



# SEGURIDADE SOCIAL, DESENVOLVIMENTO E SAÚDE

Desafios para o  
mundo do trabalho



Realização



Apoio



**Seguridade Social,  
Desenvolvimento e Saúde  
Desafios para o mundo do trabalho**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S456 Seguridade social, desenvolvimento e saúde: desafios para o mundo do trabalho – São Paulo: Central Única dos Trabalhadores/Secretaria Nacional de Saúde do Trabalhador, 2010.  
108 p. : il.

1. Seguridade social. 2. Saúde do trabalhador - Políticas públicas. 3. Previdência social. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil).

CDU 368.4(81)  
CDD 368.4

(Bibliotecária responsável: Sabrina Leal Araujo – CRB 10/1507)

---

# Direção Executiva Nacional da CUT 2009/2012

**Presidente:** Artur Henrique da Silva Santos  
Ramo: Urbanitário – STI Energia Elétrica de Campinas

**Vice Presidente:** José Lopez Feijóo  
Ramo: Metalúrgico – STI Metalúrgicas do ABC

**Secretário Geral:** Quintino Marques Severo  
Ramo: Metalúrgico STI Metalúrgicas de São Leopoldo

**Secretário de Administração e Finanças:** Vagner Freitas de Moraes  
Ramo Financeiro: Sind. Bancários de São Paulo

**Secretário de Relações Internacionais:** João Antônio Felício  
Ramo: Educação – Sind. Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo

**Secretário de Organização e Política Sindical:** Jacy Afonso de Melo  
Ramo: Financeiro – Sind. Bancários do Distrito Federal

**Secretário de Formação:** José Celestino Lourenço  
Ramo: Educação – Sind. Único dos Trab. em Educação de Minas Gerais

**Secretária de Relações do Trabalho:** Denise Motta Dau  
Ramo: Seguridade Social – Sind. Trab. Públicos da Saúde no Estado de São Paulo

**Secretária de Comunicação:** Rosane Bertotti  
Ramo: Rural – Sind. Trab. Agricultura Familiar de Xanxerê - SC

**Secretária da Mulher Trabalhadora:** Rosane da Silva  
Ramo: Vestuário: STI Calçados de Ivoti -RS

**Secretário de Políticas Sociais:** Expedito Solaney de Magalhães  
Ramo: Financeiro – Sind. Bancários de Pernambuco

**Secretário de Saúde do Trabalhador:** Manoel Messias Nascimento Melo  
Ramo: Comunicação – Sind. Trabalhadores Informática e Proc. Dados de Pernambuco

**Secretária da Juventude:** Rosana de Sousa de Deus  
Ramo: Químico – STI Químicas e Farmacêuticas de São Paulo

**Secretária de Meio Ambiente:** Carmen Helena Ferreira Foro  
Ramo: Rural: STR de Igarapé-Miri, Pará

**Secretaria de Combate ao Racismo:** Maria Júlia Reis Nogueira  
Ramo: Seguridade Social – Sind. Públicos Federais Saúde e Previdência do Maranhão

## Diretores Executivos

Adeilson Ribeiro Telles  
Ramo: Educação – Op. Sind. Estadual dos Prof. de Educação do Rio de Janeiro

Antonio Lisboa Amancio Vale  
Ramo: Educação – Sind. Professores do Distrito Federal

Aparecido Donizetti da Silva  
Ramo: Químico – STI Químicas, Petroquímicas e Plásticas do ABC

Dary Beck Filho  
Ramo: Químico – Op. STI Dest. Ref. De Petróleo do Rio Grande do Sul

Elisangela dos Santos Araújo  
Ramo: Rural Sind. Trab. Agricultura Familiar de São Domingos - BA

Jasseir Alves Fernandes  
Ramo: Rural – STR de Iuna e Urupi - ES

Júlio Turra  
Ramo: Educação – SINPRO – Sind. Professores de Santo André

Junéia Martins Batista  
Ramo: Municipais – Sin. Trab. Adm. Pública e Autarquias de São Paulo

Pedro Armengol de Sousa  
Ramo: Adm. Pública – Sind. Servidores Públicos Federais do Piauí

Rogério Batista Pantoja  
Ramo: Urbanitário – STI Urbanas do Amapá

Shakespeare Martins de Jesus  
Ramo: Metalúrgico – STI Metalúrgicas de Belo Horizonte e Contagem - MG

Valeir Ertle  
Ramo: Comércio e Serviços – Sind. Emp. do Comércio de Florianópolis

