

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Marize do Socorro Vulcão Leão

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFICULDADES,
MÉRITOS E CONTRADIÇÕES NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE**

Porto Alegre
2009

Marize do Socorro Vulcão Leão

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFICULDADES,
MÉRITOS E CONTRADIÇÕES NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Aida Maria Lovison

Porto Alegre

2009

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L337p Leão, Marize do Socorro Vulcão.

Programa saúde da família: dificuldades, méritos e contradições no município de Porto Alegre / Marize do Socorro Vulcão Leão – 2009.

106 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, 2009.

“Orientadora: Profa. Dra. Aida Maria Lovison”

1. Administração pública. 2. Administração de recursos humanos. 3. Relações trabalhistas. I. Título.

CDU 331.108

Marize do Socorro Vulcão Leão

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFICULDADES,
MÉRITOS E CONTRADIÇÕES NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Aida Maria Lovison

Aprovado em.....dede.....

BANCA EXAMINADORA

José Roberto Goldim – HCPA/UFRGS

Maria Ceci Araújo Misoczky – PPGA/UFRGS

Luiz Roque Klering – PPGA/UFRGS

Orientadora: Profa. Aida Maria Lovison

Agradecimentos

A todos que fizeram parte dessa trajetória. Meu muitíssimo obrigado!

À minha orientadora Professora Aida Maria Lovison, por toda a atenção, dedicação e perseverança durante esse caminho.

Aos professores, Maria Ceci Misoczky e José Roberto Goldim pelas importantes considerações feitas na Banca do Projeto.

Às minhas amigas Rebel Zambrano Machado e Sônia Beatriz Guterrez pelo incentivo na busca desse crescimento.

Aos colegas queridos, que eu tive o prazer de conhecer nesta trajetória: Magda, Siusiane, Camila, Rosana e Daniel.

À professora Edi Fracasso pelas orientações no início do Mestrado.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na figura do Físico Alexandre Bacelar, pelo apoio.

E por último, ao Melchior Valmorbida pelo amor, apoio e compreensão.

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CONASP - o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CREMERS – Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
ESF – Equipe Saúde da Família
IPEA – Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
FAURGS – Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
FMI – Fundo Monetário Internacional
MS – Ministério da Saúde
MPT – Ministério Público do Trabalho
NOB – Norma Operacional Básica
ONG – Organização Não-Governamental
OSCIPs – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS – Programa de Agente Comunitários de Saúde
PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PSF – Programa Saúde da Família
SACS – Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCE – Tribunal de Contas do Estado
TCU – Tribunal de Contas da União
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
PARTE I.....	15
1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E A CRIAÇÃO DO SUS: Breve retrospectiva histórica.....	15
2 ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	20
2.1 DEFININDO POLÍTICA PÚBLICA	23
2.2 ELEMENTOS DO DIREITO CONSTITUCIONAL E AS CONQUISTAS SOCIAIS DO TRABALHO.....	24
2.2.1 Notas sobre a origem e concretização do Direito ao Trabalho.....	25
3 A REFORMA DO APARELHO DO ESTADO E A LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL: Impactos sobre a Administração de RH no Setor Público.....	34
3.1 POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE E RELAÇÕES DE TRABALHO.....	39
3.2 A CONTRATAÇÃO E A REMUNERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA O PSF.....	45
4 ÉTICA E POLÍTICA, NÓ GÓRDIO NA CONCRETIZAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE	51
4.1 POLÍTICA PÚBLICA E ÉTICA DA RESPONSABILIDADE: A (RE)LIGAÇÃO NECESSÁRIA	55
PARTE II.....	61
1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	61
2 A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS E A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA: Refletindo Sobre os Méritos, as Dificuldade e as Contradições do PSF na Experiência do Município de Porto Alegre	65
2.1 O MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE E A QUESTÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO CONTEXTO DO PSF.....	65
2.1.1 O encerramento do contrato PMPA-FAURGS em 2007: a visão dos agentes implicados. 70	
2.1.2 A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta: fundamentos legais, administrativos e de ordem constitucional.....	77
2.2 DIREITO DE CIDADANIA E POLÍTICA PÚBLICA: UM RETORNO AO VÍNCULO COMPLEXO ENTRE A ÉTICA E A POLÍTICA.....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS.....	101

RESUMO

O objetivo desta dissertação é investigar, no âmbito da gestão pública, as implicações éticas de afirmar e promover Direitos de cidadania por meio da criação de políticas públicas, enquanto que por mecanismos trabalhistas os têm solapado de quem está sendo responsabilizado por sua execução. Essa análise está centrada no Programa Saúde da Família, política pública objeto desse estudo, Programa caracterizado, segundo os seus idealizadores, como uma estratégia destinada a reorientar e organizar o modelo tecnicoassistencial na atenção básica em saúde. Na primeira etapa, foi desenvolvido o trabalho de coleta de dados por meio de pesquisa e análise documental, visando constituir uma visão integrada e coerente sobre peculiaridades relativas à concepção, implementação e desenvolvimento do PSF no Município de Porto Alegre. O foco dessa busca foi a localização e estudo de documentos legais e institucionais, de modo a complementar o referencial teórico do estudo. A análise dos dados mostra que o vínculo entre as práticas adotadas na contratação e remuneração dos profissionais da saúde e os princípios constitucionais que fundamentam a administração pública torna as relações de trabalho, neste âmbito, mais complexa do que aparenta ser, pois ela não é resultado de uma simples decisão, no caso, do setor saúde, em contratar desta ou de outra forma os profissionais de que necessita. Ela decorre de importantes mudanças ocorridas ao longo da década de 1990, na economia nacional, na administração pública e nas formas sociais de trabalho. Todavia, o que parece faltar é a decisão dos atores sociais em assumir o problema para si em cada esfera de governo. As secretarias municipais de saúde convivem com a paradoxal situação em que o reconhecimento do papel e da importância dos profissionais de saúde nos serviços municipais se defronta com sua incapacidade ou falta de vontade política, de vincular esse profissional de forma permanente à instituição. Tal prerrogativa, antes de ser ética, é uma condição de ordem legal.

Palavras-chaves: ética, direito à saúde, direito ao trabalho, saúde, implicações éticas.

ABSTRACT

This essay aims to investigate, in the public management ambit, the ethical implications of affirming and promoting citizenship rights through the creation of public policies, while labor mechanisms have undermined them from those who are being held responsible for their execution. This analysis is focused on the Family Health Program, a public policy that is the object of this study, characterized, according to its creators, as a strategy intended to redirect and organize the basic technical health care model. At the first stage, the data collection work was developed through documental research and analysis with the objective to constitute an integrated and coherent view about peculiarities related to the conception, implementation and development of the FHP in the city of Porto Alegre. The focus of this search was the location and study of legal and institutional documents in order to complement the theoretical reference of the study. The data analysis shows that the link between the adopted practices in the recruitment and remuneration of the health professionals and the constitutional principles that support the public administration makes the labor relations, in this ambit, more complex than it seems to be, since it is not the result of a simple decision, in this case, of the health sector to hire in this or another way the necessary professionals. It comes from important changes that occurred along the 1990`s in the national economy, in the public administration and in the social recruitment ways. Nevertheless, what seems to be absent is the decision of the social actors to assume the problem to themselves in each government sphere. The city health departments live alongside the paradoxical situation where the acknowledgement about the role and the importance of the health professionals in the municipal services faces their inability or lack of political will to attach such a professional to the institution in a permanent way. This prerogative is not only ethical, but also a legal order condition.

Key words: ethics, right to health, right to work, health, ethical implications.

1 INTRODUÇÃO

O propósito deste trabalho é refletir sobre a ação pública em saúde, ou seja, a relação comumente problemática entre política pública, ética e direito de cidadania no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De uma preocupação inicial centrada no entendimento do que consiste propriamente uma política pública em Saúde no Brasil, o estudo se detém no paradoxo que, ainda hoje, marca a implementação do direito à saúde, no âmbito do SUS, com análise centrada no Programa Saúde da Família (PSF), política pública objeto desse estudo, caracterizado segundo os seus idealizadores como uma estratégia destinada a reorientar e organizar o modelo tecnicoassistencial, recorrendo, contudo, a formas de contratação, materializadas em nível municipal, e que precarizam as relações de trabalho¹. As dificuldades a que esta política se defronta, bem como os méritos e contradições que a orientam e que a sistematizam serão referenciados a seguir.

Embora a gestão dos PSF seja compartilhada pelos municípios da Federação, pelos Estados e pelo Governo Federal, cabe às prefeituras de acordo com a Portaria n.º 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, do Ministério da Saúde, a execução material do Programa. No âmbito de suas atribuições estão: [...] **Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que integram as equipes de saúde da família** (MS, 1994). O Programa é financiado por repasses do Ministério da Saúde e o cálculo é feito com base na população adscrita e no número de Equipes de Saúde da Família (ESF).

No caso da Prefeitura de Porto Alegre, em 1996, no momento da implantação do PSF, este serviço foi terceirizado por meio de um contrato com as Associações de Bairros e ONGs, que intermediavam a contratação de mão-de-obra para o Programa. Essa parceria teve o seu fim em 2000, em virtude de uma série de problemas ocorridos com as Associações. Naquele mesmo ano, todos os funcionários foram demitidos. Concomitante à medida, a Prefeitura de Porto Alegre

¹ Por trabalho precário entende-se aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, o que é desprovido da devida cobertura por normas legais e não garante os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador, o que inclui, entre outros, a aposentadoria, o gozo de férias anuais, décimo-terceiro salário e as licenças remuneradas de diversos tipos. Estão envolvidos trabalhadores que são contratados diretamente pelo órgão público mediante um vínculo temporário ou informal que se renova sistematicamente; ou ainda, trabalhadores que se incorporam à força de trabalho do setor público por meio de entidades terceirizadas. Ministério da Saúde, 2003.

firmou um novo contrato com a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS), a qual passou a intermediar a contratação da mão-de-obra para o referido Programa.

Contudo, em agosto de 2007, o contrato entre a Prefeitura e a FAURGS foi encerrado. Já em 2005, um parecer jurídico do Município de Porto Alegre deferiu como irregular o pagamento feito por este, à FAURGS, de uma taxa de administração, gerando a suspensão do pagamento da referida taxa. A FAURGS manifestou sua discordância face à medida tomada pela Prefeitura de Porto Alegre, alegando tratar-se de recurso necessário ao custeio das despesas decorrentes da contratação dos prestadores de serviço para o PSF (MARIANO, 2007).

No início de maio de 2007, quando os trabalhadores vinculados ao PSF se encontravam em uma reunião, na Secretaria Municipal de Saúde, para discutir questões salariais, foi-lhes notificado o rompimento do convênio da FAURGS com a Prefeitura Municipal. Na ocasião, uma comissão de trabalhadores formada por técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e agentes de saúde reuniu-se com o Secretário de Saúde, a fim de obter maiores informações. O então Secretário de Saúde assegurou ao grupo que era intenção da Secretaria manter o convênio vigente. No entanto, em 30 de julho de 2007, teve início a emissão e envio das cartas de aviso-prévio com desligamento a ser cumprido até o dia 28 de agosto deste ano, momento em que a FAURGS encerrou sua participação no contrato. Com tal medida, o sistema de saúde do município de Porto Alegre conforme indicado acima, entrou em crise.

Quanto aos profissionais vinculados ao Programa, as conseqüências foram e são igualmente danosas. Os procedimentos e medidas os quais se depararam redundaram em confusão e dúvida, inclusive, sobre quem é ou será o empregador, já que foi a FAURGS que, na ocasião, os informou da demissão.

Com o fim do contrato da FAURGS, 731 profissionais foram demitidos. Em seguida, a Prefeitura anunciou uma nova parceria com o Instituto Sollus, de São Paulo. Cabe ressaltar que essa nova parceria em nada alterou a natureza do contrato anterior e agora estabelecido entre Prefeitura de Porto Alegre e a empresa Sollus. Explicitamente, os profissionais contratados permanecem destituídos de um vínculo direto com o serviço público, materializando-se, de forma irregular, o recurso por uma condição de serviço terceirizado na concretização de uma política pública em saúde.

A grande função social do homem de Estado consiste, segundo Aristóteles, em fazer de seus cidadãos homens de bem cumpridores das leis. Para além, disso a norma ética, por mais excelente que seja, não tem real vigor ou vigência, se não estiver viva na consciência dos homens, ou seja, se não corresponder a uma disposição individual e coletiva de viver eticamente. Bem ao contrário do que vieram a sustentar os modernos, a começar por Maquiavel, a ética da vida pública não difere da ética da vida privada. Os talentos ou aptidões individuais são evidentemente diversos, como diversas são as qualidades técnicas requeridas para o exercício de uma profissão privada, ou de uma função de governo no Estado. Em hipótese alguma os vícios privados podem atuar como virtudes públicas, como pretenderam os primeiros grandes ideólogos do capitalismo (COMPARATO, 2006).

Os questionamentos de ordem ético-política, e, antes disso, o caráter legal na consecução da medida emergem, para os interesses desse estudo, na crise recentemente ocorrida no Sistema Municipal de Saúde de Porto Alegre, que trouxe à tona a precarização das condições de trabalho dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família, a fragilidade que o cerca, tal como vem presentemente funcionando na Prefeitura de Porto Alegre, com evidente comprometimento na concretização do Direito Constitucional à saúde e ao trabalho.

Sobre isso e no bojo dos acontecimentos, declarou um representante dos médicos do PSF: *“Há 10 dias começamos a receber o aviso prévio, sem termos sido informados pela Secretaria Municipal de Saúde (RODRIGUES, 2007, p. 48)”*. Com o fim do contrato da FAURGS e início da negociação com o Instituto Sollus, os profissionais, por meio da Comissão Técnica de Enfermagem, fizeram um apelo ao Prefeito, para que houvesse transparência no processo de contratação emergencial da nova conveniada. Sobre isso argumenta: *“Não sabemos se realmente o Instituto Sollus, anunciado pelo secretário da Saúde em assembléia, vai recontratar todos os trabalhadores, não temos nenhuma garantia disso [...]”* (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2007)

Ao manifestar-se sobre a crise na atenção básica no Município de Porto Alegre, ora em análise, o então Vice-Prefeito e Secretário de Saúde do Município de Porto Alegre argumenta (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2007):

Nas últimas semanas a população da Capital vem recebendo informações distorcidas sobre a relação da Prefeitura de Porto Alegre com o Programa Saúde da Família (PSF). É importante dizer que estamos trabalhando para o pleno funcionamento do Programa. Nos últimos dois anos, o número de equipes completas dos PSFs (um médico, um enfermeiro, dois

auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários) aumentou de 54 para 84. Com isso, ampliamos o atendimento de saúde às pessoas mais carentes. Por conta de outros interesses, está se tentando criar junto à opinião pública uma celeuma em torno da assinatura do convênio com o instituto que irá gerenciar o programa. Essa troca se tornou necessária para resolver um problema originado em 2005, quando questionamos a cobrança a mais de uma taxa de administração feita pela Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Faurgs), que mantinha um convênio com a Prefeitura desde 2000. A partir de então, a Faurgs decidiu romper o contrato e fomos buscar um novo parceiro para gerenciar o programa, com qualidade gerencial e a custos menores. Na análise dos contratos dos médicos com a Faurgs encontramos alguns artifícios como, por exemplo, horas-extras com acréscimo de 100%, o que acarretou uma imediata correção. A modificação do contrato e a obrigação de se cumprir a determinação legal de 40 horas semanais nos levaram ao atual impasse, o qual, brevemente, temos a confiança que será solucionado. A prefeitura atendeu a todos os requisitos legais para que a renovação do convênio possa continuar garantindo o atendimento das 350 mil pessoas beneficiadas com os PSFs. Providenciamos a contratação direta dos 372 agentes comunitários que já estavam trabalhando nas equipes e continuaremos agindo para que a transição ao novo convênio se dê sem causar nenhum prejuízo às comunidades. As famílias assistidas pelo programa continuarão a receber os agentes de saúde em suas casas, fazendo encaminhamento para consultas, solicitando medicamentos, tudo o que sempre foi feito nesta parceria entre município e governo federal para proteger quem precisa.

Segundo a Diretora do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS) e integrante do PSF, os profissionais tiveram perdas com o novo contrato. Uma das delas diz respeito à eliminação de vantagens anteriores como quinquênios, reduzindo o salário dos médicos mais antigos. Segundo o depoimento de um dos integrantes do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde (SACS), mostrando preocupação com a possível interrupção no trabalho de atendimento feito pelos agentes à população carente do município declara: *“Não temos tempo hábil, precisamos de uma solução já, pois faltam somente sete dias para o término do aviso prévio dos agentes comunitários sem nenhuma certeza de que serão recontratados [...]”* (PREFEITURA DE PORTO ALEGRE, 2007).

O representante do Conselho Municipal de Saúde faz uma ressalva quanto à forma de contratação de profissionais no município de Porto Alegre (ATA DO CONSELHO DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 25/2007, p 4-5):

Quando se trabalha na idéia de uma OSCIP estar intermediando a contratação de profissionais, especificamente aqueles vinculados ao Programa de Saúde da Família. Se estamos trabalhando na lógica construtiva do Sistema Único de Saúde, servidor público, atividade fim, é concurso público, é funcionário público. Não tem nenhuma outra forma de contratação que seja moral e que seja decente. [...] O usuário quer Saúde e o Gestor quer economizar. Ou será que todo mundo quer saúde? Acho que sim. Para isso é necessário a contratação. É necessário Concurso Público. É necessário desprecarizar o trabalhador do SUS. Não pode haver esta aberração que está

sendo feita, de terceirizar a saúde a Saúde e Terceirizar, quem sabe, a obrigação constitucional do Estado, que é dar saúde para a população. Nisto o Conselho tem de estar vigilante, porque é importantíssimo. A qualificação do profissional e o comprometimento deste profissional com aquilo que ele vai fazer, que não é somente um salário no fim do mês, mas sim uma carreira pública.

Face a isso, é importante retomarmos a idéia de Aristóteles sobre a virtude, segundo este, a virtude moral sendo o produto dos usos e costumes, ela não existe nos homens naturalmente, pois nada do que é natural se adquire pelo costume. Ora, tratando-se de uma faculdade prática, isto é, dirigida à ação, é necessário que os homens se exercitem na virtude para adquiri-la, como sucede com todas as faculdades desse gênero. Essa vertente, conforme entende Aristóteles, é comprovada pelo que ocorre na sociedade política, na qual os legisladores tornam bons os cidadãos, ao se esforçarem por fazê-los adquirir bons hábitos. É este, aliás, o propósito de toda legislação, de tal forma que é pelo bom ou mau efeito que as leis produzem na alma de um povo, que se pode distinguir entre uma boa e uma má organização da *polis* (COMPARATO, 2006).

Diante do exposto, essa dissertação de mestrado visa investigar, **no âmbito da gestão em saúde no Município de Porto Alegre, quais as implicações éticas de afirmar Direitos de cidadania por meio da criação de políticas públicas, a exemplo do PSF, quando formas de contratação incentivadas pelo Programa, os solapam daqueles a quem é atribuída a responsabilidade profissional por sua execução.**

Este estudo foi dividido em Introdução, Partes I, Parte II e Considerações Finais. A Introdução apresenta a situação problemática e a questão de pesquisa; como também, os objetivos e a justificativa da pesquisa. Na Parte I, expomos o referencial teórico que permeiam e alicerçam a pesquisa: o Sistema de Saúde Brasileiro numa breve retrospectiva histórica; os conceitos de Estados, Política Pública, Direitos Fundamentais e os Elementos do Direito Constitucional e as Conquistas Sociais do trabalho; a Reforma do Aparelho do Estado e a Lei de Responsabilidade Fiscal, e por último a ética e a política pública, como nó górdio na concretização de uma política pública em saúde. Na Parte II, apresentamos a metodologia proposta e os resultados. Por fim, são apresentadas as considerações finais, bem como as limitações desse estudo.

A pertinência em realizar este estudo se deve, primeiramente, baixo impacto, em âmbito nacional, de análises sobre Políticas Públicas em Saúde, dentre os quais o PSF, do ponto de vista da ética filosófica. A segunda e última razão, materializada na questão de pesquisa, é refletir sobre as implicações éticas de se implementar Políticas Públicas com base em relações precárias de trabalho, posto que desrespeitam conquistas históricas de direitos sociais e coletivos, com prejuízos à população usuária dos serviços de saúde. Em suma, implementa-se Políticas Públicas em saúde para assegurar os direitos de cidadania, sem contudo, reconhecê-los junto a quem é responsabilizado por sua efetivação.

OBJETIVOS

É proposta deste trabalho, alcançar os objetivos abaixo.

OBJETIVO GERAL

Diante do exposto, essa dissertação de mestrado visa investigar, no âmbito da gestão em saúde no Município de Porto Alegre, quais as implicações éticas de afirmar Direitos de cidadania por meio da criação de políticas públicas, a exemplo do PSF, quando formas de contratação incentivadas pelo Programa, os solapam daqueles a quem é atribuída a responsabilidade profissional por sua execução.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o PSF enquanto política pública, dando ênfase às formas de contratação praticadas, nessa viabilização, no Município de Porto Alegre.
- Especificar questões legais, administrativas e de ordem constitucional visando demarcar os vínculos de trabalho em vigor no caso da gestão de políticas públicas em saúde.
- Identificar as razões apresentadas por agentes envolvidos no episódio ocorrido em agosto de 2007, momento da cessação do contrato entre a FAURGS e a Prefeitura de Porto Alegre, resultando em crise no atendimento a usuários do SUS assegurado pelo Município de Porto Alegre através do PSF.
- Levantar questões de ordem ético-política, dando especial atenção às condições que podem inviabilizar a concretização da atenção básica pela estratégia do PSF no Município de Porto Alegre.

PARTE I

1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E A CRIAÇÃO DO SUS: Breve retrospectiva histórica

O sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista, início do século até 1965 do século passado, para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, no final dos anos 1980, ao modelo plural, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o SUS (MENDES, 1994). Isso tem, de um lado, uma determinação econômica e, de outro, a concepção de saúde que vige, na sociedade, num determinado momento.

O *Sanitarismo Campanhista*, do início do século, estava ligado ao modelo econômico agroexportador, fortemente assentado na exportação cafeeira; exigia, do sistema de saúde, política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação. Este modelo expressava-se através de uma visão militarista de combate às doenças de massa, de concentração de decisões e de estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (MENDES, 1994). Ele continha em seu bojo uma concepção de saúde fundamentada na teoria dos germes, que leva ao modelo explicativo monocausal, segundo o qual os problemas de saúde se explicam por uma relação linear entre agente e hospedeiro. Com efeito, o *Sanitarismo Campanhista* pretendeu resolver os problemas de saúde – ou melhor, das doenças – mediante a interposição de barreiras que quebrem esta relação agente/hospedeiro em razão do qual estrutura ações, de inspiração militarista, de combate a doenças de massa, por meio da criação de estruturas *ad hoc*, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções nos corpos individual e social (MENDES, 1994).

O modelo *Liberal Privatista*, ou *Médico Assistencial Privatista*, teve início no Brasil com o surgimento da *Assistência Médica Previdenciária*, na década de 1920, sob a influência da Medicina Liberal, ligando-se à necessidade de assistência aos trabalhadores urbanos e industriais. O processo de industrialização acelerada que o Brasil vivenciou, especialmente a partir do Governo Juscelino Kubischek, com seu Plano de Metas lançado em 1957, determinou o deslocamento do pólo dinâmico da

economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de saúde. Para Mendes (1996) não bastava sanear os espaços de circulação das mercadorias sem atuar em contraponto sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva. Emergiu, então, um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas e que acabou por levar à conformação e hegemonização, na metade da década de 1960, do *modelo médico-assistencial privatista*.

O modelo *Médico-assistencial Privatista* foi gestando-se, paralelamente, a um movimento de crescente integração e universalização da Previdência Social: das Caixas de Aposentadorias e Pensões da década de 1920, aos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos anos 1930 a 1960, até o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). A criação do INPS, em 1966, foi o momento institucional de consolidação do modelo *Médico-assistencial Privatista*, cujas principais características foram:

- a) a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
- b) o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) a criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial; e, por fim,
- d) o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços.

Em 1975, com base nas Diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, surgiu a Lei nº 6.229, que institucionalizou o modelo *Médico-assistencial Privatista*, ao separar as ações de saúde pública das ditas de atenção à saúde das pessoas e, em 1977, foi então criado o Sistema Nacional da Previdência Social e, com ele, a organização símbolo do modelo médico, o INAMPS. O modelo *Médico-assistencial Privatista* compunha-se de três subsistemas. Na base, um subsistema estatal, representado pelo complexo Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em que se exercitava a medicina simplificada destinada à cobertura

nominal de populações não-integradas economicamente e ao desenvolvimento de ações remanescentes do sanitário (MENDES, 1994).

O subsistema hegemônico era o subsistema privado contratado e conveniado com a Previdência Social que cobria os beneficiários daquela instituição. Este subsistema cresceu induzido por políticas públicas de terceirização da atenção médica que criaram um mercado cativo na área da Previdência Social e, muito secundariamente, pelo financiamento subsidiado de capital físico. Desta forma, no período 1969/1984, os leitos privados subiram de 74.543 para 348.255, um crescimento próximo a 500% (MENDES, 1994).

Um terceiro subsistema – que começava a delinear-se e a implantar-se, aproveitando os incentivos do convênio empresa – é o subsistema de atenção médica supletiva que buscava atrair a mão-de-obra qualificada das grandes empresas. Contudo, na década de 1970, este subsistema não chegou a atingir uma massa significativa de beneficiários. As mudanças econômicas e políticas que se deram, especialmente a partir do início dos anos 80, determinaram o esgotamento do modelo *Médico-assistencial Privatista* e sua substituição por outro modelo de atenção à saúde. Por trás de tudo isso, clarifica Mendes (1994), está uma profunda crise do Estado expressa, no âmbito interno, pela crise fiscal, das relações econômicas e sociais e do aparelho do Estado e, externamente, pelo esgotamento da liquidez internacional, pela dívida externa e pelo realinhamento dos blocos geopolíticos. Politicamente, deu-se a distensão lenta e gradual que culminou no processo de transição democrática do regime autoritário para um pacto estruturado na definição de um novo padrão de desenvolvimento. Este pacto deveria combinar crescimento com distribuição, e implicava a elaboração de novo arcabouço jurídico – uma nova Constituição – e a explicitação de outro padrão de política social expresso no discurso da superação da dívida social acumulada nos governos autoritários. Esse pano de fundo econômico e político determinou os rumos das políticas de saúde e fez emergir na arena sanitária novos sujeitos sociais portadores de interesses e visões de mundo que foram conformando o projeto sanitário brasileiro (MENDES, 1994).

