelo a ser abordado são as Parcerias Público Privadas (PPP). As PPP foram regulamentadas pela Lei 11.079 aprovada em 30 de dezembro de 2004, no governo Lula. São concessões regidas por contratos, com o período de 5 a 35 anos de vigência, entre o Estado e as empresas privadas com fins lucrativos para realização de obras e/ou administração de serviços públicos, com subsídios para o setor privado oriundos do fundo público.

A primeira experiência de PPP na saúde foi realizada no estado da Bahia. O governo do Estado gastou R\$ 54 milhões na construção do Hospital do Subúrbio, de média e alta complexidade, e realizou licitação vencida pela Prodal Saúde S.A., parceria entre a empresa

francesa Dalkia, especializada em “eficiência energética”, e a brasileira Promédica, empresa de planos de saúde que possui rede própria de hospitais privados. A Prodal alega ter investido R\$ 36 milhões em equipamentos e tem seus serviços remunerados pelo governo mediante cumprimento de metas. A concessão foi iniciada em 2010 pelos 10 anos seguintes com possibilidade de renovação por mais 10 anos.²

O que é comum em todos os chamados “novos modelos de gestão” é a substituição dos concursos públicos e dos empregos com estabilidade por contratos CLT, podendo ser, inclusive, por tempo determinado. Nesse regime de trabalho reduz-se a autonomia dos profissionais, que retornam à condição de servidores pessoais, e limita-se sua capacidade de organização e reivindicação, na medida em que os contratos podem ser rompidos se os trabalhadores não corresponderem ao projeto do empregador, que não é mais o Estado diretamente. Os serviços oferecidos como políticas públicas passam a estabelecer o mesmo regime de trabalho dos serviços privados e, como vimos, em alguns casos, podem passar a extrair mais-valia nessas instituições quando os serviços estão a serviço do lucro e da acumulação.

Aos empregadores, interessa o aumento da produtividade do trabalho, seja na extração direta da mais-valia, seja para cumprirem as metas estipuladas em contrato com o Estado, gastando menos recursos com o trabalho, o que aumenta sua apropriação de fundo público.

A qualidade do serviço passa a ser medida pela produtividade: quanto se produz, em quanto tempo se produz e com que custo se produz, o que irá definir os contratos de gestão. Obedece-se, inclusive nos serviços públicos, às prerrogativas da subsunção real dos serviços ao capital, nos termos de Marx (1978), o que se costuma chamar mercantilização e empresariamento dos serviços.

Outro fator comum a todos os modelos é que se reduzem as possibilidades de controle social, um dos principais ganhos da saúde na Constituição de 1988. Ao invés de espaços eleitos pela comunidade, gestores eleitos pela comunidade, conselhos deliberativos e paritários, o controle passa a se dar em Conselhos Administrativos, consultivos, que possuem um representante de usuários e trabalhadores, quando muito. É verdade que o Estado, há muito tempo, vem se recusando a reconhecer o papel dos Conselhos de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde, por exemplo, votaram, ambos, contra esses modelos de gestão privatizantes, o que vem sendo desrespeitado pelos governos. No entanto, agora esses espaços se esvaziam institucionalmente.

São muitos os escândalos que vêm sendo denunciados pela mídia na saúde pública: fraudes em licitações, fechamento de serviços para privilegiar o setor privado, assédio a trabalhadores, aceleração de procedimentos para aumento da rotatividade nos leitos. Ao invés de fortalecer a carreira pública e ampliar a contratação de trabalhadores por RJU, fortalecendo o controle da população sobre a qualidade dos serviços, se instituiu um regime que reduz o compromisso dos profissionais, aumenta a rotatividade, o que não leva, certamente, à ampliação da qualidade, ou ao combate a práticas corporativistas que prejudicam a população, com a redução da impessoalidade na contratação. Não é à toa que, no caso das OSs, modelo mais antigo e mais difundido, já vieram à tona inúmeras ilegalidades denunciadas pelo Ministério Público.

² Disponível em: <Parcerias Público-Privadas - P (sefaz.ba.gov.br)>. Consulta em 16 de out. 2022.

Por outro lado, também se fortalecem movimentos de resistência a esses modelos com o surgimento, nas últimas décadas, de inúmeros Fóruns de Saúde estaduais e municipais vinculados à Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Ao mesmo tempo, essas propostas não resolvem os graves problemas de financiamento da saúde no Brasil. Tirando a possibilidade de venda de serviços para os planos de saúde, prejudicando a absoluta maioria da população que depende exclusivamente do SUS, não há nenhuma proposta de ampliação do insuficiente financiamento da saúde. Pelo contrário, a Emenda Constitucional 95/2016, que ficou conhecida como emenda do Teto de Gastos Públicos, congelou por vinte anos os aumentos reais no orçamento das políticas públicas, inclusive a política de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CISLAGHI, J. F. Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. B. de. Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.
- CORREIA, M. V. Por que ser contra os novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. B. de. Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.
- GRANEMANN, S. Fundações estatais: projetos de estado do capital. In: BRAVO, M. I.; MENEZES, J. B. de. Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.
- MARX, K. O capital. Capítulo IV – inédito. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas, 1978.
- SANTOS, L. Administração pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. de C. Gestão Pública e relação público-privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- SOARES, L. T. R. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 53, n. especial, p. 17-24. Rio de Janeiro: Aben, dez. 2000.