## Conselho Fiscal

Waldir Maurício da Costa Filho  
Ramo: Construção Civil – STI Const. Civil do Espírito Santo

Joice Belmira da Silva  
Ramo: Vestuário – STI Vestuário e Calçados de Igrejinha - RS

Pedro Almeida dos Anjos  
Ramo: Rural – Sintraf de Itamaraju

## Suplentes

Marlene Terezinha Ruza  
Ramo: Transporte – Sind. Nacional dos Aeronautas

Sérgio Irineu Bolzan  
Ramo: Alimentação – STI Carnes de Aves, Bovinos Suínos e Derivados de Sidrolândia

Rubens Graciano  
Ramo: Aposentados – Sind. Nacional de Aposentados e Pensionistas



# **Seguridade Social, Desenvolvimento e Saúde**

## **Desafios para o mundo do trabalho**

Dezembro de 2010

**Realização**  
Secretaria Nacional de Saúde do Trabalhador



**Secretaria Nacional de Saúde do Trabalhador**

Manoel Messias Nascimento Melo – Secretário de Saúde do Trabalhador

Dary Beck Filho – Diretor Executivo Adjunto

Claudia Rejane de Lima – Assessora

Gilberto Salviano – Assessor

Antonia Sarah da Silva – Assistente de Secretaria

**Organização e Revisão**

Claudia Rejane de Lima – Assessora

**Secretaria/apoio**

Antonia Sarah da Silva – Assistente de Secretaria

**Projeto Gráfico e Diagramação**

M.Giora Comunicação

**Impressão**

Fabracor

**Tiragem**

3 mil

São Paulo, dezembro de 2010

---

# Sumário

<b>Apresentação</b>	
<i>Artur Henrique da Silva Santos</i> .....	8
<b>Introdução</b>	
<i>Manoel Messias Melo</i> .....	10
<b>Saúde, Previdência e Assistência Social:</b>	
<b>Trajetórias a partir da CF 1988</b> .....	<b>15</b>
Um sistema de seguridade social inclusivo para consolidar um modelo de desenvolvimento sustentável, soberano e democrático – <i>Artur Henrique da Silva Santos</i> .....	17
Na contramão do mundo: A experiência brasileira de seguridade social – <i>Eduardo Fagnani</i> .....	22
Trajetórias da Seguridade Social a partir da CF 1988: O olhar da Saúde – <i>Humberto Costa</i> .....	39
Saúde, Previdência e Assistência Social: Trajetórias a partir da CF 1988 – A perspectiva da Assistência Social - <i>Renato de Paula Francisco dos Santos Paula</i> .....	49
<b>Modalidades de Gestão do Serviço Público</b> .....	<b>57</b>
A experiência de gestão da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo - <i>Arthur Chioro</i> .....	59
Gestão do SUS: O que fazer - <i>Francisco Batista Júnior</i> .....	72
Gestão do SUS: Analisando o presente com os olhos no futuro - <i>Maria Aparecida do Amaral de Godói Faria</i> .....	81
<b>Saúde, Trabalho e Previdência Social: O desafio da intersetorialidade</b> .....	<b>83</b>
A construção da Saúde do Trabalhador - Avanços e recuos - <i>Maria Maeno</i> .....	85
O desafio da intersetorialidade das políticas de saúde do trabalhador: Visão do Ministério da Previdência Social - <i>Domingos Lino</i> .....	99



# Apresentação

8

**É** com grande satisfação que apresentamos a *Revista Seguridade Social, Desenvolvimento e Saúde, Desafios para o Mundo do Trabalho* às nossas instâncias, sindicatos filiados, militância sindical do campo da saúde do trabalhador e da seguridade social e aos nossos parceiros, em especial, a FES- Fundação Friedrich Ebert, entidade que tem uma importante trajetória de solidariedade e apoio às lutas pela democracia no Brasil e em outros países do mundo, com quem a CUT tem uma profícua relação e produção de trabalhos conjuntos.

Presente nas lutas da Central desde a sua fundação, a seguridade social tem um lugar de destaque na Plataforma que a CUT apresentou às eleições de 2010, cujas diretrizes orientarão as estratégias da Central no próximo período. Parte

das propostas apresentadas nos eixos *Valorização do Trabalho e Distribuição de Renda e Inclusão Social*, estruturantes da plataforma, tiveram como subsídio os debates efetuados na oficina, realizada em março deste ano, transcritos integralmente nesta revista.