Nos anos de 1970, coincidindo com a emergência na cena internacional da proposta da atenção primária em saúde, decodificada, em nossa prática social, como atenção primária seletiva, surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária. Essas experiências desaguarão num programa de medicina

simplificada, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS) que, iniciando-se pelo Nordeste, alcançou abrangência nacional em 1979.

O processo de democratização, ao colocar na arena política projetos diferenciados com seus respectivos grupos de interesse, fez com que a discussão penetrasse no poder legislativo. Nesse sentido, constituiu marco importante a realização do Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em Brasília. Paralelamente, resgataram-se, em outra dimensão qualitativa, as proposições do movimento municipalista, expressas na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1963. Com base em algumas experiências de municipalização começaram a suceder-se os encontros nacionais de Secretários Municipais de Saúde.

Os primeiros anos da década de 1980 foram marcados pela eclosão da crise da Previdência Social, que se refletiu em três vertentes principais: a crise ideológica, o PREV-SAÚDE; a crise financeira; e a crise político-institucional, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). O plano do CONASP colocou como alvo a integração das ações de saúde, mas desdobrou-se, na prática, em vários projetos racionalizadores, sendo que um destes, o Plano de Racionalização Ambulatorial, levou à proposição das Ações Integradas de Saúde (AIS).

As AIS, implantadas em 1983 como um Programa de Atenção Médica, adquiriram, a partir do fim do regime autoritário, na Nova República, um desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde. Em março de 1986, ocorreu o evento político-sanitário mais importante da década, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, para o qual confluíram todo o movimento iniciado desde o início dos anos de 1970.

Essa Conferência difere das demais, até então realizadas, por duas características principais. Uma, o seu caráter democrático, pela significativa presença de milhares de delegados, representativos de quase todas as forças sociais interessadas na questão saúde. Outra, por sua dinâmica processual, que se iniciou por conferências municipais, depois estaduais, até chegar ao âmbito nacional. A VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve desdobramento imediato num conjunto de trabalhos técnicos, desenvolvidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, passou, com sua doutrina, expressa em seu relatório final, a

constituir-se no instrumento que viria a influir de forma determinante em dois processos que se iniciaram, concomitantemente, em 1987: o primeiro, no Executivo, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS; o outro, no Congresso Nacional, com a elaboração da nova Constituição Federal. O SUDS avançou para a desconcentração estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços. Ao mesmo tempo, no Congresso Nacional, construía-se, pelo consenso possível das forças sociais representadas, o desenho constitucional da saúde.

A Constituição Brasileira de 1988 incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes extraídos da prática corrente e hegemônica, mas reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da reforma sanitária. Nesta Carta a SAÚDE é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social, cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, com mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. Ao mesmo tempo, o Art. 199 dessa Carta consagra a liberdade da iniciativa privada para realizar a assistência em saúde.

Com isso, estava criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), que veio a ser regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Essas leis expressaram as conquistas presentes na Constituição, mantendo e aprofundando as suas ambigüidades, mas também, reiterando, mais operativamente, os princípios da reforma sanitária incorporados na Carta Magna. Este desenho constitucional e infraconstitucional moderno, no campo da saúde, ocorria coetaneamente com o avanço inexorável de uma crise fiscal e política do Estado, que sinalizava o esgotamento da estratégia nacional-desenvolvimentista e da coalização sociopolítica que a sustentou durante os anos de esforço industrializante e de fracassos sociais. Desse modo, tratou-se de impor novas responsabilidades a um Estado debilitado e incapaz de reverter o quadro social gerado anteriormente e exponenciado pela crise. É neste contexto que se dá a normatização do PSF, política pública em saúde analisada a seguir.

2 ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS FUNDAMENTAIS

O conceito de Estado, tal como ele é hoje entendido, se consolida no século XVIII. Na Idade Antiga o Estado estava acima dos Tribunais. Na Idade Média o poder superior do Estado era exercido pelo Imperador, Senhor Feudal ou pela própria Igreja. Na Idade Moderna surge, por fim, a noção de soberania desenvolvida por Jean Bodin que, ao lado de Hobbes e Maquiavel, propõe o fortalecimento do Estado. O perfil do Estado adotado por determinado povo em determinada época tem como fonte material os fatores e valores da sociedade, e encontra-se calcado na relação entre o Estado e seus cidadãos (TAVARES, 2002; SIQUEIRA, 2004).

No Estado autoritário essa relação se traduz como veículo de realização do interesse do Estado, sendo o indivíduo mero objeto desse interesse, e por consequência direta, a diminuição dos direitos e garantias fundamentais.

No Estado Liberal o indivíduo é o elemento principal da dinâmica estatal. O interesse do Estado encontra limites nos direitos fundamentais. O Estado Liberal surge calcado nos pilares do Iluminismo, buscando o ideal da democracia no plano político, caminhando ao lado do *laissez-faire* no plano econômico. Essa tendência liberal, expressão da Idade Moderna, influencia também o mundo jurídico, que se destaca pelo advento do princípio da legalidade. O Estado de Direito é aquele que se subordina ao Direito, à lei reguladora de sua atividade.

É neste período histórico que os Estados conheceram a limitação do poder por intermédio das Constituições. O Constitucionalismo representou o advento do Estado Liberal, resultado direto da luta contra o absolutismo. O Estado constitucional moderno foi construído tendo como fundamento a idéia da vontade geral do povo em substituição ao modelo antigo calcado na vontade individual do soberano. Os primeiros Estados a se organizarem como Estados Liberais de Direito foram os Estados Unidos, em 1787, e a França, em 1791, com a influência do constitucionalismo, e a consequente limitação do poder, constituindo-se como verdadeiras Constituições-garantia (TAVARES, 2002; SIQUEIRA, 2004).

A democracia surgiu como desdobramento do Estado Liberal, se configurando pela participação do cidadão nos negócios do Estado. A influência de ideais, também advindas do século XVIII, desencadeia um processo de democratização do Estado, implicando a submissão da lei à vontade geral, garantindo a participação do

povo no exercício do poder político. Às demais características do Estado somam-se a presença de direitos políticos, tornando os cidadãos titulares desses direitos.

Aqui, desde o ato de Independência ocorrido em 7 de setembro de 1822, o Estado Brasileiro conheceu sete Constituições. A Constituição de 1824 sob clara influência do modelo constitucional francês do século XIX, instituiu um Estado Liberal. A Constituição de 1891, inspirada nos ideais republicanos da Constituição Norte-Americana, instituiu a República, expressando uma forma presidencialista de Governo e uma forma Federativa de Estado, além da criação de uma Suprema Corte. Surge o Estado Democrático de Direito. O texto constitucional de 1934 surge na esteira da Constituição da República Alemã de Weimar. A Constituição de 1937, por ter um cunho autoritário, com inspirações fascistas, representou um retrocesso ao proclamar um Estado de exceção. A Constituição de 1946 restaura o Estado Democrático de Direito, que encontra sua derrocada com o golpe de 1964, que gerou a Constituição de 1967, seguida pela Emenda de 1969.

A Constituição Federal de 1988 inaugurou o Estado Democrático e Social de Direito, que pressupõe a atuação positiva do Estado. O rol de direitos humanos foi ampliado. Esses direitos surgem no mundo fático com a atividade positiva do Estado na construção das políticas públicas.

O individualismo, a liberdade e a igualdade absoluta do Estado Liberal geraram muitas injustiças, questionadas, pelos movimentos sociais do século XIX e permitindo a tomada de consciência da população sobre a necessidade da justiça social, pela flagrante insuficiência das liberdades burguesas. O ponto primordial do Estado Democrático e Social de Direito é a atuação positiva do Estado, buscando o equilíbrio entre os direitos individuais e sociais, tendo como características básicas:

- 1) a supremacia da Constituição;
- 2) a divisão dos Poderes;
- 3) o respeito ao princípio da legalidade;
- 4) a declaração e garantia dos direitos individuais e sociais;
- 5) a participação política com a organização democrática da sociedade; e, por fim,
- 6) a atuação positiva do Estado com a finalidade de implementação do Estado Social.

A Constituição Brasileira de 1988 inseriu no sistema jurídico pátrio a proteção dos direitos humanos, constituindo-se, na história constitucional do País, como a Carta Política mais avançada em matéria de direitos individuais e sociais. Esta Carta consagrou e constitui o Estado Democrático e Social de Direito no *caput* do seu Art. 1º, representando uma síntese dos princípios do Estado Social e do Estado Liberal. Desta forma, os direitos individuais encontram limites no Estado Social. O Estado Democrático e Social de Direito tem pois a função de conciliar a defesa social com os interesses individuais dos cidadãos do Estado (BRESSER PEREIRA, 1994).

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e dos Distritos Federais, constitui-se em Estado Democrático de Direito...

O Estado Democrático e Social de Direito exige o desenvolvimento da função planejadora do Estado, que se exterioriza por intermédio das políticas públicas. Essas podem ser de cunho econômico, administrativo e social. As políticas sociais são aquelas voltadas, sobretudo, às garantias fundamentais e envolvem os serviços de educação, saúde, trabalho, previdência. Esta é também, uma estratégia de intervenção e regulação do Estado no que diz respeito à questão social. A política pública social é a linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais previstos em Lei. É pública não apenas significando ser da esfera estatal, pois que também há a participação e controle da sociedade na formulação, controle e até mesmo na execução. Pública, neste caso, *significa aquilo que é pensado e realizado como coisa pública, de todos, sob a égide da mesma Lei, mantendo um caráter redistributivo em resposta às demandas sociais* (PEREIRA, 1994). E é nesse contexto de um sistema político que se embasa no regime constitucional, respaldado, no caso brasileiro, na Lei Magna de 1988, que se realiza o debate sobre o tema em análise.

Tendo em vista que uma das formas de concretização de alguns princípios ideológicos presentes na Constituição se realizam através de Políticas Públicas, cujo conteúdo revela, em suma, o que o Governo escolhe fazer ou não fazer (LASWELL, 1936), como então defini-las?

2.1 DEFININDO POLÍTICA PÚBLICA

Inicialmente, conforme Dallari e Buci (2006), as políticas públicas podem ser definidas como programas de ação governamentais voltados à concretização de direitos. Elas constituem, na visão de Luchese (2002, p. 06), “conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”. Estas variam de acordo com o grau de diversificação da economia e da sociedade, com a natureza do regime político e com o nível de atuação e participação dos diferentes atores sociais. Já, para Jones (1970), elas são o produto tanto do trabalho de construção do seu objeto pelo pesquisador, quanto da ação dos atores políticos.

Para Viana (1996), a Política Pública é a materialização (em lei, norma, serviço, produto) do conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores, a partir das demandas advindas da sociedade ou do interior do próprio Estado (*inputs*). É também, o resultado de decisões políticas, pois se constituem num processo dinâmico onde interagem uma diversidade de atores e intenções, jogos de poder, recursos financeiros, estruturas políticas e sociais, entre outros, não sendo apenas resultado de definições, restritas ao campo político, e de execução dessas, restritas ao campo administrativo.

Assim, ao falarmos em Políticas Públicas, diz Abrahão (2006), é preciso ter consciência de que estamos falando do reconhecimento da cidadania dos setores subalternizados da população, da expansão da democracia e de um Estado-Nação forte, capaz de regular e de propor Políticas desta ordem. Seu objetivo é atender às necessidades da população nos diferentes setores da sociedade que são traduzidas em estratégias que visam dar respostas às principais questões que emergem da vida em sociedade, tais como, habitação, educação e saúde. Elas podem ser entendidas, em suma, como o conjunto de ações governamentais direcionadas à intervenção no domínio social, por meio das quais são traçadas as metas a serem implantadas pelo Estado, sobretudo na implementação dos direitos fundamentais disciplinados na Constituição, isto é, na Constituição Federativa do Brasil de 1988. Tal é o sentido e o contexto aqui assumido.

2.2 ELEMENTOS DO DIREITO CONSTITUCIONAL E AS CONQUISTAS SOCIAIS DO TRABALHO

Antes de tratarmos, propriamente, das conquistas sociais do trabalho, é imperativo tecer algumas considerações sobre o direito homem. Para isso, a partir do século XIX, vamos recorrer a Norberto Bobbio (1992) que, em seu livro “A Era dos Direitos”, faz brilhantemente esse resgate.

Bobbio afirma que as Constituições modernas se baseiam na proteção dos direitos do homem, cuja proteção depende da paz e da democracia. Eles formam, conjuntamente, momentos interdependentes, onde um é pressuposto do outro. Nas palavras de Bobbio (1992, p. 1),

Direito do homem, democracia e paz são três momentos necessários do mesmo movimento histórico: sem direito do homem reconhecido e protegido, não há democracia; sem democracia não existem as condições mínimas para a solução pacífica dos conflitos.

O autor sustenta que a afirmação dos direitos do homem surgiu de uma outra relação, ou seja, passou a ser entre cidadãos e entre o Estado e os cidadãos, e não mais como entre súditos e soberanos. Os direitos naturais são históricos, estes nasceram no início da era moderna e se tornaram indicadores do progresso histórico.

[Essa] inversão de perspectiva, que a partir de então se torna irreversível, é provocada no início da era moderna, principalmente pelas guerras de religião, através das quais se vai afirmando o direito de resistência à opressão, o qual pressupõe um direito ainda mais substancial e originário, o direito do indivíduo a não ser oprimido, ou seja, a gozar de algumas liberdades fundamentais: fundamentais porque, e naturais porque cabem ao homem enquanto tal e não dependem do beneplácito do soberano (BOBBIO, 1992, p. 04).

Para Norberto Bobbio (1992) na história da formação das declarações de direitos é possível distinguir pelo menos quatro fases ou “gerações”. Os direitos pertencentes à Primeira Geração - representados pelos direitos civis; as primeiras liberdades exercidas contra o Estado - contêm os direitos fundamentais do homem, na sua luta contra os governos absolutos e arbitrários. Nos da Segunda Geração - representados pelos direitos políticos/sociais; direitos de participar do Estado - o foco dos direitos obtidos no século XIX concerne a classe trabalhadora, considerando, basicamente, os direitos a ela inerentes. A partir do século XX, uma Terceira

Geração de direitos (econômicos, sociais e culturais), abrange a preservação do meio ambiente, consumidor, dentre outros. Por fim, Bobbio (1992) aponta uma Quarta Geração, a qual compreenderia os direitos ligados à genética do indivíduo, por exemplo. Para o autor, as gerações de direito são reflexo dos avanços tecnológico e moral das sociedades. É por esta razão que as grandes revoluções históricas representaram um marco na consideração desses direitos.

O mérito das conquistas sociais do trabalho no século XIX, segundo Camino (2004), também é o resultado da resistência da classe operária, dos movimentos grevistas, da ação direta pela sabotagem e pelo boicote, das manifestações desde o início do movimento dos trabalhadores, entre outras ações coletivas (CAMINO, 2004).

Para a autora, a evolução das relações de trabalho, ao longo dos séculos, conduzem à desalentadora constatação de que a busca pelo equilíbrio entre riqueza e trabalho tem sido marcada por enormes dificuldades. Do ponto de vista de Camino (2004) as relações de trabalho apresentam um ciclo vicioso de opressão. Para clarificar melhor essa questão, será dado destaque, em uma perspectiva histórica, aos momentos decisivos em sua concretização.

2.2.1 Notas sobre a origem e concretização do Direito ao Trabalho

Nas civilizações antigas – Grécia, Roma e Egito – inexistia a figura de trabalho e trabalhador, tal como hoje as conhecemos. No mundo medieval, a fragmentação do Império Romano, a partir do ano 476 da era Cristã, implicou alteração significativa nas relações de trabalho. Nesse período, emergiram como instituições de grande poder a Igreja, o feudalismo e as Corporações de Ofício. O trabalho servil significou uma forma mais branda do escravismo. Foi um tipo de trabalho organizado, em que o indivíduo, sem ter a condição jurídica de escravo, não dispunha de liberdade, visto que seus senhores eram os donos da terra e de todos os direitos. Sujeitavam-se a abusivas restrições, inclusive de deslocamento, submetidas a um regime de estrita dependência do senhor feudal. O senhor podia mobilizá-los obrigatoriamente para a guerra e também cedia seu servo aos donos de pequenas fábricas e oficinas existentes (CAMINO, 2004).

As Corporações de Ofício foram o modelo de organização corporativa dos trabalhadores medievais e traduzem o fenômeno de urbanização, resultado da organização do trabalho fora dos campos (feudos) e livres do jugo dos senhores feudais. Suas raízes mais remotas estão nas organizações orientais, nos *collegia* de Roma e nas *guildas* germânicas. O progresso das cidades e o uso do dinheiro deram aos artesãos uma oportunidade de abandonar a agricultura e viver de seu ofício. A partir de então, surgem os burgos, conglomerados urbanos, de onde emergiu a burguesia (CAMINO, 2004).

Com a Revolução Industrial, surgem as grandes concentrações de operários, nascem os primeiros centros industriais, formando terreno propício à expansão do capitalismo emergente à época dos grandes descobrimentos. No falso pressuposto de igualdade entre os homens e conseqüente liberdade para contratar, os trabalhadores foram explorados à exaustão e submetidos à condição aviltante. O capitalista podia impor, sem interferência do Estado, as suas condições ao trabalhador. Havia mera igualdade jurídica. Em curto tempo, estavam os ricos cada vez mais ricos, enquanto os pobres ficavam cada vez mais pobres, o mais forte subjogando o mais fraco. Com isso aumentava a legião dos empobrecidos e há a *generalização* da pobreza em níveis antes desconhecidos, revelando que podem ocorrer situações de pobreza que escapam ao controle do indivíduo. Imaginava-se que as pessoas podiam auto-regulamentar seus interesses pelas regras do Direito Natural. O Estado não deveria, portanto, interferir; já que, as relações econômicas se auto-regulamentariam. A submissão da vontade do mais fraco levou à prática de injustiças e de concentração da riqueza nas mãos de poucos. A desprotegida massa operária sofria, enquanto o Estado assistia inerte, na convicção liberal de que seu papel não devia ir além da ordem pública, podendo os cidadãos conduzirem-se como melhor lhes aprouvesse.

Surgiu, nesse contexto, um fenômeno social de enorme significado, o espírito de classe dos trabalhadores, consolidado no transcurso do século XIX que, paulatinamente, prevaleceu sobre a lei que tipificava a coalizão como delito (GODINHO, 2003). Com isso, o Estado foi obrigado a tomar medidas para garantir uma igualdade jurídica que desaparecia diante da desigualdade econômica. A própria dignidade humana estava rebaixada diante da opressão econômica.

Os segmentos sociais dos trabalhadores, a contar da segunda metade do século XIX, descobriram a ação coletiva, por meio da qual compreenderam, no transcorrer do processo, que seus dramas, necessidades e interesses não se explicam a partir da ótica exclusivista contratualmente subordinada na natureza do processo produtivo, passaram a formular, em contraposição ao estuário jurídico liberal e individual da época, proposta de normalização de caráter coletiva, abrangente do conjunto dos trabalhadores envolvidos e subordinados. Dessa maneira, os trabalhadores, através de sua ação sociopolítica, conseguiram contrapor ao sujeito individual assimilado pelo Direito Civil da época a idéia de sujeito coletivo (GODINHO, 2003, p. 90).

O fato social que propiciou o nascimento do novo direito é, pois, de natureza coletiva, com ênfase na auto-regulamentação. Assim, conforme Camino (2004, p. 33) *“surgiu, primeiro, um direito coletivo impulsionado pela consciência de classe e, a seguir, um direito individual do trabalho”*.

O Estado começou a legislar sobre o assunto, impondo barreiras à liberdade de contratação. Com isso, o individualismo contratual dá lugar ao dirigismo contratual, à intervenção jurídica do Estado, limitando a autonomia da vontade. O Estado passou a buscar um equilíbrio entre os sujeitos do contrato, deixando de ser mero espectador do drama social para impor regras conformadoras da vontade dos contratantes. Com isso, protege economicamente o mais fraco para compensar a desigualdade econômica, para que a relação se torne mais igualitária. O Direito do Trabalho vem para igualar juridicamente a diferença econômica, modo de intervenção que objetiva realizar o bem-estar social e melhorar as condições de trabalho. O trabalhador passa a ser protegido jurídica e economicamente. A lei começa a estabelecer normas mínimas sobre condições de trabalho, que o empregador deve respeitar.

Assim, o Estado passa a exercer sua verdadeira missão, como órgão de equilíbrio, como orientador da ação individual, em benefício do interesse coletivo.

Todo homem tem direito ao trabalho, à livre eleição de emprego a condição justa e favorável de trabalho e à proteção contra o desemprego (Art. 23 de Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 10.12.1948).

Apesar das primeiras leis trabalhistas terem surgido no século XIX o Direito do Trabalho nasceu no século XX. O fim da Primeira Grande Guerra deve ser mantido como marco do nascimento do direito do trabalho enquanto ciência jurídica, pois foi a partir de então que se verificou o fenômeno da sua universalização. O Tratado de

Versalhes, 1919, com seus nove princípios fundamentais, adotados pelos Estados firmatários, passou a informar a regulamentação do trabalho. O direito internacional do trabalho tem a sua normatividade em tratados, declarações, recomendações e resoluções da Organização Internacional do Trabalho (GODINHO, 2003).

Com o avanço do capitalismo ensejando poderosos conglomerados econômicos por todo o planeta, indiferente à soberania e a tradição dos povos emerge um direito do trabalho em crise, diante da acirrada concorrência do mercado internacional sem atentar às profundas desigualdades históricas, filosóficas, culturais e econômicas dos povos. Partindo-se do argumento de que o sistema de proteção da pessoa do trabalhador implica em custos insuportáveis para as empresas, esse instaurou um ardiloso processo de culpabilização do direito do trabalho, afinado com o discurso neoliberal de prestígio à autonomia da vontade no plano das relações individuais de trabalho, com a conseqüente rarefação do sistema de proteção estatal (CAMINO, 2004 p. 37). Sob este aspecto cabe lembrar que o maior problema do nosso tempo, com relação aos direitos do homem, não é mais fundamentá-lo, e sim protegê-lo (BOBBIO, 1992).

O problema que temos diante de nós não é filosófico, mas sim jurídico e, num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, qual é a sua fundamentação se são direitos naturais ou históricos, mas sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados (BOBBIO, 1992, p.25).

No Brasil, nos períodos colonial e imperial, os escravos eram trazidos através do tráfico negreiro. Nas duas primeiras fases da história do Brasil o trabalho era fortemente caracterizado pela escravidão. A Constituição de 1824 preconizou o direito à liberdade do trabalho, ao abolir as Corporações de Ofício. Em 1888 foi proclamada a Abolição da Escravatura e, em 1889 a Proclamação da República. As constituições que se seguiram traçaram o norte da evolução do direito do trabalho no Brasil (GODINHO, 2003).

A primeira Constituição Republicana de 1891 garantiu o livre exercício de qualquer profissão. Na Constituição de 1934, o direito do trabalho ingressou na história brasileira. Getúlio Vargas estabeleceu ali, a garantia da liberdade e autonomia sindical, a declaração dos direitos dos trabalhadores com previsão de legislação tutelar e a instituição da Justiça do Trabalho.

A Constituição de 1937 consagrou os direitos dos trabalhadores em seu artigo 137. Esta Constituição se deu em pleno regime autoritário (Estado Novo), período no qual não houve restrição ao exercício das atividades sindicais, enquanto a greve era considerada delito. Em 1º de março de 1943, através do Decreto Lei nº 5.452, foi promulgada a Consolidação das Leis Trabalhistas, vigente ainda hoje no país. Com a extinção do Estado Novo, emerge a Constituição de 1946, que traz no seu bojo o direito de greve, mantendo o sindicato paradoxalmente atrelado ao Estado.

Com o desencadeamento do Estado de exceção em março de 1964, a greve, a atividade sindical foi severamente reprimida. A Constituição de 1967 consagrou o retrocesso ao vetar a greve nos serviços essenciais, reduzir o limite de idade de trabalho de 14 para 12 anos e limitar a competência da Justiça do Trabalho, tornando praticamente inócuo o seu poder normativo e deslocando para a Justiça Federal Comum os litígios individuais trabalhistas envolvendo servidores públicos federais (CAMINO, 2004).

A Constituição de 1988 trouxe inovações significativas no campo dos direitos sociais, que passaram a integrar o rol dos Direitos e Garantias Fundamentais, descritos no seu Art. 5º.

Art. 5.º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

A Carta Constitucional reflete os interesses das mais diversas camadas da sociedade brasileira. O expressivo número de direitos fundamentais de cunho liberal e social é um forte indicativo neste sentido. O grande desafio está na realização desses direitos. Nem tudo que o é desejável e merecedor de ser perseguido é realizável. Para a realização dos Direitos do Homem são freqüentemente necessárias condições objetivas que não dependem da boa vontade dos que os proclamam, nem das boas disposições dos que possuem os meios para protegê-los (BOBBIO, 1992).

O Direito do Trabalho, conquistado pelos trabalhadores depois de grandes lutas e de anos a fio em condições subumanas de trabalho, cuja história foi apresentada, resumidamente, nos primeiro item deste capítulo, tem como princípio a tutela do trabalhador devido à sua condição de hipossuficiência perante o

empregador, visando a uma igualdade substancial, uma ficção jurídica que permita a igualdade entre as partes (NASCIMENTO, 1998).

Em tempos de globalização econômica, novos questionamentos, decorrentes de alguns interesses, vêm surgindo com relação aos direitos dos trabalhadores, com tendência à flexibilização ou mesmo à desregulamentação do Direito do Trabalho, com vistas a um menor custo de produção, o que beneficia somente os donos dos meios de produção e possivelmente gera uma maior desigualdade econômica.

A heteroproteção do trabalhador é a concepção que surgiu no mundo com as primeiras regulamentações, as quais consideram o trabalhador como o pólo mais fraco da relação de emprego, trazendo princípios que o privilegiam, sem detrimento da igualdade entre as partes, visto que aí há uma concepção de igualdade substancial. O Estado intervém na relação de emprego, em favor do trabalhador, limitando o poder do empregador para garantir a manutenção das condições de emprego a que o empregado tem direito. Essa Este é um debate que, atualmente, é impossível de ignorar.

As discussões a respeito da possibilidade de flexibilização das normas relativas ao Direito do Trabalho são, hoje, uma realidade que não é mais possível de ignorar. Elas envolvem desde o conceito de flexibilização, a necessidade e a forma de aplicação dessa medida no Brasil, as conseqüências na relação de emprego e a possibilidade ou não de deixar o trabalhador sem tutela, até os riscos da desregulamentação (LOPES, 2002).