Compreendemos a seguridade social como direito humano fundamental, que deve assegurar proteção social e o pleno desenvolvimento humano em todas as etapas da vida, o que, necessariamente, requer um Estado compromissado com os interesses da maioria da sociedade, capaz de desenvolver políticas consistentes de trabalho, emprego e renda, de viabilizar políticas de educação, saúde, assistência social, previdência social, habitação e demais condições que permitam sobrevivência digna a todas as pessoas.

A defesa da universalidade, da solidariedade e da ampliação da cobertura vertical e horizontal dos sistemas de seguridade social, com base na Convenção 102 da OIT, são questões que devem ocupar o centro do debate político sindical internacional no próximo período, posto que as investidas neoliberais de responsabilização individual pelas condições de sobrevivência, de flexibilização das

relações de trabalho e de focalização das políticas sociais tendem a ganhar força em decorrência da crise econômica mundial.

No Brasil, em que pese o cenário político-econômico favorável e o fato de o sistema de proteção social brasileiro estar acima dos parâmetros mínimos propostos pela OIT, temos pela frente enormes desafios políticos e estruturais para consolidar a seguridade social como sistema, hoje composto por três áreas que atuam de forma fragmentada – a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social, como também permanece o desafio de reverter o quadro de precarização do mercado de trabalho, cujas conseqüências se expressam no aumento do número de acidentes e doenças, na piora da qualidade de vida, na fragilização do pilar contributivo da seguridade social, dentre outros.

Considerando que o trabalho é um dos principais pilares dos sistemas de proteção social e que a desconstrução dos direitos dele advindos repercute no conjunto da sociedade, a eliminação do desemprego, da informalidade e da precarização são elementos estratégicos na conformação de uma agenda de lutas.

Neste contexto se insere a Saúde do Trabalhador, área da seguridade social que tem relação direta com a ação sindical nos locais de trabalho, onde permanece o desafio de avançarmos na organização

dos trabalhadores e a nossa intervenção sindical nos espaços de controle social e de negociação no âmbito da Saúde, Trabalho e Previdência Social, assuntos abordados nesta Revista.

Reiteramos que, aliado à defesa do trabalho e dos direitos dele derivados, defendemos a responsabilidade pública pela proteção social aos que se encontram em situação de contingência social, e, por isso, demandam serviços sociais como direito de cidadania.

Assim, esperamos que esta Revista contribua para continuar estimulando o debate, promovendo a escuta de diferentes vozes e posicionamentos, com vistas a avançarmos na consolidação do nosso sistema de seguridade de seguridade social, tendo como foco de nossas estratégias a conquista do Trabalho Decente para todos e todas.

Parabéns à Secretaria de Saúde do Trabalhador pela iniciativa!

**Artur Henrique da Silva Santos**  
Presidente – CUT Nacional

# Introdução

10

**A** Revista *Seguridade Social, Desenvolvimento e Saúde, Desafios para o Mundo do Trabalho* é resultado de uma Oficina, que fizemos em março de 2010, em São Paulo, no Salão Azul do Sindicato dos Bancários, para debater e elaborar propostas sobre Seguridade Social e Saúde do Trabalhador para a Plataforma da CUT para Eleições de 2010. Tanto a oficina como esta revista foram possíveis porque contamos com a parceria da FES – Fundação Friedrich Ebert, com as contribuições trazidas pelos nossos convidados - parceiros de luta, e com a participação expressiva de dirigentes dos ramos de atividade e das Estaduais da CUT, a quem, mais uma vez, agradecemos.

A Seguridade Social e a Saúde do Trabalhador não são temas novos na agenda da Central. Desde a sua fundação, em 1983, a CUT defende melhorias nas condições de trabalho, compreendida em sua relação intrínseca com a democratização das relações de trabalho, com o direito

de organização dos trabalhadores e com a importância do fortalecimento dos instrumentos de negociação coletiva, como também defende a proteção social, compreendida como elemento de cidadania, sob a responsabilidade do Estado, seja por meio dos direitos sociais ou de outros mecanismos de regulação, tais como as ações de vigilância em saúde, fiscalização, inspeção e outras.

Nesta trajetória contribuimos com marcos históricos importantes, como a criação do SUS e do próprio Capítulo de Seguridade Social inscrito na nossa Constituição Federal de 1988, processo impulsionado pelos movimentos sociais, com uma participação importante dos trabalhadores e trabalhadoras, em especial os do ramo da seguridade social.

As ações de resistência às políticas neoliberais nos anos de 1990 são outro marco, na medida em que conseguimos impedir a privatização do SAT – Seguro Acidente de Trabalho, por meio de uma forte campanha que dialogou com trabalhadores e outros setores da sociedade, e desenvolvemos outras tantas lutas em defesa da saúde do trabalhador, dos aposentados, das pessoas com deficiência, contra as altas programadas, contra a precarização do trabalho, contra o fator previdenciário, contra a reforma da previdência social etc. além da intervenção nos espaços tripartite do

Ministério do Trabalho e Emprego, no Conselho Nacional de Saúde e Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, no Conselho Nacional de Previdência Social e outros espaços das políticas públicas.

Estas lutas permanecem na agenda dos anos 2000, juntamente com novos desafios e contradições. No que tange à saúde do trabalhador, por exemplo, obtivemos conquistas importantes como a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, a implementação da RENAST – Rede Nacional de Saúde do Trabalhador; a implantação do NTEP Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário e do FAP – Fator Acidentário de Prevenção, mas não avançamos na superação da modelo tradicional de prevenção, baseado na Medicina do Trabalho e na Saúde Ocupacional.

No que tange à Seguridade Social, avançamos com a implantação do SUAS – Sistema Único de Assistência Social e na sua compreensão como um direito de cidadania, mas permanecem diversas barreiras na consolidação do SUS – Sistema Único de Saúde, sobretudo por dificuldades de financiamento. No âmbito da previdência persiste uma lógica securitária, que impõe grandes restrições e problemas para os trabalhadores.

Foi considerando limites e possibilidades, avanços e recuos que a Oficina Seguridade Social, Desenvolvimento e Saúde, Desafios para o Mundo do Trabalho, visou resgatar e discutir os preceitos constitucionais conquistados em 1988, tendo como pano de fundo a situação da economia e do mercado de trabalho e as trajetórias percorridas pelas três áreas que compõem

a seguridade social brasileira, ou seja, Saúde, Previdência e Assistência Social.

No primeiro painel tivemos a participação de Artur Henrique da Silva Santos, presidente da CUT, que fez a abertura da atividade e nos brindou com uma análise da crise da econômica e social instaurada em 2008 e uma contextualização do tema da seguridade social e da saúde do trabalhador na agenda da Central. Destacou, dentre outros aspectos, a importância de avançarmos, na luta pela redução da jornada de trabalho a fim de obtermos uma qualidade de vida melhor dentro e fora do trabalho, sermos mais saudáveis e felizes. Sua contribuição foi transformada em um dos artigos desta revista sob o título *“Um sistema de seguridade social inclusivo para consolidar um modelo de desenvolvimento sustentável, soberano e democrático”*, que sintetiza a estratégia da Central para o próximo período,

Na sequência tivemos a apresentação do companheiro Eduardo Fagnani, economista, professor da Unicamp-SP, que fez um resgate da seguridade social no Brasil, demonstrando que as conquistas da Constituição de 1988, obtidas na rota inversa do neoliberalismo, são inéditas no mundo. Também abordou a tensão entre paradigmas no período de 1990-2010, apresentando conceitos e dados estatísticos das políticas de saúde, previdência e assistência social para demonstrar a viabilidade e os desafios que estão postos para consolidar o sistema de seguridade social brasileiro. Concluiu sua exposição apresentando um conjunto de propostas à Plataforma da CUT para as eleições.

Humberto Costa, médico, ex-ministro da saúde no governo Lula, apresentou uma evolução histórica dos conceitos de proteção social subjacentes nos distintos modelos de seguridade social e as principais classificações usadas atualmente, isto é, o *modelo segmentado*, financiado pelo sistema público e privado, com um componente contributivo, e o modelo universalista, financiado pelo estado a todos os cidadãos. Neste contexto, situou o SUS e as dificuldades institucionais, financeiras e de gestão que o sistema vem enfrentando desde que foi implantado, em 1988, concluindo sua palestra apontando desafios a serem enfrentados para preservar os princípios de um sistema universal, integral e equitativo, mas que ao mesmo tempo seja viável política e economicamente.