A questão em torno da qual gira esse debate concerne a necessidade, defendida, por alguns, de modernização das leis brasileiras para que, assim sendo, estas possam acompanhar a realidade mundial de globalização e, principalmente, da concorrência mundial. A flexibilização das leis trabalhistas seria uma forma de abrir o leque de possibilidades para a contratação de empregados. Ou seja, valendo-se da convenção coletiva, o empregador deixaria de cumprir o disposto em lei. É uma inversão na hierarquia das normas, visto que hoje, está em nível superior a lei, e o convencionado não pode se dar em detrimento desta, mas em conformidade com ela, possibilitando somente a criação de cláusulas *in melius* (para melhor) no contrato de trabalho (LOPES, 2002).

Desde a metade do século, com o fim dos principais regimes ditatoriais, surgiu o Consenso de Washington, o qual propunha o corte dos salários dos funcionários

públicos, demissões, cortes dos investimentos sociais, reforma da previdência social, desoneração do capital especulativo, privatizações das estatais, flexibilização dos contratos de trabalho, tudo isso para que a América Latina pudesse se estabilizar e aumentar a sua competitividade no mercado internacional. Assim, segundo PRIORI (2002) já estava estipulado pela reunião do Consenso de Washington que a flexibilização das relações de trabalho era uma exigência do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI) para sanear as deficiências financeiras dos países da América Latina. Tomando por referência as dificuldades econômicas e sociais, em alguns países a flexibilização viria com uma maior rapidez (Chile e Argentina são bons exemplos), enquanto em outros demoraria um pouco mais (como no Brasil).

Segundo Nascimento (1998), existem correntes que se posicionam a respeito do assunto, cabendo destacar as três principais: a flexibilista, a antiflexibilista e ainda a semiflexibilista. Em resumo, a primeira defende que, atualmente, o Direito do Trabalho passa por uma fase de adaptação à realidade, depois de ter passado pelas outras fases de conquista. Assim, deveria ser possível, para que se modernizassem as relações de trabalho no país, que as convenções coletivas de trabalho pudessem ter cláusulas *in melius* (para melhor) e *in pejus* (para pior) para o trabalhador, possibilitando uma maior adequação à realidade da época, do setor, do tamanho da empresa, etc. Assim, se o país passa por uma época de crise econômica, não há lugar para a exacerbação dos direitos trabalhistas, passando a existir o que somente em épocas de abundância, ou seja, os direitos trabalhistas existiriam como reflexos da economia e não seriam inerentes à condição de empregados, de força de trabalho (NASCIMENTO, 1998).

A segunda corrente, a antiflexibilista, defende que a tentativa de flexibilização é uma forma velada de acabar com os direitos dos trabalhadores, pelos quais estes lutaram. Com o fim da intervenção do Estado, através da Lei, nas relações de trabalho, estaria o trabalhador sem a possibilidade de garantir os direitos mínimos, básicos, já que este é a parte hipossuficiente na relação de trabalho. Seria um pretexto para o retorno à barbárie, à escravidão.

E, por fim, um terceiro posicionamento seria o dos semiflexibilistas, que acreditam que a flexibilização deve acontecer, mas por iniciativa dos trabalhadores e de forma gradual e por meio de negociação.

No Brasil, são vários os argumentos utilizados contra e a favor da flexibilização. Um dos principais argumentos da segunda corrente é a possibilidade de criação de novos postos de trabalho com a diminuição dos encargos sociais e, conseqüentemente, a diminuição do desemprego. A impossibilidade de criação de cláusulas contratuais *in pejus* válidas faz com que todos os encargos sociais presentes na CLT sejam aplicáveis em todos os contratos. Os defensores desta corrente defendem que os encargos sociais no Brasil são demasiadamente altos, o que acarreta em diminuta contratação de novos empregados e pouca criação de postos de trabalho.

Com relação ao discurso da diminuição do desemprego, a análise histórica nos mostra outras causas. Percebe-se que os últimos dez anos foram de grandes modificações no País e no mundo. O primeiro Presidente da República eleito depois dos vinte anos de ditadura militar foi um dos responsáveis por algumas mudanças, e também pela manutenção de algumas características da ditadura. Foi assim que Fernando Collor de Mello começou a grande abertura da economia brasileira. Mas a população começou de fato a sentir o reflexo da adoção desta política a partir do Plano Real, já no governo de Fernando Henrique Cardoso. Segundo Souza (2001), o controle da inflação, o desemprego, e a privatização foram as grandes características deste governo, que, no entanto, diagnosticando que o problema do desemprego decorre de problemas no rígido mercado de trabalho, passa a proclamar a necessidade de maior qualificação profissional, flexibilização das relações trabalhistas e redução do custo de contratação. Assim, o problema do desemprego no Brasil não decorre da inadaptação, nem das leis trabalhistas, e sim de uma política que gerou estagnação econômica, subordinação brasileira na inserção na economia mundial, demissões em massa devido às privatizações, alta dos juros, sobrevalorização cambial (SOUZA, 2001).

A afirmativa de que existe possibilidade de flexibilizar os direitos trabalhistas, sem que o trabalhador venha a ser explorado, parte da premissa de que o trabalhador coletivamente é forte o bastante para negociar de forma a não perder. Porém, sabe-se que as instituições representativas dos trabalhadores no Brasil são muito fracas, com exceção de algumas (SOUZA, 2001). Além disso, deve haver um redimensionamento do papel do Estado e das relações de trabalho, transformando-o de repressor e intervencionista num organizador e articulador do processo, além de viabilizar efetivamente a liberdade e a autonomia sindical, o que já é previsto na

Constituição Federal, mas que, ainda tem algumas barreiras a derrubar (SOUZA, 2001).

O Direito do Trabalho tende à realização de um valor: a justiça social. Não é o único meio de sua consecução, mas é uma das formas pelas quais um conjunto de medidas que envolvem técnicas econômicas de melhor distribuição de riquezas, técnicas políticas de organização da convivência dos homens e do Estado e técnicas jurídicas destinadas a garantir a liberdade do ser humano, dimensionando-se num sentido social, visa a atingir a justiça social.

3 A REFORMA DO APARELHO DO ESTADO E A LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL: Impactos sobre a Administração de RH no Setor Público

O Brasil vem passando por um processo de Reforma no Aparelho do Estado, que pretendia dar-lhe uma nova estrutura, através da redefinição de suas funções e da redução do seu tamanho (BRESSER PEREIRA, 1997). Essa pauta intensificou-se a partir de 1994. As propostas de reforma baseavam-se na crítica ao ‘inchamento’ do Estado e no estereótipo de um funcionalismo com privilégios e pouco eficiente. As medidas adotadas para o ‘enxugamento’ e a flexibilização da administração pública foram amplas: contratação interna (entre entidades de governo), contratação externa (com entidades privadas), estímulo à aposentadoria, privatização, desregulamentação, flexibilização do mercado e demissão de trabalhadores.

Uma das principais questões discutidas neste período trata da forma como o Estado deve proceder em relação as políticas públicas. No SUS, ainda de acordo com o Plano Diretor de Reforma do Estado, essa ‘flexibilização’ foi justificada sob o argumento de que a saúde, por não ser atividade exclusiva de atuação do Estado, poderia ser desenvolvida também pela iniciativa privada. Com tais medidas esperava-se a melhoria dos serviços, o aumento da eficiência e da produtividade, maior autonomia gerencial e redução de custos. Assim, Estados e Municípios poderiam transferir a gestão dos serviços de saúde às entidades privadas e também adotar formas intermediadas de contratação de sua força de trabalho.

No centro desse processo estão presentes idéias de privatização e terceirização através das Organizações Sociais – OS’s. O objetivo declarado no Plano Diretor da Reforma do Estado é o de obter maior eficiência e qualidade na prestação de serviços não exclusivos do Estado, pela sua transferência ao setor público não-estatal, isto é, pela transferência à entidade de direito privado, sem fins lucrativos, com a correspondente transferência de patrimônio público, recursos humanos e dotação orçamentária. No caso da saúde, o Gestor do SUS, passa a “comprar” as ações e serviços correspondentes, produzidos pelas instituições habilitadas como OS’s. Mas, assim como em outras áreas sociais, a Lei das Organizações Sociais (BRASIL, 1998) tem sido um dos instrumentos criados pelo governo para viabilizar parcela da Reforma do Estado, legislando em prol da interferência do setor privado na área pública da saúde.

O final dos anos 1980 e o início da década de 1990 foram marcados pelo acirramento da crise fiscal, pelo descontrole inflacionário e pela formação de um consenso sobre a ineficiência do setor público. A burocracia - enquanto corpo de funcionários - passou a se constituir no alvo por excelência das críticas ao Estado. Colocou-se em evidência o déficit público e a necessidade de repensar o papel do Estado, assim como imputava-se ao aumento das demandas por serviços sociais o caráter de ameaça à governabilidade democrática. O período caracterizou-se pelas críticas ao modelo de Estado intervencionista e empresarial e por um forte apelo à modernização, visando à abertura de mercado e à inserção competitiva do país na nova ordem econômica internacional (REBEIRO, 2002).

No Governo Collor (1990-1992) a reforma do governo nasce da constatação do esgotamento financeiro do Estado e da necessidade da redução do déficit público. O enxugamento da máquina com a eliminação de superposições e a diminuição de custos constituíram-se em objetivos de reforma administrativa. O governo baseando-se em um diagnóstico de gigantismo do Executivo Federal, extinguiu e modificou o *status* de vários órgãos públicos, operou cortes de pessoal, não se tendo registro, entretanto, de uma filosofia definida ou de qualquer plano formal de reforma administrativa (RIBEIRO, 2002).

A partir de 1995, no segundo mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso, a reforma administrativa foi reintroduzida na agenda política como parte das transformações estruturais do Estado brasileiro, juntamente com a aceleração do processo de privatização, a quebra de monopólios e as mudanças na ordem social. Tendo aprendido com os equívocos do emprego simplista da receita neoliberal dos primórdios da década de 1990, que redundaram no sucateamento do aparelho estatal, o Governo que, então, iniciava acelerou um processo de desestatização da economia, promoveu medidas de ajuste fiscal para garantir a estabilização da moeda e apresentou um plano de reconstrução institucional do Estado.

Neste período é que foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado com a competência de elaborar diretrizes para a reforma do aparelho do Estado. O Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, titular da pasta, atuou dentro e fora do Governo como o grande ideólogo e articulador do projeto de reforma. Em 1995, foi instituído o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), contendo um novo modelo de gestão para o setor público a partir da redefinição do papel do

Estado e da instauração de um novo paradigma de administração por resultados, denominado administração gerencial (RIBEIRO, 2002).

O PDRE baseou-se num diagnóstico de crise do Estado: a crise fiscal do Estado, a crise do modo de intervenção da economia e do social, e a crise do aparelho do Estado, e foi concebido levando-se em conta o conjunto das mudanças estruturais da ordem econômica, política e social necessária à inserção competitiva do Brasil na nova ordem mundial.

A perspectiva de descentralização adotada pautou-se numa nova visão da relação Estado-Sociedade e baseou-se numa visão histórica da evolução do aparelho do Estado, representando uma ruptura conceitual com o modelo institucional vigente no Brasil nos últimos 60 anos. A filosofia da reforma refletiu uma influência significativa das idéias do *New Public Management* (NPM). O referido plano apresentou um desenho do aparelho de Estado com vistas à readequação de sua estrutura, simultaneamente: (i) às funções requeridas pelo modelo de desenvolvimento emergente, ou seja, um Estado mais regulador e menos produtor de bens e serviços; e, (ii) aos valores democráticos que conformam a visão contemporânea da administração da coisa pública e que se traduzem no dever de gerir com eficiência e apresentar resultados, na responsabilização dos gestores, na transparência e controle social dos recursos públicos.

A transformação institucional proposta no PDRE requereu o estabelecimento de todo um arcabouço jurídico para criação das Agências e Organizações Sociais, e, mais tarde, das Organizações Sociais de Interesse Público (OSIP) em 1998, bem como a definição de regras para flexibilização da gestão, em especial no que se refere às aquisições pelo governo e à administração dos recursos humanos (RIBEIRO, 2002). Entre as razões explicitadas para impulsionar essas mudanças, está o enfraquecimento do poder dos sindicatos, determinado, entre outras coisas, pelo avanço da terceirização e a mudança das formas tradicionais de negociação salarial coletiva para formas de recompensa e avaliação baseadas em contratos e desempenho.

Outra razão apontada relaciona-se com o enfraquecimento da autonomia profissional no próprio setor público, caracteristicamente um setor altamente profissionalizado. Estas observações podem ser visualizadas na carreira docente com acordos salariais impostos limitando a responsabilidade dos professores sobre

o desenvolvimento curricular e sobre as formas mais abrangentes de controle na educação superior relacionadas com pesquisa e ensino.

A emenda de reforma do Estado é aprovada no Senado em 1998, após um período de dois anos e meio de tramitação. Esta aponta para questões centradas nas relações de trabalho e nos contratos de gestão, a saber (PIERATONI, 2001):

- estabilidade do funcionário público: os funcionários podem ser demitidos por critérios de insuficiência de desempenho ou nos casos em que a folha de pagamento da receita da instância pagadora – federal, estadual ou municipal ultrapasse 60% em despesas com pessoal. Estabelece sanções aos estados e municípios que não promovessem ajustes nos limites preconizados através de interrupção de repasses de recursos federais;

- alteração do Regime Jurídico Único: o RJU, regime dos servidores públicos civis da administração direta, autarquias e fundações, estabelecido pela Lei nº 8.142, de 1990, é substituído por formas “flexibilizadas de contratação” alcançáveis pelos regimes trabalhistas vigentes em todos os níveis da administração pública;

- critérios para remuneração: são definidos tetos e subtetos de remuneração, com a supressão da palavra isonomia do texto constitucional. As alterações salariais passam a vigorar a partir da aprovação de projeto de lei específico sujeito a veto presidencial;

- contratualização: a partir do estabelecimento de objetivos específicos para atuação, os órgãos da administração pública podem firmar contratos com o poder público, estabelecendo, entre outras coisas, autonomia em sua área de atuação;

- descentralização: servidores e bens públicos podem ser realocados entre órgãos e entidades da administração; e, por fim,

- estabelece a possibilidade de formação de consórcios para a prestação de serviços públicos.

Segundo Pierantoni (2001), na área da saúde, dentre as soluções apresentadas para viabilizar a reforma do Estado brasileiro, apenas as relacionadas com a área de RH realmente apresentaram impacto, por introduzirem modificações substantivas e generalizadas nas relações de vínculo trabalhista, direitos e vantagens e carreiras do serviço público.

Com relação as OS's, o caráter polêmico da viabilidade técnica e jurídica da proposta impediu sua generalização. O que ocorreu foi a proliferação de soluções individualizadas que percorrem o espectro de total adesão ao modelo (como no

Estado da Bahia, como por exemplo) à adoção de formas de gestão existentes anteriormente (por exemplo, as fundações de apoio e a terceirização, esta sob um novo modelo). As soluções utilizadas até o momento para viabilizar a reforma do Estado não se têm apresentado como um caminho claro para a “eficiência” desejada no discurso (CHERCHIGLIA e DALLARI, 1999). Em alguns casos, como na área de RH, provocaram impactos negativos, agravando deficiências acumuladas durante anos ou a proliferação de formas alternativas de vínculos contratuais com as diferentes esferas públicas, em uma multiplicidade de modelos que necessitam de tempo para avaliação da efetividade de seus resultados tanto para a administração pública como para a prestação de serviços. O modelo de privatização acelerada do Estado encontra, hoje, questionamentos entre os seus principais formuladores.

A partir do final da década de 1990, o município, entre todas as esferas de governo, é aquele mais atingido pela crise das finanças públicas. Os acordos estabelecidos com o Fundo Monetário Internacional para o controle do déficit público e o conseqüente monitoramento do Governo Federal sobre as esferas estaduais e municipais determinaram significativa contenção de gastos (MARQUES e MENDES, 2002). Para tanto, foi instituída, em 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) com o objetivo de garantir as bases para uma gestão fiscal responsável a partir da institucionalização de um novo padrão de gestão das receitas e das despesas públicas. Foram criadas regras para gestão da receita e despesas públicas, fixados limites de gastos com pessoal em relação à receita corrente líquida para os três Poderes e para cada nível de governo, e limites para o endividamento público, exigindo-se a definição de metas fiscais anuais, dentre outros fatores (RIBEIRO, 2002).

A LRF causou impacto no desenvolvimento do PSF, de tal modo que o volume de recursos da fonte municipal, passível de ser destinada ao PSF, vem se tornando mais escasso. Em várias municipalidades o executivo colocou resistências à continuidade do Programa, dado que a LRF exige que as contratações das equipes sejam incluídas no limite das despesas com pessoal - 54% da receita corrente líquida do município (MARQUES E MENDES, 2003).

3.1 POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE E RELAÇÕES DE TRABALHO

No Brasil, as Políticas Públicas em Saúde orientam-se desde a promulgação da Constituição Federal Federativa do Brasil, em 1988, pelos princípios de **universalidade** e **eqüidade** no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de **descentralização** da gestão, de **integralidade** do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um Sistema Único de Saúde no território nacional. Isso pode ser traduzido em mudanças profundas no modo como se organiza e se produz saúde no Brasil.

As políticas em saúde fazem parte do conjunto de Políticas Públicas empregadas pelos Estados. Logo, quando nos referimos àquelas nos deslocamos para a área do campo de ação social do Estado, assim orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho.

Para Paim (2002), Política Pública em Saúde é a resposta social (ação ou omissão) de uma organização, como o Estado, diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Para o autor, as Políticas de Saúde abrangem questões relativas ao *poder* em saúde, bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e *programas*, dentre os quais, o PSF.

A área da saúde, inevitavelmente referida ao âmbito coletivo-público-social, tem passado historicamente por sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias decorrentes das distintas articulações entre sociedade e Estado que definem, em cada conjuntura, as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde (ROSEN, 1980). Conseqüentemente, as Políticas Públicas em Saúde têm passado por intensas alterações desde o início de sua construção até o seu formato atual, culminando em reformas legais, administrativo-financeiras e, também, de foco e paradigma de suas instituições, movimento desencadeado pela evolução das organizações, pelas transformações sociais, políticas, culturais e econômicas por que passaram o governo, a sociedade e a economia brasileira.

As bases doutrinárias dos discursos sociais sobre a saúde emergem na segunda metade do século XVIII, na Europa Ocidental, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos

(ROSEN, 1980). A década de 1960 foi marcada pelo debate sobre a saúde pública e o desenvolvimento econômico e social, ampliando-se nos anos de 1970 para um novo foco: a discussão sobre a extensão da cobertura dos serviços. É o reconhecimento, em outros termos, do direito à saúde e da responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde que possibilitou o estabelecimento do célebre lema: *Saúde para Todos no Ano 2000* (PAIM e FILHO, 2000. p.02).

Nesse contexto, buscava-se incorporar os avanços tecnológicos da medicina e da Saúde Pública a custos compatíveis, na expectativa de que para isso seria suficiente definir políticas, estratégicas, prioridades e modelos de atenção, gestão e organização de serviços capazes de alcançar as metas previstas. No entanto, enquanto a estratégia de atenção primária à saúde se difundiu a partir da Conferência de Alma Ata (URSS, 1978), os centros hegemônicos da economia mundial revalorizavam o mercado como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos e questionaram a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento das necessidades sociais, inclusive os que concernem o direito à saúde.

A nova ordem mundial, que se instaurou na década de 1980, inspirada no neoliberalismo, acarreta uma marcante fragilização dos esforços para enfrentamento coletivo dos problemas de saúde nos países de economia capitalista dependente. A opção pelo Estado mínimo e o corte nos gastos públicos como resposta à chamada ‘crise fiscal’ muito comprometeu o âmbito institucional conhecido como Saúde Pública: “*Constata-se então uma crise da Saúde Pública percebida de modo diferente pelos distintos sujeitos atuantes neste campo social*” (PAIM e FILHO, 2000, p.12-13). Para um melhor entendimento da experiência do município de Porto Alegre na gestão das relações de trabalho no contexto do PSF, faremos a seguir uma retrospectiva histórica situando a sua criação no âmbito da história do SUS pela Carta Constitucional de 1988.

O Programa Saúde da Família, Política Pública em destaque, emerge em um contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde², decorrentes da

² De 1995 a 2005, os gastos do Governo Federal com saúde passaram de R\$ 28,7 bilhões para R\$ 35,9 bilhões e os com educação de R\$ 15,2 bilhões para R\$ 17,4 bilhões, já descontados os efeitos da inflação, mas caíram em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). No caso da saúde, a redução foi

implementação de medidas de ajuste estrutural prescritas pelas agências multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, que valorizam a eficiência e a eficácia em detrimento da equidade mediante políticas de ajuste macroeconômico e, no setor saúde, através da focalização e da cesta básica de serviços. (PAIM e FILHO, 2000).

O Programa foi normatizado e adotado como política de intervenção assistencial pelo Ministério da Saúde, em 1994. Todavia é oportuno lembrar que a origem do Programa Saúde da Família (PSF) remonta ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1991. Naquele momento, o foco das ações programáticas de saúde era a família e não mais o indivíduo, quando, então, foi introduzida a noção de área de cobertura por família.

Pensar as ações, com o foco na família, decorreu no caso brasileiro, de experiências em saúde realizado com agentes comunitários e que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do País, em particular nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, constituindo-se, no âmbito deste, como uma política estadual. O PACS é, portanto, um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes por ele introduzidas e que se relaciona diretamente com o seu sucessor é que, pela primeira vez, nas práticas em saúde no Brasil, há um enfoque na família e não mais no indivíduo.

Um dos objetivos do PACS era contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e vulneráveis. Em decorrência da experiência acumulada pelo estado do Ceará com o PACS ali implantado, o Ministério da Saúde percebeu que os agentes poderiam contribuir significativamente para a organização do serviço básico de saúde em nível municipal. Neste sentido, duas questões tornaram-se relevantes no processo de implantação do PACS, respectivamente:

- a) escolha do agente (envolvendo questões como processo seletivo, capacitação, avaliação, etc.); e

- b) as condições institucionais da gestão da saúde em nível local (grau de participação dos usuários; formação dos conselhos de saúde; grau de autonomia da gestão financeira; recursos humanos disponíveis; capacidade instalada disponível, etc.).

Neste momento, a adesão do município ao PACS passou a exigir certos requisitos, como o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, a existência de uma unidade básica de referência do Programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e a existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do Programa. É possível aferir que, até este momento, os profissionais atuando no PACS eram os agentes, passando posteriormente à necessidade de se contratar profissionais ou deslocá-los de outros setores, assegurando o funcionamento do referido Programa. A idéia do MS era transformar o PACS em um instrumento de (re)organização dos modelos locais de saúde. Esse processo foi consolidado em março de 1994, quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operados pelo SUS (VIANA *et al.*, 2005).

O Programa de Saúde da Família, subsidiário do PACS, foi concebido enquanto tal, nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, em reunião para tratar do tema, convocada pelo Gabinete do Ministro da Saúde, na época chefiado por Dr. Henrique Santillo. Participaram dessa reunião: técnicos do Ministério da Saúde; secretarias estaduais; secretários municipais de Saúde; consultores internacionais e especialistas em atenção primária (VIANA *et al.*, 2005). A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta de Atenção Básica, vinculada à iniciativa do êxito do PACS, de um lado e, de outro, na necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não viessem a atuar forma isolada.

Outro referencial importante para essa reunião foi a experiência do município de Niterói/RJ com o Programa Médico de Família. Dessa maneira, ao final da reunião e referenciando aos elementos em destaque, foi constituída a proposta do Programa de Saúde da Família. A Fundação Nacional de Saúde, por meio do Departamento de Operações, e mais particularmente a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), responsável por sua viabilização. Esta coordenação agregava três Programas: o de Agentes Comunitários, o da Saúde da Família e o de Interiorização do SUS. O primeiro documento do Programa data de setembro de

1994 (BRASIL, 1994). A concepção do Programa, segundo esse documento, é de constituir-lo em um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização da saúde, definindo que sua implantação ocorreria, prioritariamente, nas áreas de risco. O *Mapa da Fome*, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) foi utilizado, à época, como critério para a seleção das áreas de risco (PELLIANO, 1993; VIANA *et al.*; POZ, 2005).

Nesse período, o mecanismo de financiamento para o Programa se estabeleceu com base em um convênio firmado entre Ministério da Saúde, estados e municípios, com exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios (áreas citadas pelo *Mapa da Fome*), obedecendo aos seguintes fatores: interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal.

Em 1995, durante o Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, o então Ministro Adib Jatene transferiu o Programa da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Essa ação, conforme Viana *et al.* (2005), atribuiu maior importância ao mesmo dentro do Ministério da Saúde, pois lhe conferiu um outro tipo de institucionalização. Ou seja, a partir do momento em que o PSF foi transferido para a SAS, começaram as discussões para que a remuneração dos envolvidos ocorresse com base na tabela de procedimentos do SIA-SUS. Essa preposição se concretizou nos primeiros dias de janeiro de 1996, quando os temas discutidos referiam-se às formas de remuneração do PSF.

O PSF começa, então, a perder o caráter de programa e passa a ser um (re)estruturador dos serviços, isto é, passa a ser (mais) claramente um instrumento de (re)organização ou de (re)estruturação do SUS, porque se deseja que este sirva como exemplo de um novo tipo de assistência em saúde, distinto do modelo dominante, conforme prescrevem o documento oficial do Programa de março de 1996 e a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.

A partir de 1996 coexistem, portanto, dois modelos de assistência no SUS: o tradicional, centrado no indivíduo, e o da família, este último associado ao PACS, com remuneração diferenciada para, deste modo, pressionar sua expansão e sua adoção, de forma exclusiva, nas áreas de maior risco e junto às populações mais carentes. Assinala-se que, a partir de 1996, o PSF começa a ter melhor integração com o PACS, o que aponta para uma fusão dos dois Programas, pois suas operações podiam ser combinadas, já que a Equipe de Saúde da Família

(ESF) inclui o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB-96) pelo Ministério da Saúde, foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB), que previa remuneração *per capita* para que os municípios desenvolvessem ações básicas de saúde (parte fixa do PAB). Esse tipo de incentivo ocasionou uma rápida expansão do Programa, muitas vezes sem a menor possibilidade de ser mantido sem esse repasse.