O olhar da Assistência Social foi trazido por Renato Francisco dos Santos de Paula, assistente social; assessor do gabinete da Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome que, a partir da contextualização feita por Fagnani e Humberto Costa, relacionou os avanços e dificuldades arrolados pelos expositores anteriores com o SUAS – Sistema Único de Assistência Social, que padece de problemas e desafios semelhantes aos do SUS no que tange a relação entre o público e o privado, as modalidades de gestão, as dificuldades de financiamento, etc. destacando, contudo, a importância do sistema de seguridade social, em particular da assistência social e sua assunção efetiva como direito no governo Lula. Apontou com um dos desafios a importância de

resignificar os conceitos de seguridade social à luz do projeto democrático popular.

Encerrando o primeiro dia, Arthur Chioro, secretário de saúde do município de São Bernardo, e Francisco Batista Júnior debateram as modalidades de gestão no serviço público, tendo como pano de fundo os tensionamentos entre a dimensão pública e privada; os avanços e recuos em relação aos princípios norteadores do sistema de seguridade social brasileiro, em especial a universalidade e a integralidade; a gestão dos serviços e do trabalho e as políticas de financiamento. Travou-se um acalorado debate acerca das fundações estatais de direito privado.

Chioro apresentou como as modalidades de gestão no campo da administração pública estão amparadas nos marcos legais constitucionais e infraconstitucionais; as dificuldades de gestão enfrentadas pelo sistema; o seu posicionamento em relação às modalidades de gestão apresentadas, tendo por base a sua própria trajetória na gestão pública, onde tem adotado o uso de fundação estatal de direito privado como estratégia de gestão. Concluiu sua apresentação reiterando importância da continuidade do debate.

Júnior, por sua vez, resgatou e reforçou os preceitos constitucionais, problematizando a fragilidade do sistema de saúde como decorrência da não implementação dos seus eixos estruturantes, ou seja, argumentando que não se trata restritamente de um problema de gestão, mas também de financiamento, da não superação da perspectiva hospitalocêntrica, da precarização da força de trabalho e outros

problemas estruturais. Concluiu apontando a necessidade de superar os problemas arrolados, enfatizando a importância de fortalecer o controle social.

A coordenação do debate sobre modalidades de gestão foi feita por Maria Aparecida do Amaral de Godói Faria, presidente da CNTSS-CUT Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social, trabalhadora da saúde no Estado de São Paulo, cuja participação também se transformou em um artigo nesta revista, onde problematiza o intenso e acalorado debate em curso sobre os rumos do SUS, apontado desafios no que tange à regulamentação do financiamento, à aplicação dos recursos e à resolução do pontos de gargalos na gestão do sistema.

Começamos o segundo dia com a reflexão sobre Saúde, Trabalho e Previdência Social em que discutimos o desafio da construção da intersectorialidade das políticas de saúde do trabalhador, tendo como pano de fundo a sua concepção e diretrizes constitucionais, com vistas a identificar avanços e recuos em relação ao conceito de seguridade social, aos princípios norteadores da saúde, em especial o controle social; aos princípios e diretrizes da vigilância em saúde; a fiscalização e inspeção do trabalho.

O primeiro painel foi feito por Maria Maeno, médica e pesquisadora da Fundacentro que, a partir de um conceito ampliado de saúde, contextualizou politicamente os marcos institucionais, problematizando as dificuldades para superar o referencial da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional e para introduzir uma nova

ética nas políticas públicas de saúde do trabalhador. Problematizou, também, a relação entre desenvolvimento e saúde, tendo como pano de fundo a razão social do trabalho. Concluiu apontando um conjunto de desafios para compor a agenda no próximo período.

O painel seguinte foi apresentado por Domingos Lino, Diretor Adjunto do Departamento de Saúde e Segurança Ocupacional do Ministério da Previdência Social, especialista em Prevenção e proteção de riscos laborais, que fez um balanço da atuação do governo Lula no âmbito da saúde e segurança no trabalho, no qual destacou a importância da prevenção e problematizou a atuação dos diversos atores, em especial do movimento sindical.

Cada uma das exposições de nossos convidados foi seguida de debate, onde os participantes manifestaram seus pontos de vista, dúvidas, indagações e críticas, cuja riqueza, por mais que tentássemos, a transcrição não reproduziria, seja por sua diversidade, seja por elementos simbólicos de comunicação não traduzíveis para a linguagem escrita. Fica aqui o registro da importância das contribuições trazidas pelos participantes e mais um agradecimento.

Boa leitura!