Para se ter uma idéia mais clara a esse respeito, dados do Ministério da Saúde (2006) apontam que o número de ESF's aumentou de 328, em 1994, para cerca de 16.698, em 2002, ou seja, um crescimento de 4.990% em oito anos. Em 2002, o PSF estava presente em 4.266 municípios da Federação, prestando assistência integral a 56 milhões de brasileiros. Contudo, apesar do crescimento dos incentivos financeiros à Atenção Básica, em especial, ao PSF - através do PAB Variável e/ou de todos os recursos estaduais repassados -, o município ainda é responsável por 70% dos recursos despendidos nesse programa (MARQUES e MENDES, 2002).

Quanto à estrutura do PSF, desde a sua criação, cada uma das ESF's é formada basicamente por um médico generalista, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, devendo cobrir uma área de 4.500 habitantes, e referenciar-se a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). É por meio da ESF que ocorre a definição de território de abrangência, e cada equipe é responsável por uma área de residência de 600 a 1.000 famílias.

No que se refere especificamente ao provimento de pessoal na administração pública, permanecem, no âmbito desse estudo, algumas indagações que merecem destaque. Uma delas refere-se à prática da terceirização no setor público, mais precisamente na área da saúde, ou seja, quais vínculos podem ser estabelecidos entre a terceirização de serviços na administração pública, configuradamente presentes na Reforma do Aparelho do Estado e na Lei de Responsabilidade Fiscal, com o que vem ocorrendo, nas últimas décadas, no bojo das organizações capitalistas, ou seja, no contexto capitalista de produção.

3.2 A CONTRATAÇÃO E A REMUNERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA O PSF

Conforme Queiroz (1998), a terceirização é o processo pelo qual a empresa, visando alcançar maior qualidade, produtividade e redução de custos, repassa a uma outra empresa um determinado serviço ou a produção de um determinado bem. Determinada atividade deixa, assim, de ser desenvolvida pelos trabalhadores de uma empresa “A” e é transferida para outra empresa “B”, então, chamada ‘terceira’.

Desde 1999 o modelo de terceirização através das Organizações Sociais aparece dentro do contexto da reforma neoliberal do Estado. O objetivo declarado no Plano Diretor da Reforma do Estado é o de obter maior eficiência e qualidade na prestação de serviços não exclusivos do Estado, pela sua transferência ao setor público não-estatal, isto é, pela transferência desses serviços à entidade de direito privado, sem fins lucrativos, com a correspondente transferência de patrimônio público, recursos humanos e dotação orçamentária. No caso da saúde, o Gestor do SUS, passa a “comprar” as ações e serviços correspondentes, produzidos pelas instituições habilitadas como OS’s (MPF, 2007).

Segundo o Ministério Público Federal (2007), o modelo busca obter maior autonomia na execução dos serviços. Conseqüentemente, implica em uma tentativa de redução dos controles típicos sobre a Administração Pública. Em substituição, haveria um maior controle finalístico, através de contratos de gestão, com uma maior responsabilidade dos dirigentes de tais organizações (MPF, 2007).

Para o Juiz do trabalho José Luis Souto Maior, os autores que defendem a terceirização no setor público, argumentando que se trata da modernização do setor público, não têm a mínima idéia do que representa a terceirização no contexto da produção capitalista ou, tendo, assumem o risco de trazer tal perversidade para o âmbito público. Para Souto Maior (2006, p. 01):

a lógica da terceirização nada tem a ver com as exigências do serviço público, a não ser que se queira ver no Estado um produtor de riquezas a partir da exploração do trabalho alheio, sendo estes, os “alheios”, exatamente os membros da sociedade a que ele se destina a organizar e proteger.

Segundo o Art. 37 e seus incisos I e II da Constituição Federal afirmam:

A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios **obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade,**

moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: I - os cargos, empregos e funções públicas são acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, assim como aos estrangeiros, na forma da lei; II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvada as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (grifos nossos).

Como é possível observar na citação acima, a Constituição tem expressamente, fixado os requisitos antes mencionados, para a execução de serviços públicos: impessoalidade; publicidade; moralidade; acesso amplo; por concurso público, ou seja, um conjunto de medidas destinadas a evitar os defeitos por demais conhecidos do favorecimento, do nepotismo e da promiscuidade entre o público e camadas privilegiados do setor privado.

Em vista disso, refere Souto Maior (2006), não há em nosso ordenamento constitucional, a remota possibilidade de que as tarefas que façam parte da dinâmica administrativa do ente público sejam executadas por trabalhadores contratados por uma empresa interposta. A chamada terceirização, que nada mais é que uma colocação da força de trabalho de algumas pessoas a serviço de outras, por intermédio de um terceiro, ou seja, uma subcontratação da mão-de-obra, na esfera da Administração Pública, trata-se, portanto, de uma prática inconstitucional.

Apesar do exposto, a prática da terceirização é uma realidade brasileira e a área da saúde não está à margem deste fato. As pressões, advindas do aumento dos custos na saúde acima das taxas de inflação e a necessidade de eficiência num ambiente competitivo têm propiciado um campo fértil para a terceirização na referida área. A tendência atual de terceirização da contratação de trabalho para a saúde vai além dos serviços gerais de limpeza, vigilância, alimentação, manutenções já tradicionais, e atinge, também, os serviços profissionais e técnicos de saúde (CHERCHIGLIA, 1998)

É importante registrar que a participação do setor privado, em caráter complementar, na realização de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) está previsto na própria Constituição. O Artigo 197 da Constituição Federal permite que a execução das ações e serviços de saúde seja feita tanto diretamente pelo Poder Público, como mediante contratação de terceiros, inclusive pessoa física ou jurídica de direito privado, remunerado pelos cofres públicos. O § 1º do Artigo 199 dispõe que “*as instituições privadas poderão participar de forma complementar do*

Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Assim, os serviços podem ser delegados ao particular, como forma de atender à determinação institucional da descentralização das ações e serviços de saúde.

Entretanto, essa delegação, conforme referido será feita de forma complementar ao sistema de saúde governamental, o que afasta a possibilidade de que o contrato tenha por objeto o próprio serviço de saúde, como um todo, ou seja, o que não poderia ser delegada é a gestão total do serviço de saúde ao particular. Por exemplo, não é permitido ao Poder Público transferir a uma instituição privada toda a administração e execução de atividades de saúde prestadas por um hospital público ou por um centro de saúde. O que é possível é a execução material de determinadas atividades como as de hemocentros, exames, consultas, serviços laboratoriais, internações hospitalares, de imagem, mas não a sua gestão operacional. Os Artigos 24 e 26 da Lei nº 8080/90 referem que a participação complementar será feita quando não houver disponibilidade do SUS para a cobertura.

A terceirização na área da saúde se configura, na verdade, como um contrato administrativo, por meio do qual os Municípios contratam entidades/associações civis para prestarem serviços na área de saúde, devendo, para tanto, obedecer rigorosamente o disposto na Lei n.º 666/93, inclusive no que diz respeito à realização de licitação. Ocorre que a terceirização, conforme acima referido, não é possível no âmbito da administração pública, pelo que sequer devem ser seguidas as disposições da Lei n.º 8.666/93, já que à luz da literalidade do Art. 3º da CLT, constituem objeto da relação de emprego os serviços não-eventuais, sejam eles essenciais ou de apoio. Na legislação brasileira há permissivo expresso para a terceirização dos serviços especializados de vigilância, guarda e transporte de valores, conforme Lei nº 7.102/83 e, implícito, para os serviços de asseios e conservação. Por seu caráter, estes poderão ser objeto de contrato com empresa especializada, incorporada ao 5º Grupo—Turismo e Hospitalidade da Confederação Nacional do Consórcio.

No entanto, os contratos de prestação de serviços muitas vezes vêm sendo utilizados exclusivamente como contratos de fornecimento de mão-de-obra (CARVALHO, 2006 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Para Cherchiglia (1998), não

há, de fato, uma prestação de serviços por parte da empresa contratada, já que ela se limita, na realidade, a fornecer mão-de-obra para os órgãos de saúde. O que ocorre então é que as pessoas são contratadas para atuarem em diversas funções nos serviços de saúde, sem concurso público, cujo lastro abrange desde assessorias especializadas às temporárias. Os profissionais são contratados para exercerem, permanentemente, atividade na rede de saúde ou na administração central, incluso agentes sem qualquer qualificação específica.

Esses contratos de trabalho, por tempo determinado, têm se caracterizado pela diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, por menores salários, por ausência de benefícios e por níveis mais altos de rotatividade (CHERCHIGLIA *et al.*,1998). O que se observa é que esse tipo de contrato tem permitido maior flexibilidade na gestão da força de trabalho, e que o grau de precarização deste tem variado conforme a capacidade de fazer pressão ou o poder do sindicato de classe em negociar salários, benefícios e direitos trabalhistas e previdenciários.

Uma das implicações apontadas por Cherchiglia (1998), e que vai além do impacto gerencial, diz respeito ao processo de precarização do trabalho que, para o setor saúde, reveste-se de dupla face: de um lado, os próprios serviços de saúde são produtores dessa precarização, ou seja, contribuem para o aumento da desigualdade, exclusão e injustiça social e, também, para o aumento de patologias típicas do trabalho; e, por outro, o trabalhador tem que responder ao incremento da demanda provocado pela exclusão social e doenças ocupacionais. Segundo Cherchiglia (1998), os processos de terceirização no setor público de saúde têm ocorrido muitas vezes na fronteira da legalidade. Ou seja,

a terceirização estaria intrinsecamente ligada à precarização do trabalho, pois tem acarretado: menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos (assistência médico-odontológica, lazer, alimentação, moradia, transporte) e níveis mais altos de rotatividade. Um ponto destacado pelos sindicalistas, é que a terceirização tem provocado fragmentação e desmobilização dos trabalhadores, com perda de poder de barganha dos sindicatos: as negociações perdem seu caráter coletivo para tornarem-se localizadas e até mesmo individualizadas. Outro ponto lembrado é o ritmo acelerado de trabalho e o excesso de horas extras que estariam associados ao aumento do estresse ocupacional, de psicopatologias que se manifestam através do trabalho (depressão, alienação, angústia) e de patologias ao nível fisiológico (úlceras, obesidade, hipertensão arterial, Lesões por Esforço Repetitivo-LER, doenças ocupacionais (CHERCHIGLIA, 1988, p.16).

O PSF utiliza, conforme já foi mencionado, mão-de-obra terceirizada. Nesse sentido, alguns municípios ao assinarem o contrato de adesão ao Programa com o MS firmaram contratos e convênios com entidades civis e estas passam a geri-lo. Com a assinatura do contrato ou convênio, o Município, ao fim de cada mês, efetua o pagamento da quantia previamente ajustada. Em linhas gerais, essa prática se dá da seguinte forma: os Municípios repassavam recursos financeiros às entidades civis e estas contratam mão-de-obra e prestam todos os serviços necessários ao Programa.

É importante referir, mais uma vez, que, nos termos das Portarias n.º 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997 e n.º 648/GM, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde, a contratação e remuneração dos profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família compete aos Municípios. Dantas (2007) argumenta que a "terceirização" efetuada é manifestamente ilegal, tendo em vista que o PSF é um programa do Governo Federal, cuja execução foi descentralizada por este mediante convênios celebrados com os Estados e os municípios brasileiros. Assim, declara o autor, não é possível a descentralização de algo que já havia sido descentralizado anteriormente. Se fosse para descentralizar a execução do PSF para entidades civis, a União assim o teria feito.

Ora, tendo em vista que a descentralização da execução de programas e projetos mediante convênios só é permitida/possível com entes que possuem condições para a consecução do seu objeto, presumimos que os municípios que terceirizaram o PSF não atendem a esse requisito, na medida em que optaram por descentralizar a execução do Programa. E isso, por si só, torna inválido e sem efeito o ajuste firmado com a União e o Estado respectivo, além de configurar, em tese, ato de improbidade administrativa (DANTAS, 2007).

Assim, no tocante à administração pública, é possível concluir que restam violados os princípios da legalidade, da moralidade, da impessoalidade, bem como as disposições da Lei n.º 8.666/93, da IN n.º 1/1997 da STN, da Portaria n.º 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, do Ministério da Saúde, entre outras normas legais.

Podemos inferir, por fim, que há uma manifesta violação aos princípios e preceitos legais e constitucionais aplicáveis à administração pública, especialmente no que diz respeito ao concurso público. Diante disso, o instrumento jurídico (convênio ou contrato) de terceirização da execução do PSF é nulo de pleno direito,

configurando manifesta ilegalidade, além de ser usado como fundamento para outra prática ilegal: contratação de mão-de-obra pelo Poder Público, por meio de entidade civil interposta, com o intuito de fraudar direitos trabalhistas, o que é vetado pelo Art. 9º da CLT (DANTAS, 2007).

Art. 9º - Serão nulos de pleno direito os atos praticados com o objetivo de desvirtuar, impedir ou fraudar a aplicação dos preceitos contidos na presente Consolidação.

Entendendo que o legal, sendo ferido, traz profundas implicações profundas para o campo da ética e o seu lugar na política, como campo da *práxis*, uma reflexão sobre este vínculo será explorado a seguir.

4 ÉTICA E POLÍTICA, NÓ GÓRDIO NA CONCRETIZAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE

No mito da criação do homem, cantado por Protágoras no diálogo de Platão, Hermes perguntou a Zeus se deveria distribuir entre os homens o dom da arte política. A resposta de Zeus foi categórica: todos os homens, sem distinção, haviam de possuir a arte da política, pois, caso contrário, se apenas alguns fossem nela instruídos, não haveria harmonia social, e a espécie humana acabaria por desaparecer da face da terra. Este célebre mito ilustra, maravilhosamente, a realidade sistêmica da estrutura social: a ligação da técnica com o ideário e as instituições políticas e, em particular o papel eminente da ética como elemento de preservação da vida na face da terra e a política como ciência da práxis (COMPARATO, 2006).

A ética e a política nascem no Ocidente, com os gregos, e são definidas como ciências da prática - *práxis* – isto é, saberes que só existem em consequência de nossa ação. Eles se caracterizam, anota Chaui (2004), pelo fato do agente da ação, os meios da ação e a finalidade da ação - que é o próprio homem, ou voltado para o próprio homem - serem indissociáveis, ou seja, diferentes, mas interdependentes.

Na visão dos gregos, conforme declara Aristóteles (1988), a ética e a política articulam-se na medida em que, na Natureza, o cosmos era concebido como finito, onde cada ser, incluindo os homens, tinha seu lugar hierarquicamente determinado. O homem é por sua vez entendido como um ser racional e autônomo. A conduta humana é racionalmente definida segundo os valores do bem, justo e belo, tidos como universais e integrantes desse universo e, era ética, virtuosa quando tinha por finalidade a realização daqueles valores. A *polis* expressava, na ordem das coisas, a estrutura racional do cosmos e, nesse sentido, o indivíduo, a coletividade e o universo constituíam um todo integrado. A política tinha como finalidade à realização da justiça e da felicidade na *polis*. Ambas, conduta humana virtuosa e valores coletivos, só poderiam realizar-se na convivência, na realização harmoniosa da ordem universal (ARISTÓTELES, 1988).

Marilena Chaui (1992) no livro 'Público, privado, despotismo' discute as relações, na modernidade, entre ética e política, localizando a primeira como sendo pertencente ao espaço da vida privada sob a forma de comportamento virtuoso, e a

segunda, ao espaço da vida pública sob o modo das virtudes cívicas. Na *polis* grega, a virtude era concebida como

Força interior do caráter, que consiste na consciência do bem e na conduta definida pela vontade guiada pela razão, pois cabe a esta última o controle sobre instintos e impulsos irracionais descontrolados que existem na natureza de todo ser humano (CHAUI, 1997, p. 342).

Para a autora, quando os gregos pensavam na política, eles entendiam algo que eles próprios inventaram. Estes inventaram a política porque instituíram práticas segundo as quais as decisões eram tomadas a partir de discussões e de debates públicos; porque estabeleceram instituições públicas; e, sobretudo, porque criaram a idéia da lei e da justiça como vontade coletiva pública. Portanto, a condição da política é de que não haja despotismo.

Nas sociedades orientais e não-gregas, o poder e o governo eram exercidos como autoridade absoluta da vontade pessoal e arbitrária de um homem só ou de um pequeno grupo de homens que decidiam sobre tudo, sem consultar a ninguém e sem justificar suas decisões para ninguém (CHAUI, 1997, p. 31).

Mas o início do Cristianismo criou um problema para o campo da política, pois o espaço público, lugar onde, para os antigos, a ética melhor se realizava, foi recusado. Segundo Chaui (1997), o poder no mundo medieval/cristão/teológico político está na figura do governante, e este espaço do poder é um espaço privado. E a ética é a ética da pessoa do governante; este deve ser educado para as virtudes. A natureza do poder teológico-político era de tal ordem que seu corpo constitui o corpo público e as relações públicas de poder se dão na forma de uma relação privada, isto é, através de favores entre o rei e seus vassalos e entre esse e seus dependentes. O governante é o “espelho” da comunidade; seus súditos devem imitá-lo (CHAUI, 1997).

É essa esfera que a modernidade vai constituir, a partir da queda do Antigo Regime, da queda da Monarquia do direito divino, da desmontagem do poder teológico político e do ressurgimento da idéia de república: primeiro a república oligárquica, depois a república representativa, depois a república democrática, logo em seguida se reconfigura o campo público da política (CHAUI, 1997).

Nesse contexto, segundo a autora, a esfera da sociedade civil, que é onde os indivíduos existem, pertence à esfera privada, e o Estado à esfera pública. Mas este surge a partir da sociedade civil com objetivo de regulamentá-la e comandá-la. Ou seja, a base do Estado no mundo moderno são relações privadas do mercado,

baseadas, por exemplo, na lógica da competição. A sociedade moderna ao criar a sociedade civil, como o mercado dos contratos de trabalho, das produções de mercadorias e da acumulação do capital e da propriedade privada, fez com que a esfera pública (esfera social) fosse uma esfera privada (esfera dos proprietários privados). Assim, a separação que diz que, na esfera pública tem-se a lógica política e na esfera privada tem-se a lógica ética, se complica, pois temos uma esfera pública na qual os elementos da vida privada estão presentes.

Para Chauí (1997), existem pelo menos dois motivos para essa enorme dificuldade que existe no mundo moderno e no nosso mundo contemporâneo para separar o público do privado e deixar a ética em um lugar e a política em outro. A primeira dificuldade refere-se ao homem, pois este é diferente de todas as outras coisas que existem na Natureza. Nesta não há o acaso, não existe jogo e não existe liberdade. Ao contrário, a marca dos seres humanos é a liberdade. Estes não agem segundo as relações de causa e efeito, eles agem por deliberação, por escolha, por decisão e por liberdade. Os homens agem escolhendo os fins das ações que realizam, das práticas e comportamentos. Portanto, o reino humano é diferente do resto da natureza (CHAUI, 1997). Essa separação entre a natureza e os humanos se dá com base em um critério fundamental para ética: **a liberdade e a finalidade**. Se a política opera com base no critério da liberdade, da justiça e das finalidades humanas, há, na raiz da política, um valor que é ético. Esse valor pode ser chamado de: liberdade, justiça, ou responsabilidade. Portanto, ao mesmo tempo, em que há todo um trabalho para separar a ética da política, há toda uma elaboração teórica de separação entre o homem e a natureza que coloca para a ética e para a política os mesmos fundamentos.

O aparecimento desse fundamento comum entre a ética e a política, que é a liberdade, vai introduzir um complicador. Este complicador é um complicador para a ética, para a política e para relação entre elas. Ao afirmar que todos os homens são livres, estamos afirmando simultaneamente, que por causa disso, todos somos iguais. A igualdade deles é a feita por uma divisão social, entre os desiguais. E esta desigualdade ferindo, portanto, a liberdade e ferindo a igualdade, introduz para a ética e para a política o problema da violência, ou seja, a desigualdade real faz com que falar da liberdade como o critério da vida ética, torna a ética uma coisa irreal, visto que, a igualdade pela qual ela iria funcionar não existe, e torna a política

incapaz de realizar a liberdade. “Entenderemos por violência todo ato pelo qual o ser humano é tratado desprovido da sua humanidade” (CHAUI, 1997, p. 6).

Nesse sentido, conforme Chaui (1997, p350-3555), há pelo menos três critérios pelos quais a ética e a política se relacionam, sendo uma subsídio para a outra.

Subsídio da ética para a política, primeiro critério. A relação entre meios e fins na ética é uma relação na qual não há exercício da violência. Pois tratar um ser humano como um sujeito e não como um objeto é tratá-lo eticamente. Se a política na esfera pública for capaz de tratar os fins políticos através de meios não violentos, teremos uma política ética. O segundo critério: embora a ética se realize no campo da vida privada, o que a ética busca nessa esfera que lhe é própria, é a idéia de que nenhuma autoridade é legítima, se ela for despótica e arbitraria. Nesse caso, é a política que ajuda a ética. Na medida em que o próprio da esfera pública é afastar a autoridade despótica, isto é, aquela autoridade que se exerce como uma vontade pessoal, arbitraria acima de todas as outras. E o terceiro, é o critério que vale tanto para a ética como para a política, que é a redefinição da idéia de liberdade, pois se ao invés de pensarmos a liberdade como o direito de escolha, e passarmos a pensar a liberdade como a capacidade de criar o possível, de inventar o novo, se a liberdade for pensada dessa forma a relação entre a ética e política pode se dar como criação histórica, na esfera privada e na esfera pública.

Para Chaui (1997), a compatibilidade entre a ética e a política só pode ocorrer quando o campo da política permite o tratamento dos conflitos e quando o campo da ética permite a divulgação dos seus princípios. É a possibilidade de dar à ética um conteúdo público e de dar à política um conteúdo moral que ocorre na democracia. Para os gregos a ética só se realiza na política e por política eles entendiam a democracia.

Estou convencida de que há uma única forma da política compatível com a ética, e uma única modalidade da ética compatível com a política, essa forma política é a democracia e essa forma ética é a liberdade através dos direitos. Como a democracia é o campo de criação dos direitos, e como a ética é a afirmação de direitos, através do direito fundamental (direito à vida e à liberdade) (CHAUI, 1997, p.363).

A concretização da Democracia, no caso brasileiro, se fundamenta nos princípios e normas da Constituição Federal - donde a noção de Estado Democrático de Direito e Social - instituída em 1988, que afirma em seu preâmbulo:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias,

promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

4.1 POLÍTICA PÚBLICA E ÉTICA DA RESPONSABILIDADE: A (RE)LLIGAÇÃO NECESSÁRIA

A ética filosófica surge na Grécia como reflexão sobre o comportamento humano, considerado em seu duplo aspecto subjetivo e objetivo. Ao elemento subjetivo corresponde a noção de *êthos*, ou seja, a maneira de ser ou os hábitos de uma pessoa, ao elemento objetivo, a noção de *ethos*, isto é, os usos e costumes de uma coletividade (COMPARATO, 2006).

Para a manutenção da boa convivência social, o homem desenvolveu alguns conceitos, dentre os quais a ética, visando a harmonizar interesses individuais e coletivos. A ética é a intenção de uma vida realizada sob o signo das ações estimadas boas, é o cuidado consigo e com o outro para que possamos viver bem (VALLS, 1994). O agir humano considerado em si mesmo constitui o objeto da ética. O seu objeto é o estudo do supremo bem a que podem aspirar os homens, isto é, a felicidade. A filosofia ética procura pois saber, em primeiro lugar, em que consiste a felicidade; em segundo lugar, qual a forma de organização política que assegure a felicidade geral. No pensamento grego, de modo geral, não existe separação admissível entre a vida ética do cidadão e a organização ética da vida política, dado que a virtude nada mais é do que a lei interiorizada, e a lei, a virtude objetivada (COMPARATO, 2006).

De acordo com Vázquez (1999, p. 23), “a ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade”. Ou seja, ela estuda uma forma de comportamento que os homens julgam valioso e, além disto, obrigatório e inescapável para a convivência. A ética refere-se a valores, princípios e normas que servem de base para o comportamento humano; fala do que é certo, correto e justo, e na responsabilidade dos indivíduos por seus atos, com a finalidade última de que vivamos bem em sociedade. Implica opção individual, escolha ativa. Requer a adesão íntima da pessoa aos valores, princípios e às normas morais. Visa à interioridade do ser humano, solicita convicções próprias que não podem ser impostas de fontes exteriores aos indivíduos.

Mas o agir eticamente não implica, apenas, uma harmonia entre razão e sentimento. Ele exige também, de parte do agente, aquilo que Kant chamou de virtude por dever, ou seja, uma vontade moralmente boa. Quem age de acordo com os princípios éticos não se satisfaz em apenas compreender o que é justo ou injusto, mas procura, em qualquer circunstância, por meio da sua ação ou decisão, realizar a justiça e evitar a injustiça (COMPARATO, 2006).

Por conseguinte, qualquer ação humana que tenha algum reflexo sobre as pessoas e seu ambiente deve implicar o reconhecimento de valores e uma avaliação de como estas poderão ser afetadas. O primeiro desses valores é a própria pessoa, com as peculiaridades que são inerentes à sua natureza, inclusive suas necessidades materiais, psíquicas e espirituais. Ignorar essa valoração ao praticar atos que produzam algum efeito sobre a pessoa humana, seja diretamente sobre ela ou através de modificações do meio em que existe, é reduzir a pessoa à condição de coisa, retirando dela sua dignidade. Isto vale tanto para as ações de atividades que afetem a natureza, para empreendimentos econômicos, para ações individuais ou coletivas, como também para ações do governo, tais como a implantação de uma política pública na área da saúde (DALLARI, 1998).

Na história moderna, há uma extensão da consciência ética a toda humanidade, ultrapassando as fronteiras culturais de cada civilização particular. É o que se vê, com clareza, em matéria de direitos humanos. As primeiras manifestações de consciência da igualdade essencial do homem surgiram no chamado período axial da história. Essa semente, lançada concomitantemente em várias civilizações, que não mantinham entre si nenhuma espécie de comunicação, só começam a germinar durante os séculos XVII e XVIII na Europa Ocidental, com as diferentes declarações de direito civis e políticos. Mas, a partir da segunda metade do século XIX, o sistema de direito humano desenvolveu-se aceleradamente, abrangendo novos setores da convivência social e expandindo-se. Foram sucessivamente reconhecidos, direitos econômicos, sociais e culturais: direitos dos povos e, por fim, ao se encerrar o século XX, direitos da humanidade.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, editada pela ONU em 1948, tanto quanto os Pactos de Direitos Humanos que ela aprovou em 1966 proclamam a existência de uma dignidade essencial e intrínseca, inerente à condição humana. Portanto, a vida humana é mais do que a simples sobrevivência física, é a vida com dignidade, sendo esse o alcance da exigência ética de respeito à vida.

Para Kant, a dignidade da pessoa consiste não apenas em ser ela a sua própria finalidade, mas também no fato de que só o homem, pela sua vontade racional, é capaz de viver com autonomia, isto é, guiar-se pelas normas que ele próprio edita. Tal equivale a dizer que só o ser humano é dotado de liberdade, e por conseguinte, de responsabilidade; isto é, só ele é capaz de escolher conscientemente as finalidades de suas ações, finalidades que podem se revelar boas ou más para si e para outrem, devendo, portanto, o agente responder perante os demais pelas conseqüências de seus atos. Em outras palavras, só o homem, como Aristóteles já havia assinalado, é pela sua própria essência, um ser ético, que tem consciência do bem e do mal, capaz das maiores crueldades e vilanias, assim como dos gestos mais heróicos e sublimes (COMPARATO, 2006).

As doutrinas éticas nascem e se desenvolvem, assim, em diferentes épocas e sociedades como respostas aos problemas básicos apresentados pelas relações entre os homens e, em particular, pelo seu comportamento moral efetivo. Esta idéia é corroborada por Garrafa (2007. p 02), quando afirma:

Nos dias atuais, não é mais possível continuar considerando os preceitos e os valores como variáveis de derivação exclusivamente emotiva ou individual; ou como se usava dizer antigamente, de "índole supra-estrutural". As questões éticas em praticamente todos os campos de atividade humana adquiriram conotação pública, deixando de constituir uma questão de consciência individual a ser resolvida na esfera privada e de foro exclusivamente íntimo.

Uma das vertentes contemporâneas da ética é a teleológica, denominada por ética da responsabilidade na concepção de Max Weber. Esta se chama "teleológica (de *telos*, em grego, fim) quando a obrigatoriedade de uma ação deriva unicamente de suas conseqüências" (VÁZQUEZ, 2000, p. 189). Weber insurgiu-se contra a ética do dever acima de tudo sem a menor consideração concreta das conseqüências previsíveis dos atos praticados. Ele estabeleceu, a esse respeito, uma distinção bem marcada entre, de um lado a ética de convicção ou de sentimento e, de outro, a ética de responsabilidade.

Na primeira concepção, conforme Weber, o que conta como justificativa é exclusivamente a boa intenção do agente, ou seja, o fato de que ele teve, ao agir, aquela vontade moralmente boa, a vontade movida pela virtude, a qual, para Kant, deve ser tida como uma finalidade, em si mesma, das ações humanas. Nessa perspectiva, não se põe a menor preocupação com os efeitos dos atos praticados,

ou das decisões tomadas em obediência ao dever ético. Parte-se do postulado de que o bem só pode advir do bem e o mal do mal. Nenhuma possibilidade de mistura entre o bem e o mal é moralmente aceitável (COMPARATO, 2006).

Já na segunda concepção de ética, o agente não deve desinteressar-se pelos efeitos concretos das suas ações, ou de suas decisões, sob o pretexto de que só lhe cabe, moralmente falando, cumprir seu dever, ou agir com uma reta intenção. Se ele pode razoavelmente prever, com base na razão ou na experiência, que determinada política, ainda que ditada pelos preceitos morais, produzirá conseqüências nefastas, e não obstante ele a segue, manifesta com isso total irresponsabilidade. (COMPARATO, 2006)

Segundo a argumentação de Weber (1984, p.113) “a atitude de quem se orienta pela ética da responsabilidade (teleológica) segue a máxima que diz: Devemos responder pelas previsíveis conseqüências de nossos atos”. Tal preceito é assim retomado por Srour (2000, p. 54):

A ética da responsabilidade (teleológica) analisa as situações concretas e antecipa as repercussões que uma decisão pode provocar. Dentre as opções que se apresentam, aquela que presumivelmente traz benefícios maiores à coletividade acaba adotada. Ou seja, ganha legitimidade a ação que produz um bem maior ou evita um mal maior.

A política, para Weber, é o terreno por excelência no qual deve imperar a “ética da responsabilidade”, sem a menor concessão à “ética da convicção ou dos sentimentos”. No plano da política, os atos ou decisões produzem sempre efeitos extensos e variáveis, quanto à sua qualidade ou intensidade. O governante não pode nunca se justificar dos maus resultados sociais provocados pelas medidas que tomou, alegando que seguiu, no caso, os mandamentos absolutos da razão ética (COMPARATO, 2006). O cerne da ética da responsabilidade (teleológica) é a reflexão de quais atitudes realizar, tendo como base as conseqüências que tais ações podem ocasionar. Ela leva em consideração o bem da coletividade, focalizando a ética da responsabilidade (teleológica) situando-a como referência para, no caso desse estudo, criar políticas públicas em saúde de forma responsável.

Segundo Fortes (2000), a ética no campo da saúde, em nossos dias, tem tido uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional, observada dentro de uma perspectiva intercultural e humanista. Cabe ressaltar que esta vinculação da ética às práticas de saúde pública é essencial, especificamente, no que tange à política

pública, pois esta não pode ser observada apenas dos pontos de vista técnico, legal ou administrativo. O caráter ético lhe é inerente, já que as decisões tomadas e ações realizadas em seu âmbito causam interferência direta ou indireta nas pessoas e no bem-estar da vida em sociedade.

A ética da responsabilidade pública pressupõe que os governantes elaborem políticas públicas que levem em consideração os pressupostos Constitucionais, que respeitem os direitos e deveres dos cidadãos. Dallari (1998) enfatiza que a relativa ineficiência do setor público em saúde, a qual tem fomentado um ambiente cultural de desvalorização da saúde pública, resultam em agressões que vêm contaminando os próprios sanitaristas. Muitos dentre eles propõem, então, que as reformas do setor caminhem no sentido de valorizar opções sociais e econômicas que promovam agressões à saúde pública. Para Garrafa (2007), pouco se tem trabalhado sobre os deveres e as obrigações dos diferentes atores direta ou indiretamente envolvidos nas variadas atividades e escalões que dizem respeito ao adequado funcionamento do Sistema.

Se nos reportarmos à Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, o seu Art. 1º reza sobre a dignidade da pessoa humana, como um dos fundamentos maiores. Como fundamento, ela deveria ser a diretriz mediante a qual todas as regulamentações infraconstitucionais dela decorrentes, bem como, as atitudes dos gestores públicos, deveriam se pautar. No entanto, o que se observa é o contrário, o que se preceitua é um maior ganho político, sem responsabilidade com a garantia e a efetividade dos programas sociais (PESTANA, *et al.*, 2005).

No mesmo Artigo 1º, o pressuposto constitucional de *que todo ser humano, sem distinção, merece tratamento digno corresponde a um valor moral. Agir sempre de modo a respeitar a dignidade, sem humilhações ou discriminação*. Quanto ao pluralismo político, o ser humano tem o direito de ter suas opiniões, de expressá-las, de organizar-se em torno delas. Não se deve obrigá-lo a silenciar-se ou esconder seus pontos de vista, posto que é livre.

No Art 3º, lê-se que, constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, entre outros: *I) construir uma sociedade livre, justa e solidária; II) erradicar a pobreza e a marginalização ao reduzir as desigualdades sociais e regionais*. Tais valores observados, à luz do tema em análise, merecem reflexão atenta e ações co-responsáveis.

Tudo isso, evidentemente, é um ponto de partida, posição que remete à reflexão à qual se interessa este estudo no contexto do **objetivo geral** apresentado a seguir.

PARTE II

1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tendo em vista o propósito deste estudo, a estratégia adotada em sua consecução é o estudo de caso único. Trata-se, pois de “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos [...]” (YIN, 2001, p. 32). Em síntese, afirma Godoy (2006, p.120),

o estudo de caso consiste de uma investigação detalhada, freqüentemente com dados coletados durante um período de tempo, de uma ou mais organizações, ou grupos dentro das organizações, visando prover uma análise do contexto e dos processos envolvidos no fenômeno em estudo.

Dentre os critérios essenciais indicados pelos autores para definir um estudo de caso, este assume prioridade: é uma investigação que focaliza um fenômeno original, tratando-o como um sistema delimitado cujas partes são integradas. O importante é que haja critérios explícitos para a seleção do caso e que este seja realmente um “caso”, isto é, uma situação complexa e/ou intrigante, cuja relevância justifique o esforço de compreensão.

Tendo em vista o exposto, a pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. Na primeira etapa, foi desenvolvido o trabalho de coleta de dados por meio de pesquisa e análise documental, visando constituir uma visão integrada e coerente sobre peculiaridades relativas à concepção, implementação e desenvolvimento do PSF no Município de Porto Alegre. O foco dessa busca foi a localização e estudo de documentos legais e institucionais, de modo a complementar o referencial teórico do estudo.

Dentre os documentos analisados, assumiram prioridade face ao objetivo do estudo: Leis e Portarias emitidas pelo Governo Federal e Municipal e documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, jornais locais, pareceres do Ministério Público e Tribunal de Contas do Estado, documentos dos Sindicatos envolvidos (SIMERS) e do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. A seleção desses documentos levou em consideração a contribuição, por eles trazida, quanto à posição dos distintos agentes envolvidos quanto aos méritos, dificuldades e contradições do caso

em estudo, ou seja, a experiência do PSF no município de Porto Alegre. Esse material um vez estudado é que serviu de base para a elaboração de um roteiro básico de entrevista semi-estruturada.

A entrevista é um dos principais instrumentos de coleta de dados que o pesquisador tem a sua disposição. Entende-se por entrevista semi-estruturada aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipótese que interessam à pesquisa, e que em seguida oferecem um amplo campo de informação aos entrevistados, proporcionando liberdade e espontaneidade ao informante, conseqüentemente enriquecendo a investigação (TRIVINÕS, 1987).

A coleta por meio de entrevista distinguiu os escalões-chaves das seguintes organizações implicadas no caso em estudo: a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, o Instituto Sollus, o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, a FAURGS, além de representantes sindicais e do Ministério Público do Trabalho.

Nas entrevistas realizadas com os representantes das Instituições foram norteadas a partir das seguintes questões³:

1. Qual a sua visão geral a respeito do PSF?
2. Na sua opinião, o PSF está em condições de assegurar tanto o Direito à Saúde, quanto o Direito do Trabalhador? Sim? Não? Por que?
3. Com base na sua experiência no trato de questões vinculadas ao PSF, quais seriam as principais dificuldades encontradas na implementação deste Programa, ou seja, em sua consecução enquanto política pública na saúde?
4. A Lei de responsabilidade Fiscal pode ser considerada um indutor para o recurso à terceirização dos trabalhadores do PSF e/ou na administração pública em geral?
5. Qual é o papel das Fundações na concretização do PSF?
6. Qual é a posição oficial do Conselho Municipal de Saúde em relação à Política de Contratação de Profissionais para PSF?

Dentre os agentes previstos e em número de cinco, apesar dos contatos sistemáticos realizados no período de setembro a outubro, seja pessoalmente, por telefone e via e-mail, não obtivemos retorno, tornando inviável a realização das

³ As questões nº 5 e 6 foram apresentadas, respectivamente, para o representante da FAURGS e para o membro do Conselho Municipal de Saúde do município de Porto Alegre.

entrevistas com o gestor municipal ou seu representante legal e com o representado do Instituto Sollus. No caso do gestor municipal, através da pesquisa documental foi possível resgatar uma entrevista concedida pelo Prefeito a uma rádio local no dia 21 de agosto de 2007. Essa entrevista nos permitiu resgatar o posicionamento do gestor municipal sobre algumas questões determinantes face aos objetivos desse estudo.

As entrevistas semi-estruturadas, realizadas em local reservado e em horário previamente estabelecido pelos entrevistados, foram gravadas, para, com a aquiescência dos entrevistados, serem posteriormente transcritas. A transcrição na íntegra foi realizada, pela própria pesquisadora, logo após a realização de cada entrevista, garantindo, assim, a máxima fidelidade, sigilo e anonimato necessários. Esta foi a segunda etapa da pesquisa. Em sua consecução, foram assegurados a todos os entrevistados a liberdade para participação no estudo e o cumprimento dos preceitos éticos contidos na Resolução 196/96 do CNS/MS, garantido o anonimato e o retorno do resultado do estudo.

A análise dos dados foi realizada através de postura interpretativa, a qual busca compreender o fenômeno a partir dos próprios dados, das referências fornecidas pela população estudada e dos significados atribuídos ao fenômeno pela população participante do estudo (MYERS, 2000). Tal postura assume que a realidade é subjetiva e socialmente construída (WILDEMUTH, 1993), utilizando os próprios dados para propor e resolver a questão de pesquisa (KAPLAN & DUCHON, 1988). O pesquisador deve se apropriar do sentido dos dados ao examiná-los atentamente e interpretá-los. A interpretação envolverá a atribuição de significado à análise, explicando os padrões encontrados e procurando por relacionamentos entre as dimensões descritivas (PATTON, 1980).

Em muitas pesquisas qualitativas, e este foi o caso, o processo analítico começou durante a fase de coleta de dados, pois os dados já coletados são analisados e inseridos ou formatam a coleta de dados em andamento (MILES & HUBERMAN, 1984). Com base nesse processo, os dados foram organizados em unidades menores e, em seguida, reagrupados em categorias que se relacionam entre si de forma a ressaltar padrões, temas e conceitos (BRADLEY, 1993), tendo por referência os critérios indicados na análise documental. Essa forma de apresentação dos dados permitiu ao pesquisador realizar reflexões, argumentações, interpretações, análises e conclusões.

Richardson (1985) cita, por fim, que o problema pesquisado precisa ser previamente limitado temporalmente, podendo ser em um dado momento, ou ao longo de certo período. Atendendo a este requisito, nessa pesquisa foram inclusas as ocorrências que tiveram lugar, respectivamente: para a análise documental, entre 1996 e 2008; para as entrevistas, os anos de 2007 e 2008. É nessa seqüência que os temas e análises serão apresentados no interior do próximo capítulo.

2 A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS E A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA: Refletindo Sobre os Méritos, as Dificuldade e as Contradições do PSF na Experiência do Município de Porto Alegre

O conteúdo deste capítulo está dividido em pesquisa documental e análise das entrevistas. Os documentos selecionados na pesquisa documental e prioritariamente analisados e discutidos, no interior do presente capítulo, integram uma vasta lista de publicações de distintos organismos e âmbitos da Administração Pública Brasileira: o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e o Ministério Público do Trabalho. Esses documentos serviram para compor o cenário do objeto de estudo, por meio dos quais buscamos entender porque e como chegamos a esse contexto. A referência analítica fundamental para sua consecução são o Direito à Saúde e os Direitos Trabalhistas, contextualizados no marco do processamento dos direitos sociais.

Os direitos à saúde e ao trabalho, hoje, fazem parte dos Direitos Humanos, mas nem sempre foram assim considerados. O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, e do trabalho à livre eleição do emprego, a condição justa e favorável configura-se um paradigma civilizatório da humanidade, construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais. No entanto, hoje vivemos num contexto, onde a fundamentação dos direitos já não se faz tão necessária, e sim a proteção desses (BOBBIO, 1992). Com essa percepção voltamo-nos para os pontos citados no título do capítulo.

2.1 O MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE E A QUESTÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO CONTEXTO DO PSF

No município de Porto Alegre, caso em análise, a experiência com o PSF começou, segundo dados fornecidos pelo representante do Conselho de Saúde, em 1995, com a elaboração de um Projeto Conjunto entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. A seguir,

foram promovidos debates com as comunidades, associações de moradores, Conselhos Locais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, objetivando explicar as diretrizes do mesmo. Posteriormente, o Projeto foi aprovado pelo CMS, em reunião extraordinária no dia 21 de setembro de 1995, conforme Portaria Ata nº 18/95.

Seguido a essa aprovação, foram definidos critérios para a implantação das Unidades de Saúde do PSF, a saber: as unidades seriam implementadas em regiões com indicadores sócio-econômicos desfavoráveis; em áreas em que estavam ocorrendo assentamentos; em regiões com indicadores epidemiológicos mais desfavoráveis. O último desses critérios seria de cunho operacional, ou seja, as equipes do PSF deveriam ser instaladas em conjunto com as Unidades públicas já existentes, configurando uma rede assistencial que abrangeria todo o território selecionado, evitando a tensão com os territórios – populações de alta carência e vizinhos aos espaços atendidos.

Concomitantemente, a Comissão responsável pela implantação do Programa avançou nas definições relativas à organização do processo seletivo dos profissionais e da base populacional para cada ESF. Para selecionar e capacitar esses profissionais. A Prefeitura de Porto Alegre, no Ofício de nº 394-95, de 31 de outubro de 1995, manifestou seu interesse na implantação do PSF, visando a instalação, na primeira fase, de 30 ESF's. O Termo de Adesão foi assinado na gestão ministerial de Adib Jatene e do então prefeito, Tarso Genro.

Em 1996 foram implantadas as 24 primeiras equipes do PSF e foi assinado o convênio entre a Prefeitura de Porto Alegre e a Associação de Moradores para contratação de trabalhadores para o referido Programa. A seguir, foram selecionadas as equipes e posterior contratação e capacitação dos profissionais. Em 1997 foram implantadas mais quatro equipes e, apenas uma, em 1998.

O modelo de atendimento configurava uma nova concepção de trabalho, isto é, os profissionais a serem contratados para o PSF deveriam ser moradores do Município de Porto Alegre, com carga horária de 40 horas semanais, em regime de dedicação exclusiva para atendimento sistemático e integral ao indivíduo, à família e à comunidade. As contratações efetuaram-se por via indireta, quer dizer, sem concurso público, e firmadas através de convênios com associações de moradores e/ou Organizações Não-Governamentais (ONGs). Os profissionais selecionados foram contratados com base na CLT, cabendo à Prefeitura citada repassar os recursos para os intermediários. Na ocasião, a Prefeitura de Porto Alegre firmou

convênio com 24 Associações Comunitárias devidamente regularizadas (GRALHA e MORAIS, 2007).

Em 2000 ocorreu o I Seminário de Saúde da Família de Porto Alegre: *Saúde Tamanho Família – A Comunidade em Cena*. Durante o evento foram avaliadas e pontuadas as principais dificuldades enfrentadas pelo Programa, a saber: o processo de contratação realizado pela Associação de Moradores se mostrou oneroso, pouco funcional; ocorrência de distorção (conflitos) no papel de controle social na relação “patronal” com as Associações dos Moradores; alta rotatividade dos profissionais, ou seja, ocorrência de sete processos seletivos no período de 1995 a 2000.

A Prefeitura de Porto Alegre, através da SMS, interrompeu o convênio com as associações de moradores, quando então firmou convênio com a Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS) (GRALHA e MORAIS, 2007). À época, em termos de infra-estrutura, a SMS contava apenas com dois funcionários administrativos, condição insuficiente para atender o crescimento da demanda. Com o estabelecimento de um novo convênio, agora com a FAURGS, e concomitante formalização de Departamento de Pessoal, as questões administrativas foram resolvidas. À conveniada foi atribuída a responsabilidade pela manutenção do vínculo trabalhista com os funcionários, e a gestão do trabalho com a SMS.

A cobertura do PSF no município de Porto Alegre, em 2000, alcançou 10% da população (CMS/PoA, 2008). Em 2001 houve a implantação de mais 6 ESF's e, em 2002, de outras 21 novas equipes. Neste ano também ocorreu a inserção de uma segunda equipe em 5 USF's e implantação de 3 equipes de saúde bucal.

Em 2005, um parecer jurídico do Município de Porto Alegre deferiu que o pagamento de uma taxa de administração, prevista no contrato com a FAURGS, era irregular, levando a Prefeitura de Porto Alegre a suspender unilateralmente o referido pagamento. A FAURGS não concordou com tal suspensão, alegando a necessidade dessa verba para custear as despesas decorrentes da contratação dos prestadores de serviço para o PSF. Em 30 de julho de 2007, os trabalhadores começam a receber, via correio, as cartas de aviso-prévio, a serem cumpridas até o dia 28 de agosto do mesmo ano. No final de agosto de 2007, a FAURGS comunicou o encerramento da sua participação no contrato. O fim da parceria do Município com a FAURGS devido a uma dívida de cerca de R\$ 3,9 milhões causou a demissão de 731 profissionais no Programa Saúde da Família. De um dia para o outro, as 330 mil

pessoas assistidas pelo Programa ficaram sem atendimento e o sistema de saúde, sob a responsabilidade da Prefeitura de Porto Alegre, entrou em crise. A interrupção no trabalho do PSF, por sua natureza, atinge diretamente a população de bairros mais pobres, onde os postos são a principal referência no atendimento básico à saúde. Isso impede a realização de consultas médicas, fato que acaba por gerar o direcionamento da demanda de pacientes principalmente para a rede hospitalar.

No dia 18 de agosto de 2007, foi encaminhado à Prefeitura de Porto Alegre um documento assinado pelo Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual e Ministério do Trabalho, conjuntamente, com uma recomendação expressa para não terceirizar a prestação de serviços na área da saúde. A Prefeitura teria, então, quinze dias para informar quais providências iria adotar de modo a resolver o problema. Nesse mesmo período, a Prefeitura de Porto Alegre firmou parceria com o Instituto Sollus, uma OSCIP com sede em São Paulo. Com essa medida, os profissionais demitidos seriam recontratados (MARIANO, 2007).

No dia 21 de agosto de 2007, a Prefeitura anunciou que iria acolher as recomendações dos Ministérios Público Federal, do Ministério Público do Trabalho e do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. Assim, ela passaria a contratar diretamente, por um período de quatro meses e através de um contrato emergencial, os 372 Agentes Comunitários de Saúde que iriam atuar nas 84 unidades de Saúde da Capital. Os outros 359 profissionais (médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros) demitidos seriam contratados pelo Instituto Sollus (MARIANO, 2007).

Em 03 de setembro de 2007, a Prefeitura de Porto Alegre, o Ministério Público Federal, o Ministério Público do Trabalho e o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul firmam um Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta (PI-MPT 520/2004 e PA-MPF 952/2003). Ou seja, a Prefeitura abster-se-ia de contratar, *após a assinatura do presente termo, profissionais para a área da atenção básica à saúde do Município, incluindo a função de Agente Comunitário de Saúde e/ou de mais trabalhadores vinculados à Saúde da Família, a qualquer título, sem realização de concurso público ou processo seletivo público, nos moldes legais (Artigo 37, inciso II, e artigo 198, §4ª, da Constituição Federal; Emenda Constitucional nº 51, de 14.02.2006)* (MARIANO, 2007).

No dia 22 de agosto de 2007, foi publicado nos Jornais da Capital o Edital de Seleção e Contratação de Pessoal para o Instituto Sollus. O Instituto convocou os

profissionais a comparecerem aos locais indicados para assinarem o novo contrato. Nesse mesmo dia, o SIMERS publica uma nota nos jornais da Capital, onde repassa aos médicos as decisões tomadas na assembléia da categoria realizada do dia anterior. Entre estas, a determinação de que a assinatura dos novos contratos por todos os médicos ocorra, simultaneamente, em data a combinar, e que procedimento diverso seria considerado contrário aos ditames da ética. O que de fato os médicos pretendiam era assinar um contrato idêntico ao anterior. Muitos médicos, por exemplo, já eram servidores da Prefeitura com um contrato de trabalho em regime de 20 horas semanais e cumpriam as outras 20 horas como contratado da FAURGS, o que lhes permitia completar às 40 horas necessárias para fechar a jornada no PSF. Com a entrada do Instituto Sollus e com as recomendações do Ministério da Saúde, a Prefeitura passou a exigir desta que passasse a realizar apenas contratos de 40 horas.

Nesta mesma data, 22 de agosto de 2007, o Tribunal de Contas do Estado (TCE) expediu uma medida cautelar suspendendo os efeitos do contrato de parceria assinado pela Prefeitura de Porto Alegre e o Instituto Sollus. Com esta medida, o TCE pretendia realizar um exame criterioso do contrato para, com isso julgar o mérito. No dia 29 de agosto de 2007, foi suspensa a medida cautelar expedida pelo TCE e, com isso, a parceria da Prefeitura com a Sollus foi garantida. Em nota publicada no dia 30 de agosto de 2007, a Prefeitura informa que iria realizar concurso público para selecionar os profissionais para o PSF (MARIANO, 2007). Com a liberação do TCE para a contratação dos profissionais e o aceite das condições de parte do SIMERS, em 12 de setembro de 2007 os médicos assinaram o contrato com o Instituto Sollus, retornando às atividades no dia seguinte.

Em 2008, ainda se mantém o número de 93 ESF's, 8 Equipes de Saúde Básica e de 376 Agente(s) Comunitário(s) de Saúde (ACS), ou seja, 15,9% do total de profissionais contratados para atuar no PSF. Os técnicos para o Programa são contratados pelo Instituto Sollus e os ACS pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, em caráter temporário.

A seguir serão apresentadas algumas considerações feitas pelos entrevistados, em relação caso em estudo.

2.1.1 O encerramento do contrato PMPA-FAURGS em 2007: a visão dos agentes implicados

As entrevistas realizadas com os representantes das instituições e/ou instâncias acima referidas permitiram à pesquisadora confrontar um certo número de questões importantes que permeiam este trabalho, delinear os resultados oriundos desses questionamentos, garantindo, para além disso, a obtenção de um conjunto de informações que demonstram e evidenciam a relevância da questão principal que norteou essa pesquisa.

Segundo o Procurador do Ministério do Trabalho, o contrato estabelecido entre a FAURGS e a PMPA, garantia a esta via Fundação, o provimento de mão-de-obra para a execução do PSF, bem com a sua capacitação. Cabia, portanto, à FAURGS realizar as contratações, via processo seletivo, dos profissionais que iriam atuar no PSF. Esse contrato durou de 2002 até 2007. O motivo que gerou a ruptura desse contrato de prestação de serviços entre a PMPA e a FAURGS não ficou claro para a Administração da FAURGS, especialmente por não terem sido apresentados argumentos pela PMPA à FAURGS que pudessem justificá-lo. Segundo, o Prefeito em exercício, em entrevista concedida a Rádio Gaúcha, a taxa administrativa que a FAURGS cobrava não estava no contrato e representava relevância financeira para o município, como é possível verificar no seu depoimento.