**Manoel Messias Melo**  
Secretário Nacional de Saúde do  
Trabalhador



# Saúde, Previdência e Assistência Social: Trajetórias a partir da CF 1988







# Um sistema de seguridade social inclusivo para consolidar um modelo de desenvolvimento sustentável, soberano e democrático

**Artur Henrique da Silva Santos**

*Presidente da CUT Brasil,  
Sociólogo, Eletricitário*

**E**m nosso 10º Congresso criamos a Secretaria Nacional de Saúde do Trabalhador da CUT, fruto de ampla participação e mobilização de vários companheiros e companheiras hoje reunidos neste seminário, que sempre defenderam a necessidade de avançar no debate sobre a saúde, nos marcos da seguridade social e, neste contexto, a saúde do trabalhador, compreendida como um campo de intervenção essencialmente sindical e de caráter multidisciplinar. Tarefa sob responsabilidade do companheiro Messias Melo, nosso 1º Secretário Nacional de Saúde do Trabalhador.

Não resta dúvida de que o debate sobre seguridade social e a atuação nos espaços institucionais são questões importantes; contudo não podemos perder de vista que para a CUT o principal espaço de intervenção nas lutas pela saúde é nos locais de trabalho, que é onde homens e mulheres são submetidos diuturnamente a situações que levam ao adoecimento e à ocorrência de acidentes. Saúde do trabalhador



Foto: Roberto Parizotti

remete, portanto, à ação sindical, à OLT - Organização no Local de Trabalho, princípio que temos defendido desde a fundação da Central como elemento estratégico das nossas lutas. A criação da Secretaria vem ao encontro desta diretriz - estabelecer condições para modificar as situações de risco, a fim de evitar que os trabalhadores/as se acidentem e adoçam.

Houve um grande debate sobre seguridade social no último período no Brasil, especialmente no Fórum Nacional da Previdência, uma das primeiras experiências de diálogo social sobre o tema. Tivemos uma atuação importante, porém como não temos cultura de diálogo social, todos querem solução rápida. É importante mencionar que países como a Espanha demorou aproximadamente 14 anos de diálogo social para construir

uma proposta articulada. Aqui no Brasil, infelizmente, só tivemos uma experiência de diálogo social envolvendo trabalhadores/as, empresários e governo nesse ponto específico. Infelizmente, não teve continuidade. Persistiremos nessa batalha. Um dos grandes lutadores da causa da seguridade social, Eduardo Fagnani, professor da Unicamp, teve destacada contribuição nos debates do Fórum Nacional da Previdência, espaço em que pudemos articular o acúmulo da academia, em especial da Unicamp, com o acúmulo do movimento sindical.

Temos a satisfação também de ter convivido com nosso companheiro Humberto Costa, que fez um excelente trabalho no Ministério da Saúde assim como todas as ações do Ministério do Desenvolvimento Social, no campo das políticas públicas de assistência social que geraram a proposta de consolidação das leis sociais, transformando os direitos sociais em política de Estado, um dos desafios que temos no processo de disputa por um modelo de desenvolvimento.

No Brasil e em todo o mundo rediscutimos e disputamos novos modelos de desenvolvimento. Se, por um lado, o muro de Berlim caiu já há alguns anos; também recentemente, em setembro de 2008, caiu o muro de Wall Street, o muro dos financistas, daqueles que aplicaram dinheiro e não produziram nem um parafuso, nem um prego, nem uma geladeira, nem um automóvel, mas ganharam muito dinheiro com aplicações financeiras. O mercado, o famoso mercado que, na lógica neoliberal,

deveria resolver todos os problemas também faliu.

Vivenciamos um momento muito rico no Brasil e no mundo para discutir modelos e neste debate duas questões são extremamente importantes para a classe trabalhadora no Brasil: uma delas é a Saúde do Trabalhador e a outra é a Seguridade Social. Tenho orgulho de participar do CDES - Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social e ser convidado por vários países para falar sobre o sistema de proteção social brasileiro. Recentemente fui à Rússia e aos Estados Unidos.

No CDES, em algumas ocasiões, discutimos o sistema de seguridade social brasileiro com ministros das áreas da saúde, do desenvolvimento social, do trabalho e da previdência social, juntamente com empresários, governadores e conselheiros, muitos dos quais, contraditoriamente, pertencentes àquele grupo que um dia depois da promulgação da Constituição Federal de 1988 se reuniu para avaliar por onde poderiam começar a destruir os avanços conquistados na seguridade social. Hoje este mesmo grupo se vê obrigado a reconhecer a importância que o atual sistema de proteção social brasileiro vem tendo no enfrentamento da crise.