Bom, nós tivemos essa situação de dificuldade, esse impasse com a Faurgs, mas, nós tentamos até o último momento, manter o convênio com a Faurgs, porque entendíamos que a ruptura, não é, que uma solução de continuidade, traria essa situação do aviso prévio, uma necessidade de demitir os profissionais e depois haver uma nova contratação por uma outra instituição, através de um novo processo seletivo, então nós não queríamos que isso que está acontecendo acontecesse. Fizemos todos os esforços, mas, se estabeleceu um impasse jurídico na questão do contrato, normal, nós temos outros convênios com a Faurgs, de outra ordem, em outros setores, portanto nós continuamos considerando a Faurgs uma instituição idônea, nós damos todo valor à Faurgs, mas, nesse contrato, em particular, deu esse pequeno impasse, que aliás, não era pequeno em termos até financeiros ((Entrevista concedida à radio Gaúcha AM em 21/08/07).

No entanto, para a FAURGS, a justificativa apresentada, ou seja, a questão financeira não passa de uma desculpa, já que sempre houve esse repasse. O que houve, afirma o entrevistado, foi o desinteresse da PMPA em continuar com o contrato estabelecido com a Fundação.

Sobre o fim do convênio com a PMPA, aconteceu por que a SMS não tinha mais interesse em manter o convênio. Sobre a taxa administrativa, a SMS sempre fez esse repasse, na verdade isso foi um desculpa que a SMS usou. Não houve interesse do vice-prefeito, atual secretário da saúde, em manter o convênio com FAURGS. A Fundação tinha o interesse objetivo de disponibilizar os profissionais e interesse educacional. Se tu fores verificar o contrato da Sollus com a SMS tu vais ver que tem repasses financeiros (Representante da FAURGS).

Com relação aos problemas ocasionados com a troca da prestadora, além daqueles mencionados e relativos aos usuários do SUS, o representante do conselho Municipal de Saúde tece o seguinte comentário:

O Conselho não teve pernas para atuar em todos os problemas que a contratação da Sollus ocasionou. O CMS não teve como encaminhar todos os problemas. No início de agosto de 2008 foi criado um grupo de trabalho para discutir assédio moral, pois as demissões e perseguições foram muitas. Foi muito complicado, principalmente para as pessoas ligadas aos sindicatos.

O Conselho Municipal de Saúde quer que seja realizado concurso para os profissionais que vão atuar no PSF. É consenso que as contratações devem ser via concurso público; [com isso], os funcionários seriam estatutários e não CLT.

Com relação a esse assunto o Conselho fez uma Resolução na plenária do Conselho, onde foi definido que a Estratégia Saúde da Família é um elemento estruturador na rede de atenção.

Uma das questões realmente controversas diz respeito à escolha da Sollus, já que tal procedimento não obteve o aval de nenhum dos órgãos responsáveis, em particular, do Conselho Municipal de Saúde e do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul. E foi esta a justificativa apresentada pelo então Prefeito, para a efetivação da parceria entre a PMPA e o Instituto Sollus:

Pra enfrentar essa emergencialidade, nós chamamos várias instituições daqui do Rio Grande do Sul e, inclusive se apresentou essa instituição de São Paulo. Entre todas as cinco que se apresentaram, esta apresentou os melhores documentos e evidentemente o preço mais baixo, entre todas as instituições que tinham os documentos completos e que atendiam a legislação, então, essa é a razão. Primeiro porque há uma necessidade urgente, urgentíssima, e hoje é exatamente o dia em que alguns dos postos de saúde da família estão realmente mudando de sistema (Entrevista concedida à radio Gaúcha AM em 21/08/07).

Em outubro de 2007, o CMS e o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS) reagiram ao ocorrido, sempre com o intuito de evitar uma nova parceria que comprometesse o Sistema. Os citados agentes, no dia 11 de outubro de 2007, na sala de reuniões da promotoria de justiça de Defesa dos Direitos Humanos,

procederam a uma denúncia contra a o Instituto Sollus, pondo em discussão as seguintes posições:

I – pelos representantes do Conselho Municipal de Saúde levantam dúvidas acerca do funcionamento das OCIPS, sua vinculação com as normas do SUS, etc.

II – pelos representantes do Conselho Municipal de Saúde também levantaram dúvida quanto à experiência afirmada pelo Instituto SOLLUS em municípios em São Paulo, fazendo entrega de cópia de *e-mail* que negam essa afirmação.

III – pelos representantes do Instituto SOLLUS foi historiado o papel das OSCIPS, esclarecendo que serão oportunizadas outras reuniões, a próxima, num prazo aproximadamente de quinze dias, para diálogo no andamento da execução do termo de parceria com o Conselho Municipal, nesta Promotoria de Justiça, no sentido de que seja dado o melhor atendimento possível à comunidade;

IV – pela representante do SIMERS foi levantada dúvida quanto ao objeto do termo de parceria, que abrangeria toda a atenção básica, ao contrário do que inicialmente foi divulgado, apenas em relação ao PSF. Pelo Município foi dito que o termo de parceria visa tão somente às ações de saúde da família, sem nenhum outro projeto de expansão das atividades do Instituto na área de saúde do Município (Porto Alegre, Termo de Audiência nº 193/2007).

Em 03 de setembro de 2007, é firmado o TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTE DE CONDUTA, do Município de Porto Alegre na presença do Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Federal, Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, no sentido de:

I – abster-se de contratar, após a assinatura do presente termo, profissionais para a área de atenção básica à saúde do Município, incluindo a função de Agente Comunitário de Saúde e/ou demais trabalhadores vinculados à saúde da família, a qualquer título, sem a realização de concurso público ou processo seletivo público, nos moldes legais (Artigo 37, inciso II, e Artigo 198, § 4º, da Constituição da República; Emenda Constitucional nº 51, de 14.02.2006.

II – providenciar, até março de 2008, o envio de projeto de lei à Câmara Municipal que tenha como objeto as admissões dos profissionais necessários à atenção básica de saúde no município, modo direto, via processo público (concurso ou seleção), nas quantidades preconizadas pela Portaria nº 648, de 28.03.2006, do Ministério da Saúde, ou documento que vier a substituí-la, extinguindo-se o vínculo com aqueles que não preenchem o dispositivo no inciso I, ainda que contratados por interposta pessoa.

III – após a promulgação da lei e que trata o item III, providenciar, em 03 (três) meses, os atos de confecção e publicação do edital específico; a partir disto, em 12 (doze) meses, providenciar a realização do processo público e a nomeação dos candidatos aprovados;

IV – caso implantado (ou em fase de implantação) o Programa de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, deverão ser observadas as disposições dos incisos I a III supra e da Portaria nº 1444/2000 do Gabinete do Ministério do Ministério da Saúde ou documento que vier a substituí-la;

V – para evitar a interrupção dos serviços de saúde da atenção básica, até que seja efetivado o dispositivo nos itens II e III, será permitida a prorrogação ou substituição dos atuais contratos, convênios ou termos de parceria, firmados de acordo com os princípios e normas que regem as contratações da Administração Pública, sem a incidência da multa prevista neste Termo;

VI – o presente TAC não impede a instauração de investigação a respeito da regularidade de eventual contrato, convênio ou termo de parceria.

Com vistas ao aprofundamento da questão em análise, cabe inicialmente referir que, em 23 de outubro de 2007, o Ministério Público encaminhou a Recomendação de nº 10/2007 ao Prefeito do Município de Porto Alegre, nos termos seguintes:

O Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, através da Promotoria de Justiça de Defesa do Patrimônio Público desta Comarca, pelos Promotores de Justiça signatários, em vista dos fatos apurados no Inquérito Civil PJDPP n.º 187/2007, RSA sobre possível irregularidade no Termo de Parceria firmado entre o Município de Porto Alegre e o Instituto SOLLUS para a execução do Programa de Saúde Familiar, no qual examinadas cópias do processo administrativo n.º 1.0404705 desse Município, referente à celebração do aludido Termos de Parceria com o Instituto SOLLUS, Organização da Sociedade de Interesse Público, em especial da proposta financeira dessa entidade, verifica que estão previstos significativos dispêndios em recursos a serem antecipados mensalmente pelo ente público, sem suficiente justificativa.

Como já apontado em auditoria do Tribunal de Contas do Estado, nesse Termo de Parceria foram ajustados repasses mensais à entidade privada, entre outros, a título de “encargos, despesas financeiras e provisionamento” (R\$ 612.1144,00), “consultorias especializada, auditorias especializadas e treinamento” (R\$ 160.327,48) e despesas “técnicas, material didáticos, seguros e despesas financeiras” (R\$ 236.415,96) sem menor discriminação de em que consistirão tais gastos. Também não foi comprovada a adequação dos valores estimados aos praticados pelo mercado, nem oferecida qualquer justificativa para que sejam arcados em sua totalidade.

Considerando-se que a entidade privada não demonstrou patrimônio significativo e que vai gerir recursos públicos na ordem de R\$ 2.399.877,00 (dois milhões, trezentos e noventa e nove mil, oitocentos e setenta e sete reais) mensais, repassados antecipadamente pelo Município, são exigíveis garantias para a execução do Termo de Parceria, com base no Art. 55, inciso IV e Art. 56, combinado com o art. 2º, parágrafo único, da Lei n.º 8.666.93.

Assim, a fim de prevenir responsabilidades individuais e eventual lesão ao erário, o Ministério Público recomenda, com base no art. 6º, inciso XX, da Lei Complementar n.º 75/1993, combinado com o art. 80 da Lei n.º 8.625/1993, e art. 56 da lei n.º 6.536/1973, com a redação dada pela Lei n.º 11.798/2002, bem como o art. 130 da Constituição da República.

1º) **seja suspenso, de imediato**, qualquer repasse de (“encargo, despesas financeiras e provisionamento”; “consultorias especializadas, auditorias, especializações e treinamentos”; e “despesas técnicas, materiais didáticos, seguros e despesas financeiras”), sem que haja prévia retificação do Termo de Parceria

para a discriminação do conteúdo, da necessidade e justificativa do valor dessas despesas, inclusive de sua adequação aos preços de mercado, conforme o art. 10, §2º, inciso I, da Lei nº 9.790/90;

2º) as contratações de serviços de terceiros (que não os profissionais da área da saúde que atuarão diretamente nas atividades-fim) para a aquisição de bens que se façam necessárias à execução do Programa de Saúde da Família e que devam ser pagas pelo Município devem ser realizadas pelo próprio ente público, evitando-se que a interposição do Instituto Sollus sirva de eventual burla aos ditames da legislação sobre licitações e obrigatoriedade do concurso público;

3º) em especial, quaisquer valores a serem pagos ao Instituto Sollus para o pagamento de “recursos humanos” decorrentes do Termo de Parceria firmado sejam previamente especificado, demonstrando-se a sua adequação ao valor de mercado, nos termos do art.10, § 2º, inciso IV, da Lei nº 9.790/99.

O que se pode verificar, com base nos documentos apresentados, é que a Lei de criação das OSCIP's, Lei nº 9790, de 1999, não está sendo cumprida, posto que especifica, em sua regulamentação, que devem ser respeitados os princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência. É isto que demonstra o texto a seguir.

Art. 4º Atendido ao disposto no artigo anterior, exige-se ainda, para qualificarem-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, que as pessoas jurídicas interessadas sejam regidas por estatutos, cujas normas expressamente disponham sobre:

I- a observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência;

II- a adoção de práticas de gestão administrativa, necessárias e suficientes a coibir a obtenção, de forma individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens pessoais, em decorrência da participação no respectivo processo decisório;

Em 26 de novembro de 2007, o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre encaminha ao Tribunal de Contas do Estado a solicitação do parecer preliminar sobre a prestação de contas do Instituto Sollus, referente ao Termo de Parceria assinado por este com a Prefeitura de Porto Alegre. Em abril de 2008 foi apresentado pelo Conselho Municipal de Saúde a análise preliminar das contas do Instituto Sollus, acompanhado das seguintes observações:

[...]

3-Valor pago à FAURGS, na época como taxa de administração, era de R\$ 277.925,61 que correspondiam a 11,15% sobre a folha de pagamento. O Instituto SOLLUS recebe em média, recursos que correspondem a 19,91% do valor da folha de pagamento, que não inclui os ACS, podendo sugerir que a mudança onera os cofres públicos.

A análise realizada a partir dos documentos disponibilizados até agora permite inferir que o contrato com o Instituto Sollus não foi, em nenhum aspecto, vantajoso para o município. Ao contrário, do ponto

de vista econômico, houve evidentes prejuízos, uma vez que o contrato não inclui os 340 Agentes Comunitários de Saúde, que são contratos [regidos] pela PMPA, e várias atividades que estão sendo remuneradas para serem atendidas pelo Instituto, [que] além de serem sub-contratadas a terceiros, poderiam estar sendo executadas sem nenhum custo, pelo próprio município.

Ou seja, a situação que hoje se configura na efetivação do PSF no Município e Porto Alegre, fere, conforme documentação analisada, os Direitos Trabalhistas e Constitucionais. Trata-se, portanto, de uma contratação ilícita, destituída de respaldo legal. É importante frisar que tal ilegalidade perdura desde a época em que vigia o convênio celebrado para o fim acima especificado envolvendo a PMPA e a FAURGS. De acordo com as informações dadas pelo Procurador do Ministério do Trabalho, existem processos contra a FAURGS pelo fato desta intermediar mão-de-obra para a PMPA e para outros órgãos da administração direta do município. A razão essencial é que essa terceirização se configura como um repasse de serviços públicos próprios do SUS para serem executados por uma organização de caráter privado, posto que o referido Instituto gerencia e executa os serviços de saúde das Unidades, e também, a terceirização de mão-de-obra de atividade fim para trabalhar no público estatal.

Através do TAC a Prefeitura se comprometeu em realizar concurso público no provimento de trabalhadores para o PSF, evidenciando estar ciente das ilegalidades que vem cometendo. É o que revelam as palavras do então prefeito, quando questionado sobre a forma de contratação dos profissionais para o PSF, em entrevista a uma rádio gaúcha em agosto de 2007:

Obviamente, que nós mudaremos a forma de contratação. Neste momento se trata de uma emergencialidade, nós não podemos deixar estes postos sem o atendimento. São quase 350 mil pessoas que dependem dos Programas de Saúde da Família. Então, diante desta situação nós estamos fazendo a contratação apenas para os profissionais de nível superior e para os enfermeiros de nível técnico. Os Agentes Comunitários de Saúde estão sendo contratados já, diretamente pela Prefeitura, porque eles fizeram um processo seletivo público, ou seja, na última contratação houve a participação da Prefeitura, da Secretaria Municipal da Saúde e, portanto, estas pessoas estão sendo contratadas de maneira direta.

A primeira fase com vistas à execução do TAC consiste no envio, à Câmara de Vereadores de Porto Alegre (CVPA), de Projeto de Lei destinado à realização de concurso público para o PSF. O referido encaminhamento teve lugar no final do mês de março de 2008 e encontra-se em trâmite na Comissão de Constituição e Justiça,

onde foi julgado Inconstitucional, pois o projeto pode prever a contratação dos profissionais via CLT. No entanto, com a publicação da ADI nº 2135, segundo a qual o único regime jurídico possível é o estatutário, esta possibilidade foi descartada. Por consequência, o Projeto continua parado, aguardando uma decisão.

Enquanto isso, em agosto de 2008, o convênio da PMPA com a Sollus foi renovado. Não foram criados os cargos, mas contratados emergencialmente mais 80 ACS, sem processo seletivo amplo.

Com relação às questões legais, este é o parecer do representante do CMS:

[Primeiramente], em relação à Coordenação do PSF. Antes a FAURGS colocava as pessoas para trabalhar, era ilícito, mas a Prefeitura tinha o controle do Programa. A Secretaria [da Saúde] fazia a gestão da Saúde. Já com a Sollus, o que se pode observar é que, além de terceirizar as pessoas, ela está coordenando o Programa. Essa é uma das nossas críticas, estamos levando essas denúncias ao MPE, MPF, TCE, TCU, todo esse acompanhamento que estamos fazendo da Sollus, ns estamos repassando as informações a todas essas Instituições. Agora estamos aguardando, pois o Conselho também tem limites, pois se a Lei fosse cumprida a rigor todas essas situações não poderiam está acontecendo.

Em relação ao levantamento de contas da Sollus, a indícios de que seja um caixa dois. Não cabe ao Conselho investigar, mas fizemos isso, mas agora cabe ao Tribunal de Contas apurar essa situação.

A irregularidade apontada acima pelo CMS e atualmente sob investigação pelas instituições citadas, atém-se ao fato preciso de que nenhuma instituição pode coordenar um programa ou uma política de Governo. Para o MPT isso se configura como uma fraude.

A questão maior que o MPT busca corrigir é a questão de ausência de concurso público e a instabilidade do vínculo trabalhista pela via da terceirização. Esta distorção poderá ser corrigida através do cumprimento do TAC, que para o MPT, é um processo em andamento, uma vez que a primeira fase já foi cumprida quando do encaminhamento do Projeto de Lei para a Câmara de Vereadores na data acima especifica.

[Promotor do Ministério Público do Trabalho] O contato que estamos mantendo com os Procuradores do município, que eu acredito serem pessoas sérias, é para que o TAC seja cumprido. Eles não assinaram o TAC para não cumprir, mas se chegar a esse ponto, o MPT vai executar o TAC via judicial e o município vai pagar uma multa que pode ser cobrada do gestor que não cumpriu o TAC, e concomitantemente, o Juiz vai obrigar o município a cumprir o TAC, ou seja, o gestor vai cumprir por bem ou por mal.

Quanto à LRF, o Procurador tem a seguinte opinião: “A própria Constituição prevê a possibilidade de alteração do limite imposto ao município, mas existem alternativas para reduzir os custos com pessoal, como por exemplo: diminuir o número de cargos de confiança”. O limite estabelecido pela LRF não é um limite isolado para a área da saúde. É comum a área da saúde estourar o seu limite, mas nem sempre está estourado o limite da administração geral que ainda tem margem de contratação. Para Carvalho (2006) a decisão de terceirizar todas as áreas da administração que podem ser terceirizadas legalmente, é uma decisão que pode ter impacto político, ou seja, o fazer legal pode não ser legitimado pela sociedade.

2.1.2 A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta: fundamentos legais, administrativos e de ordem constitucional

O Sistema Único de Saúde foi constituído sob a égide do Estado de Democrático e Social de Direito, onde se procurou respeitar os Direitos e garantias fundamentais. No entanto, sua implementação, na última década, foi conduzida com base em uma concepção de Estado ao qual cabe apenas coordenar e financiar as políticas públicas.

Esta é uma das principais razões que geram as contradições, hoje vivenciadas por nós, pois temos, de um lado, uma Constituição que defende os Direitos e, de outro, uma ação política que não propicia a concretização dos Mesmos. Isso por que essa política não é coerente com sua fundamentação teórica, ou seja, a base teoria que norteou a concepção de Estado de 1988 é diferente da que está na base da reforma de liberalizante do Estado, como pode ser observado pela trajetória que iremos traçar a seguir.

Logo após a promulgação da Constituição Federativa de 1988, o então Presidente eleito, Fernando Collor, apresenta o projeto “Brasil Novo”, trazendo em seu bojo uma proposta de privatização de cunho neoliberal, materializado no corte dos gastos públicos, desmonte do Estado, consubstanciados numa detalhada reforma econômica e administrativa promulgada através de Medidas Provisórias já no segundo dia do seu Governo.

Já nos anos 1990, quando o Estado democrático recuou por uma outra ditadura, não mais militar, mas uma ditadura ideológica do neoliberalismo globalizante, onde surgiu uma nova divindade na sociedade – o deus mercado – várias conseqüências, vários recuos e retrocessos graves aconteceram na sociedade e no Estado brasileiro. Tudo o que se tinha avançado na Constituição Federal foi objeto de retrocesso, a partir dos anos 1990 (BRASIL, 2006. p. 131).

A implementação do SUS, nos primeiros anos de sua existência não foi tranqüila, com afloramento dos conflitos federativos, entre os estados e o Governo Federal, em razão do repasse de verbas e transferência de patrimônio e pessoal. Além disso, houve conflitos com os servidores, devido à resistência destes em terem seu vínculo trabalhista transferido do estado para o município.

Tal período também foi marcado pela disputa por verbas, entre os ministros da Saúde e da Previdência, entre os Ministros da Saúde e da Fazenda, entre secretários estaduais e municipais de saúde e o Ministro da Saúde, entre governos estaduais e Governo Federal, entre secretários municipais e secretários estaduais de saúde, entre governos municipais e governos estaduais, situação que ainda hoje caracteriza a dinâmica institucional de relações no setor.

O usuário, por sua vez, sofreria e ainda sofre, no cotidiano, as conseqüências do sucateamento dos serviços demarcado pela presença de longas filas, falta de material, pessoal desmotivado e infra-estrutura desgastada.

Em resumo, sublinha Faleiros (2004, p. 33), esse período pode ser caracterizado por uma “reordenação estratégica do Estado”: aprofunda-se o neoliberalismo, mudam-se os fundamentos do próprio Estado – de diretrizes desenvolvimentistas para diretrizes de sustentação da competitividade (incluindo a estabilização econômica) – reduzindo-se a função e o papel do Estado em favor do mercado.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE) de 1995 define o Estado como “a organização burocrática que possui o poder de legislar e tributar sobre a população de um determinado território, sendo, portanto, a única estrutura organizacional que possui o ‘poder extroverso’, ou seja, o poder de constituir unilateralmente obrigações para terceiros, com extravasamento dos seus próprios limites” (Brasil, 1995:51).

Vários autores apontam para a ocorrência, nesse período, de um reordenamento do Estado, embasado no ajuste fiscal e no desmonte das políticas de garantia de direitos, privilegiando-se a lógica do capital internacional e do

monetarismo (BORÓN, 1994; SOARES, 2000; PETRAS,1999; FIORI, 2001). Nesse sentido o cidadão não é reconhecido como um sujeito de direitos, com titularidades e garantias, mas como um consumidor. Para exercer algum direito precisa pagar pelo serviço.

A Reforma do Estado realizada durante o Governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) articulou medidas legislativas, mudanças regulatórias e ações governamentais para uma reordenação estratégica do papel do Estado, que passou de impulsionador do desenvolvimento para o de impulsionador da competitividade do capital internacional, mudando, assim, suas relações com o mercado e a sociedade. Para tanto, instaura um novo modelo de gestão pública gerencial, transferindo patrimônio público para o mercado e assumindo uma atuação complementar a este. Abaixo, exemplos de medidas legislativas e regulatórias enunciadas no período:

Enunciado 331, de 1993 (TST): admite a terceirização de atividades-meio da administração pública, desde que inexistente a personalidade e a subordinação direta.

Lei 8666, de 1993 e Lei 8.883, de 1994: permitiram a terceirização pela administração indireta e indireta de serviços como: transporte, limpeza, publicidade, seguro e trabalho técnico-profissionais.

Lei 8.745, de 1993: permitiu a contratação temporária para atender necessidade de excepcional interesse público.

A Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999 regulamentou o chamado terceiro setor para parcerias com o setor público. (grifos nossos)

O caso que estamos analisando neste estudo é um reflexo do Processo de Reforma do Aparelho do Estado, que hoje se apresenta mais concretamente nas atitudes dos atores sociais, posto que, a estratégia da Saúde da Família, implantada oficialmente pela Portaria 1.888/97, traz no seu bojo as implicações da Reforma do Aparelho do Estado na área de Recursos Humanos, tais como:

- a) diversidade de formas de contratação; b) ausência de concurso público; c) alta rotatividade de pessoal; d) terceirização abusiva; e) flexibilização do contrato de trabalho, das conquistas trabalhistas; e f) repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos a empresas de Direito Privado.

A Política de Administração Pública é um instrumento fundamental para a Gestão do SUS. Dependendo de como o Governo pretende administrar a política pública, os equipamentos e os servidores públicos, haverá sempre repercussões.

A política de gestão dos recursos humanos na saúde vem ao longo dos anos sendo discutida em fóruns diversos, tais como: Conferências Nacionais de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Conferências da Gestão do Trabalho. Em tais ocasiões, ocasiões são realizados debates, tomadas deliberações seguidas da criação de inúmeras diretrizes, sempre com o objetivo de melhorar a situação dos trabalhadores na área da saúde.

No entanto, o nosso objeto de estudo mostra que existiram muitas iniciativas em prol dos trabalhadores no setor saúde, tais como: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (Anais, 1986), I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (Anais, 1986), Constituição, de 1988, Lei Orgânica da Saúde (1990), Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (1993), 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003), 3ª Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador (2006), mas apesar dessas iniciativas envolverem e/ou representarem um esforço compartilhado de movimentos sociais e políticos, os resultados em termos de avanços práticos para resolver a situação dos trabalhadores são pouco expressivos. Muito desse fato se deve à Reforma do Aparelho do Estado que não foi diretamente direcionada para a área da saúde, pois não foi possível mudar a legislação que criou o SUS, e suas ações atingiram e atingem fortemente a estrutura do Sistema.

Isso se manifesta, principalmente, com relação à Lei de Responsabilidade Fiscal, que impôs limites para gastos com pessoal e a falta de vontade política das equipes econômicas dos governos (em todos os níveis) em repor e/ou aumentar e/ou regularizar o contingente de funcionários públicos; necessidade da rápida expansão de ações na saúde, sobretudo aquelas da Atenção Primária (PSF e outras).

A Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na Capital Federal, considerada um marco histórico e vitorioso da Reforma Sanitária no País, contemplou questões relativas aos trabalhadores em saúde, com destaque para remuneração condigna, isonomia salarial, admissão por concurso público, estabilidade no emprego, incentivo à dedicação exclusiva e direito à sindicalização e à greve, ao lado da urgência na adequação da formação profissional às necessidades colocadas pela realidade.

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizada em 1986, em Brasília, consolidou as análises até então realizadas sobre a temática no

âmbito deste estudo, detalhando e propondo uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária, no tocante à política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e a implementação do SUS. Segue abaixo, uma das indicações da I Conferência Nacional de Recursos Humanos (Anais da I Conferência Nacional de Recursos Humanos, 1986, p. 12)

A admissão deve ocorrer sempre e somente via concurso público, estabelecendo-se canais de controle e fiscalização desta medida pelos órgãos representativos de classe e da população. O concurso público deverá ser planejado cuidadosamente de forma a se ter o maior nível possível de garantia de que os aprovados tenham o perfil necessário aos serviços

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu diretrizes para a criação da política pública de inclusão social do País, o Sistema Único de Saúde, e assegurou o direito de acesso à saúde com qualidade para todos. No seu Artigo 200, inciso III, a Carta Magna atribui ao SUS a competência de ordenar a formação dos seus recursos humanos, abrindo a possibilidade de formar trabalhadores com perfil condizente às necessidades técnicas e sociais, às realidades locais e regionais e, principalmente, reconhecendo como essencial para a implementação do Sistema, a definição de uma política trabalhista para ordenação dos recursos humanos na área da saúde.

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
 II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
 III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
 V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
 VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Lei Orgânica da Saúde, composta pelas Leis Federais nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990, regulamenta os artigos constitucionais relativos ao SUS, restando por regulamentar, no que tange aos profissionais da saúde, o inciso III do Artigo 200 ora em destaque.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizada em 1993, em Brasília, analisou a saúde do povo brasileiro do ponto de vista de suas características e paradoxos, o processo de implementação do SUS, bem como a sua relação deste com os trabalhadores nas dimensões da formação e do

desenvolvimento e da gestão do trabalho. Ao final foram apresentadas como proposta, entre outras:

- I. Regulamentação imediata do inciso III, do artigo 200 da Constituição Federal.
- II. Criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com a reordenação dos papéis de cada uma das esferas de governo.
- III. Criação de comissões intersetoriais de recursos humanos nas esferas estaduais e municipais.
- IV. Criação de um sistema de informação do trabalho e de um programa de educação no trabalho, de forma descentralizada, com a qualificação de gestores e a regionalização e desconcentração dos cursos de formação na saúde.

Além desses pontos, foram elaboradas propostas para a organização da gestão do trabalho, merecendo destaque: ingresso por concurso público; elaboração de plano de cargos, carreira e salários (PCCS); definição de perfil e carreira do gestor, entre outras.

Em contrapartida, em 1995, o Governo Federal, na pessoa do Presidente Fernando Henrique Cardoso envia ao Congresso Nacional a proposta de Reforma Administrativa, com os seguintes pontos principais:

- I. Ampliação da autonomia financeira, administrativa e orçamentária para as autarquias, fundações e empresas públicas.
- II. Flexibilização da estabilidade, mantendo-a apenas para as carreiras exclusivas de Estado.
- III. Fim do Regime Jurídico Único e a criação de regimes diferenciados.
- IV. Implantação do modelo de Contrato de Gestão no serviço público.
- V. Flexibilização dos mecanismos de admissão de pessoal.

A citada Reforma Administrativa foi aprovada, pelo Congresso, em junho de 1998 com razoável fidelidade ao texto original, após 34 meses de tramitação legislativa. Durante a tramitação da proposta de Reforma, ocorreu a 10ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1996, em Brasília, que consolidou as propostas relativas aos trabalhadores, oriundas das conferências anteriores, propondo uma Norma Operacional Básica (NOB) referente à gestão do trabalho no SUS. Nesse mesmo ano, a SMS de Porto Alegre firma convênios com 24 associações comunitárias para a execução do PSF.

Em outubro de 1997 o Governo Federal edita a Medida Provisória que cria as Organizações Sociais e suas repercussões se farão sentir no decorrer de 1998 e nos anos que se seguiram. Em 1998 a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), submete ao CNS um documento com as propostas orientadoras de uma política do trabalho na saúde. O conjunto dos segmentos envolvidos com a consolidação do SUS discutiu a primeira versão desse documento em fóruns específicos e, a partir de quatro grandes seminários macrorregionais, realizados com representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), de entidades dos trabalhadores estaduais e municipais, de universidades e escolas de saúde foi realizada a sua revisão.

Esse documento foi resultado de sucessivos processos participativos de aperfeiçoamento, com ampla divulgação e recomendação de discussão na CIT, nos CES, nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), nas Mesas de Negociação do Trabalho no SUS e com os gestores das três esferas governamentais, para a elaboração final pela CIRH e aprovação do CNS.

No entanto, em 23 de março de 1999 foi promulgada a Lei nº 9.790, que regulamentou o chamado Terceiro Setor para parcerias com o setor público, cuja atuação com o Estado se faz por meio do “termo de parceria”.

O documento com os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS) foi aprovado na 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000. A partir de então, foi elaborado um instrumento normativo a ser pactuado entre os gestores do SUS, por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e publicado pelo CNS, a ser implementado pelas três esferas de Governo, respectivamente, Federal, Estadual e Municipal. No mesmo ano, a SMS de Porto Alegre firma convênio com FAURGS para a contratação dos profissionais.

Entretanto, em 2002, a então Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde publica o texto intitulado *Modalidade de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde*: um pacto tripartite, que admitia a vinculação do ACS de forma direta (cargo ou emprego público, providos por concurso público) e indireta (mediante contrato, convênio ou termo de parceria com entidades privadas).

Em Porto Alegre, mais precisamente em 2002, operavam 56 equipes do PSF sendo monitoradas pelo Conselho Municipal de Saúde. A partir da leitura da ata da

plenária do CMS é possível verificar que existiam, à época, problemas com os incentivos financeiros, já que o repasse feito pelo Governo Federal cobre apenas 18 a 20% do investimento.

Programa de Saúde da Família – PSF: a coordenadora do programa apresenta a evolução do Programa cujo projeto iniciou em 1995 e a implantação em 1996. Destaca que atualmente existem 56 equipes funcionando e que a proposta da SMS é 100 equipes. Salaria que por exigência do Ministério da Saúde, cinco equipes foram duplicadas por terem ultrapassado o número de famílias preconizados pelo mesmo: Jardim Cascata, Santa Tereza, Ponta Grossa, Esmeralda e Morro dos Sargentos, sendo que a sexta, PSF Castelo, aguarda reforma para implantar outra equipe. Em relação à Saúde Bucal, cuja instalação em cinco PSF's foi definida em plenária do CMS, somente duas não estão funcionando devido a problemas estruturais. Informa que do total de gastos mensais com folha de pagamento o valor do incentivo do Ministério da Saúde cobre, em torno, de 18 a 20%, cabendo ao município o restante (Plenária do CSM de Porto Alegre em 18/07/2002).

Em novembro de 2003, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução 330/2003, deliberou pela aplicação dos Princípios e Diretrizes para a NOB-RH/SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, recomendando a sua publicação e divulgação nacional. Os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para o SUS (NOB-RH/SUS) contêm orientações políticas e gerenciais referentes à Gestão do Trabalho, ao Desenvolvimento dos Trabalhadores, à Saúde Ocupacional para o Trabalhador da Saúde e ao Controle Social na Gestão do Trabalho no SUS, tais como:

3.6. Das Formas de Vinculação e Acesso aos Cargos Públicos:

3.6.1. Nos Serviços Públicos (Administração Direta e Indireta, incluindo as Agências Executivas, as Organizações Sociais, onde houver, e os Consórcios Intermunicipais de Saúde), o recrutamento de pessoal deve ocorrer para o preenchimento de cargos vagos, criados por lei, para suprir as necessidades dos serviços, conforme as atribuições e competências de cada esfera de gestão, compatibilizadas com seus respectivos planos de saúde (nacional, estaduais e municipais), a partir de parâmetros que garantam a qualidade da execução dos serviços. A vinculação do servidor aos respectivos órgãos deve ocorrer através de nomeação dos aprovados em concurso público.

3.6.2. Nos Serviços Privados (filantrópicos e lucrativos) conveniados ou contratados para prestarem serviços de saúde junto ao Sistema Único de Saúde, a contratação de trabalhadores deve ocorrer para garantir o cumprimento das obrigações definidas em cláusulas conveniais ou contratuais junto às instâncias gestoras do SUS, a partir de parâmetros (apresentar sugestões de parâmetros) que garantam a qualidade da execução dos serviços. Os convênios e contratos entre os gestores do SUS e os prestadores de serviços de saúde devem prever a necessidade de trabalhadores por categorias

profissionais, necessária ao bom funcionamento do serviço, objeto do convênio/contrato, estimular a seleção pública para a contratação de pessoal e a execução de planos de desenvolvimento dos recursos humanos, além de outras condições para o cumprimento desses princípios e diretrizes. A contratação de pessoal dar-se-á preferencialmente por meio de seleção pública de trabalhadores, cuja vinculação com a instituição empregadora deve seguir os preceitos da legislação brasileira.

3.7. Da Competência e Responsabilidade de Contratação:

3.7.1. No Plano Geral: de acordo com as atribuições das diferentes esferas de Gestão do SUS, definidas nas Leis Orgânicas da Saúde e nas Normas Operacionais Básicas, compete a cada uma delas contratar e manter o quadro de pessoal necessário à execução da gestão e das ações e serviços de saúde, conforme a necessidade da população e a habilitação da esfera de gestão, definida por Normas Operacionais Básicas, observadas as normas do Direito Público e Administrativo. Assegurar, no respectivo Plano de Saúde, a previsão do quadro de Recursos Humanos necessários à sua implementação, baseada em estudos para dimensionar a situação de cada unidade ou serviço de saúde, considerando-se a capacidade instalada, o perfil epidemiológico, a missão institucional e parâmetros de necessidade de pessoal, além dos mecanismos de controle de contratação e tipo de vínculo (Resolução nº 330/2003).

A NOB-RH/SUS apresenta os principais pontos da legislação vigente para a gestão pública do trabalho, normatiza a sua aplicação e sugere mecanismos reguladores da relação dos gestores com os prestadores de serviço de saúde, com respeito às suas responsabilidades nas relações entre gestores e trabalhadores, entre trabalhadores e prestadores e dos pactos intergestores. Um grande mérito do documento é o de haver sido elaborado de forma participativa, democrática e descentralizada, com inúmeras negociações entre trabalhadores e gestores, sempre mediadas por atores que fazem o controle social do SUS nas Conferências e no CNS (BRASIL, 2005).

Atendendo a deliberação e considerando a aprovação do documento Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução nº 330 de 04 de dezembro de 2003, que tornou mais urgente a necessidade de aprofundar a reflexão sobre os temas relevantes da área de recursos humanos em saúde, o CONASS realizou o Seminário para Construção de Consensos, com o tema: RECURSOS HUMANOS: UM DESAFIO DO TAMANHO DO SUS, nos dias 01 e 02 de abril de 2004, no Rio de Janeiro.

Nas plenárias do CMS/POA realizadas em 2002, é possível verificar que desde então há cobrança por parte dos conselheiros relativa ao tipo de vínculo trabalhista a ser praticado na contratação dos profissionais para o PSF.

Conselheiro Nei solicita esclarecimentos à Secretaria sobre como é feita a contratação de pessoal para os PSF's e considera esta forma

de implantação adotada aceitável apenas como cobertura de vazios de atendimento, mas não considera adequado como Política de Saúde para o município de Porto Alegre, o que na sua opinião, isto é o início da privatização da saúde. (...) Dr. Armando diz que a partir da reorganização da atenção primária o PSF está integrado ao Sistema de Saúde com as mesmas atribuições e responsabilidades de uma Unidade de Saúde com a vantagem de ter uma população definida. Em relação a privatização da saúde esta não acontece. Alguns PSF's estão instalados em prédios de associações comunitárias com uso fruto do Estado. Os funcionários são contratados através da CLT com todos os direitos trabalhistas (Plenária do CMS de Porto Alegre em 18/07/2002).

Em 2003, como principal instrumento do Governo Federal para a consecução da NOB-RH/SUS, foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), cujo objetivo principal é implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e dos trabalhadores de saúde em conformidade com os seus princípios e diretrizes.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde de dezembro de 2003, em Brasília, reiterou aos gestores das três esferas de governo e às instâncias de controle social do SUS, com base nessa valorização e iniciativa governamental, a imediata adoção dos termos da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde como instrumento efetivo para a consolidação do SUS, o comprometimento dos trabalhadores com os serviços públicos de saúde, a dignificação do trabalho e dos trabalhadores de saúde e o cumprimento das responsabilidades sociais das instituições formadoras de recursos humanos para a saúde.

Em Porto Alegre, no ano de 2004, a plenária do CMS trouxe para o centro dos debates os convênios com o setor privado. A partir da leitura da ata da plenária é possível verificar as dificuldades encontradas, pelo grupo, para manter a atenção básica.

PAUTA: Proposta de Convênio entre a SMS e a AHMV (Associação Hospitalar Moinhos de Vento) para implantação de 30 PSF's e um hospital geral de 130 leitos na Restinga. O coordenador explana que a comissão que estudava o convênio produziu relatório que foi distribuído à plenária. O H.J.Z, coordenador do CMS de 1996 à 2003, (..) lembra que há alguns anos o Controle Social de Porto Alegre lutou contra o repasse do C.S Bom Jesus à Santa Casa. Pergunta aos presentes se o HMIPV já funciona a pleno. O Sr. D. A. diz que trata-se de mais um sapo para engolir e que os conselheiros precisam de prazo para decidir pois gera medo o fato de estar se direcionando a saúde para o setor privado.(...) A saúde pública privatizada preocupa. O Sr. André do SINDSPREV diz que há previsão de que as USs Restinga, Macedônia e Belém Novo sejam repassadas ao HMV. (...) É preciso discutir, pois não podemos ser ingênuos, grandes lutas já se travaram aqui contra as privatizações e apela para que não se vote hoje, pois seria o mesmo que dar de graça para a iniciativa privada.

(...) Não se pode pular etapas, a saúde tem que permanecer pública. Héverson da comissão de saúde do OP verifica que inicialmente não houve diálogo, nem debates.(...) Declara-se preocupado com a terceirização no PA da Lomba mas que isso, também, não é nenhuma novidade na região, nem na cidade. A Restinga tem 130 mil habitantes o que dá mais de 15 mil usuários por unidade de saúde. Algumas pactuações já ocorreram e o que está em discussão. (...) A Secretária S. F. propõe que se faça a leitura e apresentação da proposta, caso haja acordo se vota, caso contrário que se convoque outra plenária para daqui a 24 ou 48 horas. M.L. da US Ponta Grossa reitera que a proposta foi colocada "Guela Abaixo". Já existem reclamações do Atendimento prestado pelo H MV na Restinga. (...) O Sr. G.B. (GHC) diz que não se trata de Terceirização. O MS acaba de lançar a "Farmácia Popular" porque 75 milhões de Brasileiros não tem acesso a medicamentos. O Governo junto com o Controle Social têm que acompanhar o que contratou, pois os usuários não têm vale transporte para buscar tratamento. M.I.D. se sente muito preocupada. Os usuários têm o direito à Saúde. Mas porque não aumentar os Recursos Financeiros? Terceirizar é falta de competência. (...) A Sra. M.E.O. pergunta o que contempla o custo de 10 mil reais/equipe de PSF? Considera o prazo de cinco anos muito longo. (...) Ana Moreira pergunta se com a transferência dos 12 mil reais por equipe, mais convênio os prédios ficarão por conta de quem? Os Técnico serão contratados por CLT ou por Agência Terceirizada do AHMV? Caso seja nesse sentido, o processo está contrário ao M.S que considera estas formas de contratação uma precarização da Saúde, e que as questões trabalhistas não estão claras. Qual o custo do PSF para a PMPA? E para o H MV? O custo de 30 mil reais/equipe é praticamente a folha de pagamento. A SMS vai repassar ao H MV os recursos previstos para o PSF pelo MS e SES/RS?(...) S. F. destaca que nenhum contrato firmado pela PMPA precariza a relação de trabalho. (...) O Sr. A.P. destaca que pela legislação está prevista a prioridade de conveniamento primeiro com os públicos, depois com os filantrópicos e por último com os privados. Pergunta se a capacidade dos públicos como HPS/HMIPV/GHC e HCPA já foram esgotada?(...) O Sr. L.H.M. fala que a implantação das equipes de PSF será executada até 2006 e a lógica de sistema não pode ser quebrada. Ana Moreira diz que não é função do privado cuidar da saúde pública na atenção básica. O Sr. L.H.M diz que o comando é único. (...) S.F. diz que o SUS tem que ir construindo as alternativas. Gostaria que a atenção básica ficasse a cargo do Gestor mas a cidade tem carências e não tem capacidade de reposição imediata. O H MV faz uma oferta de parceria. Confia na capacidade de Gestão da SMS e do Controle Social (Ata nº 11 de 2004 da Plenária do CMS de Porto Alegre)

A 3ª Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador, realizada em março de 2006, em Brasília, mais uma vez apontou a necessidade de valorizar os profissionais. Propõem que o quadro de funcionários seja recomposto e ampliado, por meio de concurso público.

9. Garantir a fiscalização conjunta dos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, da Saúde e do Meio Ambiente, em articulação com o Ministério Público do Trabalho, onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, como nas arvoarias, madeiras, canaviais, construção civil, agricultura em geral, calcareiras, mineração, entre outros.

10. Recompôr e ampliar os quadros técnicos e administrativos do Instituto Nacional do Seguro Social-INSS (Serviço Social, Reabilitação Profissional, Perícia multiprofissional), do Ministério do Trabalho e Emprego (Delegacia Regional do Trabalho - DRT e Fundacentro) e do Sistema Único de Saúde, nas três esferas de gestão, por meio de concurso público, garantindo o ingresso de equipes multiprofissionais, capazes de atender as demandas da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, inclusive a população indígena. (RESOLUÇÕES DA 3º CNST, março de 2006)

Entretanto, mais uma vez as ações não condizem com as diretrizes, pois em 28 de março 2006, o MS edita a Portaria nº 648, que consolida e estabelece o PSF como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica. No entanto, a citada Portaria incentiva as SMS a estabelecerem TERMOS DE PARCERIA com as OSCIP's.

2.1 - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e a do Distrito Federal:

V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e

XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

Em 17 de agosto de 2007, foi assinado um novo TERMO DE PARCERIA entre a Secretaria da Saúde de Porto Alegre e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público Sollus, de São Paulo.

O presente TERMO DE PARCERIA tem por objeto, mediante a conjugação de esforços dos PARCEIROS, o desenvolvimento de ações para qualificar a Atenção Primária à Saúde à população porto-alegrense, nas áreas de atuação das Unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Estratégia de Saúde da Família, elegendo essas unidades como locais de desenvolvimento integrado de projetos de pesquisa, ensino e extensão e serviços, que realizar-se-á por meio de estabelecimento de vínculo de cooperação entre as partes e de acordo com o estabelecido nos ANEXOS que compõem o presente. (...)

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS ATRIBUIÇÕES

1- São atribuições do Município [de Porto Alegre]:

- a) realizar repasses à OSCIP, na forma prescrita neste instrumento, obedecendo as datas e valores estabelecidos para cada etapa, conforme Plano de Trabalho e Cronograma de Desembolso, anexos ao presente instrumento;

- b) gerir conjuntamente o desenvolvimento do objeto do TERMO DE PARCEIRIA, através da SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE;
 - c) (...)
 - d) (...)
 - e) (...)
 - f) colaborar na avaliação dos trabalhadores capacitados pela OSCIP;
 - g) responder pelos encargos de limpeza, manutenção e vigilância dos prédios, de abastecimento de água, luz e telefone, de fornecimento de material de consumo nos prédios envolvidos nas ações previstas no TERMO DE PARCEIRIA;
 - h) definir e supervisionar o cumprimento das normas e rotinas de funcionamento das Unidade Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, conforme as diretrizes do SUS;
 - i) (....)
- 2 São atribuições da OSCIP:
- a) cumprir suas obrigações relativas à execução do Objeto deste TERMO DE PARCERIA, na forma como estabelecido no plano de trabalho e cronograma financeiro;
 - b) (....)
 - c) (....)
 - d) (....)
 - e) (....)
 - f) (....)
 - g) (....)
 - h) apoiar o trabalho da Estratégia de Saúde da Família no atendimento à população adstrita às unidades onde houver equipe implementada;[...]"

Com a publicação da Lei nº 790, das OSCIP's, em 23 de março de 1999, os contratos de prestação de serviço passaram a ser utilizados exclusivamente como contratos de fornecimento de mão-de-obra. As Organizações Sociais, OSCIP's e, também, cooperativas e empresas privadas passaram a atuar como intermediadoras de mão-de-obra para atuar no SUS sem concurso público. Contudo sua legalidade, os documentos analisados (como o TERMO DE PARCERIA) apresentado acima, permite caracterizá-lo como um ato de flagrante repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos a empresas de Direito Privado.

Através dessa medida, a Prefeitura de Porto Alegre, através da Secretaria da Saúde, tal como tem ocorrido nesses casos, firma o primeiro Termo de Parceira com a FAURGS no ano de 2000 e, em 2007, o segundo Termo de Parceria com o Instituto Sollus. Como podemos observar nas cláusulas do referido documento, o Instituto não passa de um mero intermediado de mão-de-obra, fato comprovadamente irregular, vide Artigos 37 da Constituição e a 3º da CLT.

Noutros termos, desde a implantação do PSF no município de Porto Alegre, contrariamente ao que preconiza a Constituição Federal de 1988, o concurso público jamais esteve entre as formas de contratação adotadas para selecionar profissionais para atuar no PSF. Em 1996, 2000 e 2007 as contratações deram-se por seleção pública, como se pode observar abaixo.

EDITAL DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL
INSTITUTO SOLLUS – PSF – PORTO ALEGRE

- 1 Do preâmbulo
 - 1.1 O INSTITUTO SOLLUS torna público que realiza o processo seletivo, no período de 22 a 30 de agosto de 2007, dos cargos relacionados no item 3 deste edital, visando a contratação de pessoas por tempo indeterminado, para atendimento ao Projeto Técnico do Programa Saúde da Família, por meio do Termo de Parceria firmado entre este Instituto e Prefeitura Municipal de Porto Alegre por intermédio da Secretaria da Saúde do Município.
 - 1.2 Os cargos serão preenchidos sob o Regime da CLT, em jornada de trabalho de 40 horas semanais. (MARIANO, 2007).

Para o Procurador – integrante do Ministério Público do Trabalho no Estado do Rio Grande do Sul – as OSCIP's poderiam atuar na área da saúde, ou em outra área social, caso elas tivessem estrutura própria, ou seja, elas deveriam ser desvinculadas dos órgãos públicos. Assim, elas atuariam no Sistema de forma complementar, conforme disposto na Constituição Brasileira. No entanto, não é este o caso do Porto Alegre, onde a OSCIP, isto é, o Instituto Sollus, substitui a função principal do Município no que tange à Atenção Básica em saúde. Segundo o Procurador, a grande maioria das OSCIP's já nascem com determinada finalidade para atuar na administração pública, configurando-se uma fraude.

O fato de um ente público celebrar tal contrato compromete todo o sistema de normas estabelecidas para proteger o patrimônio público. A desregulamentação do Sistema Público de Compra de Bens e Serviços, a Lei nº 8.666 de 1993, a chamada (Lei das Licitações) e Transferência de "poupança pública" ao setor privado lucrativo. Mais uma vez a Administração Pública ocorre em ato ilícito, prejudicando o controle dos bens públicos. Tal fato é assim apontado pelo Ministério Público, como mostra o documento a seguir. Recomendações Nº10/2007, p.1.

O Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, através da Promotoria de Justiça de Defesa do Patrimônio Público desta Comarca, pelos Promotores de justiça signatários, em vista dos fatos apurados no Inquérito Civil PJDPP n.º 187/2007, RSA sobre possível irregularidade no Termo de Parceria firmado entre o Município de Porto Alegre e o Instituto SOLLUS para a execução do Programa de Saúde Familiar, no qual examinadas cópias do processo administrativo n.º 1.0404705 desse Município, referente à celebração

do aludido Termos de Parceria com o Instituto SOLLUS, Organização da Sociedade de Interesse Público, em especial da proposta financeira dessa entidade, verifica que estão previstos significativos dispêndios em recursos a serem antecipados mensalmente pelo ente público, sem suficiente justificativa.

Ao que consta do referido processo administrativo, a proposta financeira do Instituto Sollus foi acolhida integralmente pelo Município, ausente qualquer análise crítica aparente quanto a sua economicidade e sem que tenha havido concorrência de projetos, como previsto pelo art. 23 do Decreto nº3.100/99.

Como já apontado em auditoria do Tribunal de Contas do Estado, nesse Termo de Parceria foram ajustados repasses mensais à entidade privada, entre outros, a título de “encargo, despesas financeiras e provimento” (R\$ 612.144,00), “consultorias especializadas, auditorias, especialização e treinamento” (R\$ 160.327,48) e “despesas técnicas, materiais didáticos, seguros e despesas financeiras” (R\$ 236.415,96), sem melhor discriminação de em que consistirão tais gastos. Também não foi comprovada a adequação dos valores estimados aos praticados pelo mercado, nem oferecida qualquer justificativa para que sejam arcados em sua totalidade pelo erário.

Examinando a “provisão de contas” feitas pelo Instituto Sollus para o mês de setembro de 2007, como parte dos valores antes aludidos foram requeridos ao Município, por exemplo, sempre em caráter genérico, recursos para o pagamento de “advogados” (R\$ 32.000,00), “auditores” (R\$ 15.500,00) “treinamentos” (R\$ 8.000,00), “palestrantes” (R\$ 12.000,00), “aluguel de veículos” (R\$ 14.000,00), “motoristas” (R\$ 8.700,00), informática e tecnologia” (R\$ 18.300,00) “recursos humanos” (R\$ 22.207,48), “mídia, anúncio, campanhas etc.” (R\$ 33.814,04) “material didático e uniforme” (R\$35.000,00), “impressos em geral” (R\$ 21.500,00), novamente sem qualquer justificativa ou previsão específica no plano de trabalho, quanto a necessidade e montante desses gastos.

Ademais, se tais despesas devem ser suportadas pelo Município (como no caso dos gastos com publicidade, impressos, equipamentos de informática e tecnologia, uniforme, material de escritório etc.) devem ser precedidos de licitação ou de sua regular dispensa, nas hipóteses legais.

Como exemplo da aparente ausência de análise crítica da estimativa dos valores a serem dispendidos pelo erário com esse Termo de Parceria, um dos itens da “provisão de fundos” requerida pelo Instituto Sollus para o mês de setembro é “aluguel de relógio ponto eletrônico”, no montante de R\$ 25.000,00. No entanto, não há nenhuma demonstração, no referido processo administrativo, de que esse valor é compatível com o mercado e de que não é economicamente mais vantajoso a aquisição desse aparelho pela Administração, uma vez que o seu uso deve ser permanente. Também não se esclarece qual a necessidade de gastos de R\$ 32.000,00 com advogados, já no início do termo de parceria, se a entidade, em sua proposta de trabalho, alega dispor de Departamento Jurídico próprio (fl. 07 do referido processo administrativo).

Considerando que **a entidade privada não demonstrou possuir patrimônio significativo** e que vai gerir recursos públicos na ordem de R\$ 2.399.877,00 (dois milhões, trezentos e noventa e nove mil, oitocentos e setenta e sete reais) **mensais**, repassados antecipadamente pelo Município, **são exigíveis garantias para a**

execução do Termo de Parceria, com base Np art. 55, inciso IV e art. 56, cominado com o art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 8.666.93.