Participei do Congresso da AFL-CIO, nos Estados Unidos, onde o presidente Obama esteve presente e em sua apresentação disse ter vergonha de debater com determinados países, entre eles o Brasil, sobre sistemas de proteção social. Eu, que estava lá ouvindo, fiquei me perguntando:

como pode o país mais importante do mundo, com toda tradição e patriotismo arraigados, dizer que se envergonha em admitir que uma parte importante da sua população não tem absolutamente nenhum sistema de proteção social? Como pode admitir que pessoas idosas e aqueles que não têm condição de pagar o seguro saúde estão morrendo pelas ruas? Isto dá um pouco a dimensão da importância do debate e dos desafios que temos.

Em relação à saúde do trabalhador temos, também, um importante acúmulo e um conjunto de desafios, como a luta pela redução da jornada de trabalho para 40 horas, que é não apenas para distribuir os ganhos de produtividade acumulado. Na Constituição de 1988, reduzimos a jornada de trabalho de 48 para 44 horas. Lembrando que a reivindicação era redução de 48 para 40 horas e que, fruto de um acordo, foi reduzida para 44 horas.

A indústria brasileira teve um aumento nos índices de produtividade da ordem de 84,21% desde então. Hoje nós produzimos o dobro de automóveis, de geladeiras e de outros produtos com metade do número de trabalhadores/as de poucos anos atrás. E, para não deixar de falar de um setor em que o ritmo de trabalho e os critérios de produtividade repercutem gravemente na saúde dos trabalhadores/as, com uma enorme incidência de acidentes e doenças, matamos cinco vezes mais frangos com provavelmente 45, 50, 60% menos trabalhadores/as. O custo social e econômico dos acidentes de trabalho à previdência social, à saúde, enfim à

sociedade, são enormes, sem contar o sofrimento que imputa aos trabalhadores/as e suas famílias.

Esses dois temas, Seguridade Social e Saúde do Trabalhador, são desafios de extrema importância na agenda sindical. A construção de uma plataforma para incidir na disputa eleitoral que se dará em 2010 coloca a essencialidade dessa oficina para aprofundar o debate sobre o tema e elaborar propostas, bem como para compor a nossa agenda de pressão ao Congresso Nacional pela aprovação de algumas reivindicações que consideramos prioritárias.

Uma das bandeiras prioritárias é a redução da jornada de trabalho. Uma bandeira para a disputa por um modelo de desenvolvimento sustentável, soberano e incluyente. Porque queremos mais tempo para lazer, para a família, para o convívio familiar e para a própria qualificação profissional. Queremos menos estresse no trabalho! Estamos vivendo para trabalhar, numa sociedade que é a sociedade só do trabalho. Ora, a esta máxima de que “o trabalho dignifica o homem” esqueceram de acrescentar que enriquece o patrão...

É preciso mudar o padrão de vida de nossa sociedade, ampliando a sustentabilidade, para que o propalado progresso tecnológico e qualificação profissional não resultem em pessoas cada vez mais estressadas, pelo assédio moral, pela pressão por metas, pela produtividade exacerbada que está sendo imposta em vários setores. Neste contexto se inserem a nossa luta pela saúde, como a que travamos atualmente

para garantir a implementação do Nexo Técnico Epidemiológico e do FAP – Fator Acidentário Previdenciário.

Sabemos da dificuldade que temos no Congresso Nacional, cujo campo de forças é desfavorável às nossas propostas. Esta é outra missão que temos pela frente, ou seja, envidar esforços para renovar o Congresso e o Senado e para continuar avançando no processo de mudança.

Há que se modificar também a lógica corporativa ou de interesses específicos quando se discute os recursos e as políticas públicas. Por exemplo, no debate feito recentemente em relação ao pré-sal, que é uma vital para o conjunto da sociedade brasileira, foi apresentada uma emenda para destinar 5% de um recurso que ainda nem existe para aposentados que ganham mais de um salário mínimo. Ora, compreendemos as dificuldades por que passam os aposentados, mas essa não é a nossa proposta! O debate que fazemos sobre o pré-sal é o de utilizar a riqueza por ele gerada para combater a miséria, combater a pobreza, investir massivamente em educação, em ciência e tecnologia e na Seguridade Social, questões que se relacionam com um projeto de nação e não de interesses específicos.