Assim, a fim de prevenir responsabilidades individuais e eventual lesão ao erário, o Ministério Público recomenda, com base no art. 6º, inciso XX, La Lei Complementar n.º 75/1993, combinado com art. 80 da Lei n.º 8.625/1993, e art. 56 da Lei n.º 6.536/1976, com a redação dada pela Lei n.º 11.798/2002, bem como no art. 130 da Constituição da República.

1º) **seja suspenso, de imediato**, qualquer repasse de (“encargo, despesas financeiras e provisionamento”; “consultorias especializadas, auditorias, especializações e treinamentos”; e “despesas técnicas, materiais didáticos, seguros e despesas financeiras”), sem que haja prévia retificação do Termo de Parceria para a discriminação do conteúdo, da necessidade e justificativa do valor dessas despesas, inclusive de sua adequação aos preços de mercado, conforme o art. 10, §2º, inciso I, da Lei nº 9.790/90;

2º) as contratações de serviços de terceiros (que não os profissionais da área da saúde que atuarão diretamente nas atividades-fim) para a aquisição de bens se façam necessárias à execução do Programa de Saúde da Família e que devam ser pagas pelo Município devem ser realizadas pelo próprio ente público, evitando-se que a interposição do Instituto Sollus sirva de eventual burla aos ditames da legislação sobre licitações e obrigatoriedade do concurso público;

3º) em especial, quaisquer valores a serem pagos ao Instituto Sollus para o pagamento de “recursos humanos” decorrentes do Termo de Parceria firmado sejam previamente especificados, demonstrando-se a sua adequação ao valor de mercado, nos termos do art.10, § 2º, inciso IV, da Lei nº 9.790/99.

Uma questão importante de ser observada refere-se ao fato de que a terceirizada não tem aparentemente, por não ter demonstrado, lastro financeiro para cobrir indenizações trabalhistas e outros furos fiscais. O que torna a relação com o município perigosa, pois este que deverá honrar as dívidas, correções de juros e moras, pois o município é o responsável solidário do Instituto.

As propostas de reformas estruturais do Estado conduzidas, em 1995, principalmente pelo então Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), apresentava 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 e nesta data precisa, de uma política que colocava o modelo estatutário, cada vez mais, não como um modelo apropriado e único para todos os servidores públicos, mas aplicado apenas àquelas funções inerentes ao próprio Estado, ou seja, funções consideradas como integrantes 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. 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 1990, 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 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. No caso do SUS, a precarização dos vínculos de trabalho no setor público tem algumas particularidades, que decorrem da desestruturação do aparato de Estado e de suas carreiras, fato ocorrido na última década, e dos constrangimentos impostos pelo contexto de restrição fiscal.

Desde 2003, o Ministério da Saúde tem anunciado publicamente e incluso em sua agenda de prioridades a necessidade de formular políticas específicas que busquem resolver este grave problema que afeta diretamente a consolidação do Sistema Único de Saúde. Esta preocupação decorre de um posicionamento mais geral do Ministério, que reconhece e valoriza o trabalho humano em todas as suas dimensões, pois a saúde se faz com gente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Com base nas reflexões até aqui realizadas, serão focalizadas, no item a seguir, questões de ordem ético-política entendidas como incontornáveis face ao objetivo geral desse estudo.

2.2 DIREITO DE CIDADANIA E POLÍTICA PÚBLICA: UM RETORNO AO VÍNCULO COMPLEXO ENTRE A ÉTICA E A POLÍTICA

Em sua análise sobre o problemático vínculo entre a ética e a política, Chaui (1995) demonstra que a possibilidade de uma contribuir para com a outra, preservadas as suas especificidades, está no fato de que ambas têm o mesmo fundamento: a liberdade. Ou seja, se a política opera com base no critério da liberdade, da justiça e das finalidades humanas, há, na raiz da política, um valor que é ético. Esse valor pode ser chamado de liberdade, de justiça ou de responsabilidade. Por sua vez, a marca dos seres humanos é a liberdade, dado que agem por deliberação, por escolha, por decisão, escolhendo, em tal medida, os fins das ações que realizam, das práticas e dos comportamentos.

Esse fundamento comum para a ética e para a política, que é a liberdade, vai introduzir um complicador. Este complicador é um complicador para a ética e para a política e para a relação entre ambas, na medida em que falar em liberdade como critério da vida ética, torna a ética uma coisa irreal, visto que a igualdade pela qual ele iria funcionar não existe, já que a igualdade entre os homens é feita por uma divisão social, entre os desiguais, e torna a política incapaz de realizar a liberdade. Nasce, com isso, o problema da violência⁴. Ratificando Chaui (1995), entendemos por violência como sendo todo ato pelo qual o ser humano é tratado desprovido da sua humanidade.

Assim, a violência é percebida, aqui, no tratamento, ou melhor, nas condições que são oferecidas, pela administração pública, aos profissionais chamados a exercer a sua profissão na área da saúde. Ela se expressa no tipo de vínculo trabalhista que lhes é proposto, convocados que são a assumirem um contrato que, de forma distinta a outros profissionais que atuam no Município, não lhes garante a estabilidade, apesar de, no cotidiano, terem que enfrentar a incerteza, a insegurança, quando não com a falta de recursos físicos e materiais.

⁴ A violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos. Na medida em que a ética é inseparável da figura do sujeito racional, voluntário, livre e responsável, tratá-lo como se fosse desprovido de razão, vontade, liberdade e responsabilidade é tratá-lo não como humano e sim como coisa [...]” CHAUI, Marilena. Ética e violência. In: COLÓQUIO INTERLOCUÇÕES COM MARILENA CHAUI. 1998, Londrina. mar. 1998/São Paulo. abr. 1998, p.2.

Quando seja por via documental ou pessoalmente as pessoas envolvidas na implementação de políticas públicas denunciam situações de desrespeito aos direitos trabalhistas e violação dos direitos constitucionais, elas estão efetivamente falando de um tipo de violência. Não é uma violência física, apesar desta ocorrer, muitas vezes, pela falta de segurança nos locais de trabalho; eles falam sim de uma violência velada, que embora não cause indignação de pronto, solapa direitos, comprometendo o sentido humano e social do trabalho. E isso merece toda a nossa atenção: Vê-la surgir diariamente, inclusive e conforme já referido, na insegurança dos profissionais e usuários da saúde nos próprios locais de atendimento.

Chauí (1995) apresenta três critérios por meio dos quais a compatibilidade entre a ética e a política pode se realizar. Primeiro critério: a relação entre meios e fins é uma relação na qual não há exercício da violência. Trazendo este critério para o contexto do nosso estudo de caso, pode-se dizer que o meio – legalidade - é a forma adotada na contratação dos profissionais para atuar no PSF, e o fim, que é o próprio homem, é a concretização do Direito à Saúde através da estratégia do PSF.

Nesses termos, o recurso pela administração pública da terceirização tipificada como uma forma ilícita, incluso o representante do MPT, coloca os profissionais contratados na condição de mercadoria. A violência se opõe à ética. Com efeito, negar direitos é uma violência, é reduzir o homem a uma coisa, ato pelo qual o homem é tratado como um ser desprovido de sua humanidade.

Nesse sentido cabe retornarmos a Dallari (1998), pois o mesmo julga que qualquer ação humana que tenha reflexo sobre as pessoas e seu ambiente deve implicar o reconhecimento de valores e uma avaliação de como estes podem ser afetados por essa intervenção. Um desses valores é a própria pessoa, com suas peculiaridades. Ignorar essa valoração ao praticar atos que produzam algum efeito sobre a pessoa humana, como está ocorrendo no caso em estudo, é reduzir a pessoa à condição de coisa, retirando dela sua dignidade, configurando-se um ato de violência.

Assim sendo, se a política na esfera pública for capaz de tratar os fins políticos sem exercício da violência, teremos uma política ética, pois estaríamos tratando o ser humano como um sujeito e não como um objeto. Ou seja, tratar o ser humano como sujeito e não como objeto é tratá-lo eticamente.

O segundo critério para a relação entre a ética e a política é a idéia de que nenhuma autoridade é legítima se ela for despótica e arbitrária. Esse critério fica

comprometido quando o gestor público fere os princípios constitucionais, tal como apresentados no Art. 37 da Constituição Federal.

Uma dessas evidências, no que tange à atuação do gestor público relativamente ao caso em análise, é quando este toma a decisão de mudar de intermediadora para a alegada seleção de mão-de-obra para o PSF, sem ter o aval para tanto de parte do Conselho Municipal de Saúde, do Ministério Público do Trabalho, incluso do Tribunal de Contas da União. O que transparece neste caso é o exercício e trato da coisa pública segundo critérios baseados na vontade pessoal, arbitrária acima de todas as outras, já que não se configura, com base nas análises efetuadas aqui, uma justificativa plausível para a realização da referida mudança. Aliás, mesmo que houvesse, os fatos aqui apresentados demonstram que há irregularidades, cabendo a ele, em virtude de sua promessa enquanto homem público, a responsabilidade de agir com justiça.

Tal como refere Comparato (2006), quem age de acordo com os princípios éticos não se satisfaz em apenas compreender o que é justo ou injusto, e sim procura, em qualquer circunstância, por meio de sua ação ou decisão, realizar a justiça e evitar a injustiça.

O último critério, segundo Chauí (1995), é a idéia de pensarmos a liberdade como a capacidade de criar o possível, de inventar o novo. A forma política é a democracia e a forma ética é a liberdade através dos direitos. Assim, a democracia configura-se no campo de criação do direito e a ética como a afirmação dos direitos.

No campo em estudo, existe, segundo Machado (2002), um mito de que é possível fazer saúde com profissionais recrutados de qualquer maneira e pagos por tarefa cumprida. Para a autora, a adoção de uma “política de cortadores de cana”, que recebem por produção e de forma sazonal, implantada no setor saúde nestes últimos anos, é absolutamente incompatível com um Estado responsável pela saúde da população e, claro, pelos profissionais que produzem este bem precioso. Ela afirma enfaticamente que o sentimento de vida contrariada imposta aos trabalhadores da saúde no Brasil precisa ser removido. O prazer pelo trabalho, a dedicação ao paciente e o compromisso pela saúde da população terão que ser resgatados.

O que está sendo proposto, numa palavra, é que o ambiente de trabalho destes profissionais precisa ser reestruturado, tornando-se menos inadequado à boa prática da saúde. A tecnologia, a gerência racional, as organizações de saúde pouco

estruturadas, a violência nos ambientes de trabalho, os salários baixos e a ausência de carreira profissional fortalecem este estado de vida contrariada de nossos profissionais de saúde. Da mesma forma que devemos nos sensibilizar com o combate à fome no País, precisamos, sem exageros, combater a cultura de “desumanização” do trabalho dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o presente trabalho, estamos cientes da sua complexidade e das suas limitações, razão pela qual a análise do tema não poderia ser aqui esgotada. A proposta do estudo consistiu em investigar a seguinte questão de pesquisa: **No âmbito da gestão em saúde no Município de Porto Alegre, quais as implicações éticas de afirmar Direitos de cidadania por meio da criação de políticas públicas, a exemplo do PSF, quando formas de contratação incentivadas pelo Programa, os solapam daqueles a quem é atribuída a responsabilidade profissional por sua execução.**

A questão de pesquisa e toda a busca realizada, com base nesta, por meio de análise bibliográfica e documental e via entrevistas é, em sua essência, um questionamento sobre as razões que levaram à cessação do contrato de prestação de serviços entre a PMPA e a FAURGS. Este fato não apenas levou à crise na atenção básica em saúde no município de Porto Alegre: ele trouxe à tona, para as partes direta e indiretamente implicadas, a realidade da precarização das relações de trabalho no âmbito do PSF, assim como as contradições e dificuldades em sua efetivação, tendo em vista que é uma política pública criada para atender o Direito à Saúde na Atenção Primária.

Falar em Direito à Saúde, Direito ao Trabalho, Políticas Públicas e Ética é, sem dúvida, focalizar um conjunto de temas complexos e interligados que tornaram nada simples ou a tarefa de pesquisador. Reconheço, aqui, a dificuldade que tive durante esse caminho, mas com certeza finalizo esse processo com uma outra visão de mundo. Uma visão certamente, mais ética e comprometida com princípios esclarecidos sobre gestão pública da saúde. Finalizo com uma grande capacidade de me indignar face ao tipo de problemas existentes hoje na área e, sobretudo, face as suas causas e origens.

O eixo que articulou e costurou este trabalho foi esta reflexão sobre as implicações éticas de se criar políticas públicas como forma de garantir direitos, com simultâneo recurso, em sua viabilização, a formas de contratação que precarizam as

relações de trabalho. Essa proposta voltada para o estudo da experiência da PMPA com o PSF encontrou repercussão, conforme acima indicado, num grande número de documentos pesquisados e analisados, e nas falas dos entrevistados, exigindo um amplo e cuidadoso trabalho de pesquisa, estudo e seleção criteriosa dos materiais.

Com relação ao respeito ao Direito à Saúde, esse se encontra respaldado no processo de construção e implementação do SUS desde seus primeiros momentos, passando pelos anos de 1986 a 1988 – ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ano em que foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil – perpassando o ano de 2008, vinte anos passados, e permanecendo como desafio à espera de solução no ano corrente de 2009.

Quanto ao Direito Trabalhista na área da Saúde, já não é possível tecer o mesmo comentário, pois como foi demonstrado nesse estudo, as diretrizes trabalhistas não se aplicam de forma a assegurar os Direitos dos Trabalhadores. Os documentos pesquisados indicam que as ações desrespeitam essa prerrogativa, como no caso da Portaria nº 648 do MS, de 28 de março de 2006, que incentiva as SMS's a estabelecerem Termos de Parceria com as OSCIP's para a execução do PSF. Tal fato induz os gestores a recorrerem a mecanismos ilícitos, e até mesmo ilegais (DANTAS, 2007), como os apresentados neste trabalho.

As violações aqui referidas são aviltantes e as reações são condescendentes. A máquina pública, na figura dos seus dirigentes, tem ciência dos fatos e uma resposta ética, humana, responsável, com legalidade, está sendo no mínimo encaminhada à força, para o caso de Porto Alegre, pela via do TAC impetrado pelo MPT do Estado do Rio Grande do Sul. Conforme pode ser verificado, as leis são freqüentemente violadas, e os órgãos responsáveis por essa fiscalização não dispõem de recursos bastantes para bloquear tal situação. O vínculo entre a ética e a política, tal como invocado acima, é, em suma, uma condição de possibilidade, incluso a criação e o respeito aos direitos fundamentais tal com reza a Constituição Brasileira de 1988.

As entrevistas tiveram uma temática preestabelecida, mas sua efetivação se deu numa dinâmica aberta que possibilitou a cada dos envolvidos expressarem seu ponto de vista de forma espontânea, sem um direcionamento estrito ou restritivo. Essa inflexão metodológica trouxe uma dificuldade de unificação temática, mas propiciou que os entrevistados se expressassem de maneira mais franca e aberta. O

decorrer da análise possibilitou e tornou possível uma complementaridade de pontos de vista. Evidentemente, cada pessoa, e tal era o objetivo, considerou os temas e olhou para o objeto da pesquisa a partir de um lugar que lhes é singular, próprio.

Ou seja, para o representante do MPT do Estado do Rio Grande do Sul, a possibilidade de um entendimento, só pode ser viabilizada, invocando questões de Direito e Justiça. Para o CMS de Porto Alegre, na visão do entrevistado, a solução só pode ocorrer através do respeito aos Direitos e com base em medidas que emanam das instâncias do SUS. Para a PMPA, à época em que a entrevista foi concedida, a situação estava sob controle, não havendo motivos para preocupações maiores, já que o gestor municipal, responsável por tais declarações, declara estar agindo com base em prerrogativas que atendiam os dispositivos legais previstos para o caso em referência.

Cabe por fim referir que a discussão sobre os vínculos de trabalho dos profissionais da saúde e administração pública é mais complexa do que aparenta ser, pois ela não é resultado de uma simples decisão do setor saúde em contratar desta ou de outra forma. Ela decorre de importantes mudanças ocorridas ao longo da década de 1990, na economia nacional, na administração pública e nas formas sociais de trabalho.

Todavia, o que parece faltar é a decisão dos atores sociais em assumir o problema para si em cada esfera de governo. As secretarias municipais de saúde convivem com a paradoxal situação em que o reconhecimento do papel e da importância dos profissionais de saúde nos serviços municipais se defronta com sua incapacidade ou falta de vontade política, de vincular esse profissional de forma permanente à instituição. Tal prerrogativa, antes de ser ética, é uma condição de ordem legal. Donde a premência do invocativo sumarizado acima: Política pública e ética da responsabilidade: a (re)ligação [mais do que] necessária.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana L. **Alguns apontamentos sobre a história da política de saúde no Brasil.** Informe-se em promoção da saúde, n.2.p.01-02. jan-jun. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acessado em: 20/11/2007.

ARISTOTELES. **Ética a Nicômaco.** Traduções, Textos adicionais e notas Edson Bini. Bauru, Sp: EDIPRO, 2º ed., 2007.

AYERS, JRCM, França Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 117-39.

ÁVILA, F. B. de S.J. **Pequena Enciclopédia de Moral e Civismo.** Rio de Janeiro, M.E.C., 1967.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos.** 4º impressão. Tradução de Luiz Nelson Coutinho. Editora Campus. Rio de Janeiro. 1992.

BUCCI, Maria Paul Dallari (Org.) **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico.** São Paulo: Saraiva. 2006.

BRADLEY, Jana. **Methodological issues and practices in qualitative research.** *Library Quarterly*, v. 63, n. 4, p. 431-449, Oct. 1993.

BRASIL, **Programa Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretária Executiva.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRSSER, Pereira. **A Reforma do Aparelho do Estado.** Disponível em: <<http://www.nudes.ufu.br/disciplinas/arquivos/Reforma%20do%20Estado%20-%20Bresser.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2008.

BUONOCORE, Jackson César [sociólogo pós-graduado em cooperativas], Evandro Paulo Brizzi. [Procurador do Ministério Público do Trabalho de Santa Maria Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS] - **Na mira de investigadores Polêmica** Acesso em 10/12/2007. <http://www.hospifilrs.org.br/portal>.

CAMINO, Carmem. **Direito individual do trabalho.** 4º Ed. Porto Alegre: síntese, 2004.

CHAUÍ, M. Público, privado, despotismo. In: NOVAES, A. **Ética.** São Paulo: Companhia das Letras/Secretaria da Cultura, 1992. 345-90

CHAUÍ, Marilena. **Ética.** Vídeo Cultura – co produção tv cultura. 1997.

CHERCHIGLIA, ML; Girardi, SN; Vieira, RC; Marques, RBA; Rocha, PMW; Pereira, LAC.1998. **Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria de Minas Gerais**, Brasil, 1992-1995, Rev Panam Salud Publica 4 (2).

CRANSTON, Maurice. **O que são os direitos humanos?** Rio de Janeiro: DIFEL. 1979.

COMPARATO, Fábio Konder. **Ética : direito, moral e religião no mundo moderno** - São Paulo : Companhia das Letras, 2006.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Análise Preliminar de Contas do Instituto SOLLUS** – setembro 2007 – abril 2008.

DARCANCHY, Mara Vidigal. **Direito ao Trabalho**. Disponível em: <http://www.direitoemdebate.net/art_direitoaotrabalho.html> Acesso em: 13 SET.2008.

DALLARI, Dalmo de A. **Elementos de teoria geral do estado**. São Paulo: Saraiva, 1998.

DANTAS, Adriano M.. **A terceirização do Programa Saúde da Família: prática ilegal**. Disponível em:< <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9825>.> Acessado em: 16/12/2007.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. **Introdução: A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa**. In: DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. (orgs). Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage, 2006.

FALEIROS, Vicente de P. A reforma do Estado no período FHC e as propostas do governo Lula. In: ROCHA, D.; BERNARDO, M. (orgs.). **A era FHC e o Governo Lula: transição?** Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004.

FOLTZ AM. The policy process. In: Janosvsky K, editor. **Health policy and systems development: an agenda for research**. Geneva: WHO; 1996. p. 207-26.

GARRAFA, Volnei. OSELKA ,Gabriel. DINIZ, **Débora. Saúde Pública, Bioética e Equidade**. <http://www.cremeb.cfm.org.br/revista/bio1v5/saudepub.html>. Acesso em: 19 Dez. 2007.

DELGADO, Maurício Godinho.**Curso de Direito do Trabalho**. 5. ed. São Paulo: LTr, 2003.

GODOY, Arilda S., *Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades*. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, n.2, Mar./Abr. 1995a, p. 57-63.

KAPLAN, Bonnie & DUCHON, Dennis. **Combining qualitative and quantitative methods in information systems research: a case study**. *MIS Quarterly*, v. 12, n. 4, p. 571-586, Dec. 1988.

LASWELL, Aswell, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland, Meridian Books.1936/1958.

LOPES, Otavio Brito. Flexibilização do Direito do Trabalho: um bem ou um mal? **Revista Jurídica Consulex**. n. 123. p. 15 a 24. 25 de fevereiro de 2002.

LUCHESE, Patrícia T. R. (Coord); AGUIAR, Dayse Santos; WARGAS, LIMA, Tatiana, Luciana Dias de; MAGALHÃES, Rosana, MONERAT, Giselle Lavinias. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MACHADO, Maria Helena. **Gestão Pública e Ética no Trabalho**. BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 119-126 p.

MARIANO, Nilson. Impasse no PSF perdura há dois anos. **Zero Hora**, Porto Alegre, 23 ago. 2007. Saúde. p, 48.

MARQUES, Rosa Maria. MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência e Saúde coletiva**. vol.8 no.2 Rio de Janeiro 2003.

MAIOR, Jorge LS. **Terceirização na Administração Pública: uma prática inconstitucional**. São Paulo. 2006. Disponível em: www.anamatra.org.br/hotsite/conamat06/trab_cientificos/teses/Terceirização%20no%20setor%20público.rtf Acessado em: 10/02/2008.

MENDES, Eugênio V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: Mendes EV, Organizador. Distrito sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.

MILES, Matthew B. & HUBERMAN, A. Michael. **Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods**. Beverly Hills, CA: Sage, 1984. 263p.

MILLS, C. W. **A imaginação sociológica**. [1959]. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Relatório do Simpósio Nacional sobre Política de Desprecarização de trabalho no SUS**. 26 de agosto de 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O **Perfil dos Médicos e dos Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil**. Secretária de Política Pública, Secretária de Atenção Básica. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/prefacio.html> Acessado em 03/12/2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000

MINISTÉRIO PÚBLICO. **Recomendação nº 10/2007**. Porto Alegre, 23 de outubro de 2007.

MINISTÉRIO PÚBLICO – Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos Humanos. **Termo de Audiência nº 139/2007**. 11 de outubro de 2007.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO – Procuradoria Regional do Trabalho da 4ª Região. **Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta (PI-MPT 520/2004 e PA/MPF 952/2003)**. Porto Alegre, 03 de setembro de 2007.

MISOCZKY, Maria C. **A medicina de família, os ouvidos do príncipe e os compromissos do SUS**. *Saúde em Debate*, 42:40-44. 1994.

MISOCZKY, Maria C.A. **O Campo da atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa se sua produção social**. 186p. Dacasa Editora/PDGSaúde. Porto Alegre, 2002.

MYERS, Michael. **Qualitative research in information systems**. [online], abril 2000. [<http://www.auckland.ac.nz/msis/isworld/>].

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. **Curso de Direito do Trabalho**. São Paulo: Saraiva, 1998.

NETO, Milton MC, **Treinamento Introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

PAIM, Jairnilson.S. **Saúde Política e Reforma Sanitária**. Salvador; Centro de Estudos Projetos de Saúde - Instituto de Saúde Coletiva; 2002.

PATTON, Michael Q. **Qualitative evaluation methods**. Beverly Hills, CA: Sage, 1980. 381p

PESTANA, C. L., VARGAS, L.A., SHIRATORI Teixeira, M., Shiratori, K. Bioética e Precarização do Trabalho do Enfermeiro do Programa e Saúde da Família. **Revista Eletrônica semestral de Enfermagem**. Novembro de 2005. Volume?

PIERANTONI, Celia Regina **As reformas do Estado, da Saúde e recursos humanos: limites e Possibilidades**. Texto publicado na revista Ciência & Saúde Coletiva volume 6. Número 2. ABRASCO. Pg. 341-360 2001.

PRIORI, Ângelo. **Sindicalistas e o debate sobre a CLT**. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/07angelo.htm>> Acesso em: 13 SET.2007

REZENDE, Conceição A. P. **Por uma Política Nacional de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde – SUS** Texto apresentado na 11ª Conferência Nacional de Saúde (Brasília, DF, 15 a 19/12/2000) na Mesa Redonda do TEMA III: Modelo Assistencial e de Gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à Saúde, com Controle Social – Sub-Tema: Proposições e estratégias para a gestão dos recursos humanos para atuarem no SUS, visando o comprometimento com a assistência à saúde acessível, qualificada e humanizada.

RIBEIRO, Sheila Maria Reis Ribeiro. **Reforma do Aparelho de Estado no Brasil: uma comparação entre as propostas dos anos 60 e 90**. VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002. Disponível em <

<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043326.pdf>>. Acesso em 25/03/2008.

RODRIGUES, Eduardo. TCE suspende contrato com o Sollus. **Zero Hora**, Porto Alegre, 23 ago. 2007. Saúde. p, 48.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE. **Termo de Parceria**. Livro 542 D. Folha 067. Registro: 36731. Porto Alegre 03 de setembro de 2007.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 211, 2002.

SIQUEIRA, Paulo H. **Direitos Humanos e Políticas Públicas**. Disponível em <http://www.conpedi.org/manaus/arquivos/Anais/Paulo%20Hamilton%20Siqueira%20Jr.pdf>. Acesso em 10.12.2007.

SOUZA, Renildo. **A Flexibilização das Relações de Trabalho no Brasil**. In: GOMES, Álvaro (org.). O trabalho no século XXI. São Paulo: Anita Garibaldi, 2001 p. 49-77.

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2002, p. 4

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo, Atlas, 1987

VALLS, Álvaro. **Ética**. Editora Brasiliense: São Paulo, 1994. p.07.

VÁZQUEZ, Adolfo S. **Ética**. Trad. De João Dell' Anna. 19ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; Dal Poz, Mario Roberto **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**: Revista de Saúde Coletiva, 2005, vol.15.

YIN, Robert K. (2005). **Estudo de Caso - Planejamento e Método**. São Paulo: Bookman, 5ª Edição.

WILDEMUTH, Barbara M. **Post-positivist research: two examples of methodological pluralism**. *Library Quarterly*, v. 63, n. 4, p. 450-468, Oct. 1993.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone, FORTES Paulo Antonio de Carvalho. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1690-1699, nov-dez, 2004.