A construção de propostas sobre seguridade social para a Plataforma da CUT para as eleições de 2010 é estratégica. E é com nossa independência e autonomia, que envidaremos todos os esforços para fazer valer o lado da classe trabalhadora. O que remete ao debate sobre o papel do Estado. Enquanto dialogamos com 50, 100, 10 mil pessoas, a rede Globo dialoga

diariamente com 180 milhões de pessoas! A idéia que é veiculada cotidianamente pelos meios de comunicação sobre a crise na Grécia e na Espanha é de que o Estado de bem estar social europeu gastou muito, é deficitário, sinalizando para reformas na previdência social brasileira. Este foi o discurso empresarial no Fórum Nacional de Previdência!

Nesse debate, é preciso continuar a aprofundar questões como a pirâmide etária, o futuro da população, compreender que o Brasil está ficando mais velho, necessitando de equilíbrio nas contas públicas, etc. Contudo, o que está por trás do discurso conservador é que não podemos continuar tendo um sistema de proteção social universal no Brasil. Foi com este espírito que derrubaram a CPMF, um verdadeiro atentado contra os recursos da saúde pública. Infelizmente, temos que reconhecer que não tivemos correlação de forças suficiente para a disputa, mobilizando para garantir a sua continuidade.

Permanece ainda o debate da Emenda Constitucional, a EC 29. É uma oportunidade de fazermos a disputa para garantir um sistema de financiamento estável da saúde e este não deve ser um debate só de quem é da área de saúde, dos sindicatos da saúde ou da CNTSS – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade Social. A EC 29 é um debate do conjunto da classe trabalhadora brasileira.

Em se tratando da disputa de modelo de Estado, pela democratização do Estado, no cenário político brasileiro sempre surgem “novidades”. Os jornais e revistas conservadoras brasileiras ao tratarem da campanha política de Marina Silva cunharam um novo conceito, o de

“liberalismo sustentável”, ou seja, “tucanaram” a campanha dela! A “novidade” agora não é um debate sobre Estado forte, ou Estado mínimo. O Estado deve ser enxuto! O argumento é a reprisada cantilena de que é necessário reduzir os gastos públicos, que o Brasil precisa investir de 5 a 6% do PIB, que não é possível o governo Lula contratar 100 mil novos servidores públicos, etc. Se queremos resgatar e fortalecer o papel público do Estado, não nos calaremos diante desse debate! Embora importantes; estas contratações ainda são pequenas diante do tamanho da destruição neoliberal do Estado brasileiro efetuadas nos anos 1990!

É preciso assegurar que iniciativas como o PRONAF, Territórios da Cidadania, Luz para Todos, Bolsa Família, a valorização do salário mínimo, as várias conferências realizadas em distintas áreas, a ampliação da participação social e outros tantos avanços já conquistados no governo Lula, não se restrinjam a políticas governamentais, correndo o risco de interrupção a cada novo mandato. Temos que transformá-las em políticas de Estado para garantir a sua perenidade. Por isso, é fundamental a consolidação das leis sociais.

Outro ponto importante é viabilizar o debate que fizemos no Fórum Nacional da Previdência: criar um Conselho Nacional de Seguridade Social quadripartite, que articule as ações dos Ministérios do Trabalho, Saúde, Previdência e Assistência Social. Também temos que transformar determinados fóruns que hoje são consultivos em deliberativos, além de



fortalecer os mecanismos de controle social.

Uma grande disputa está em curso. No dia 1º de junho realizaremos uma grande assembleia das centrais sindicais, em São Paulo, com aproximadamente 50 mil pessoas no Estádio do Pacaembu. O objetivo é referendar uma pauta a ser entregue para quem tem condições efetivamente de implementá-la e impedir o retrocesso.

Elaborar propostas na área da saúde e seguridade para a Plataforma da CUT para as eleições 2010 é uma tarefa desse Seminário. Mas também temos uma grande responsabilidade que é o de defender a democracia, e ampliando a mobilização, avançar em direitos e conquistas, consolidando o projeto democrático e popular com a eleição da companheira Dilma Rousseff, a primeira mulher presidente da República do Brasil!

# Na contramão do mundo: A experiência brasileira de seguridade social

22



Foto: Carlos Villalba

## Eduardo Fagnani

*Doutor em Economia, Professor do Instituto de Economia e Pesquisador do CESIT*

das ações das outras Centrais Sindicais, mas, sobretudo, na defesa efetiva da visão dos trabalhadores no Fórum. Um debate difícilíssimo: de um lado, empresários; e, de outro, alguns dos economistas ortodoxos mais radicais. E eu acredito que o resultado para os trabalhadores foi bastante positivo.

A minha exposição se divide em três partes:

- A primeira pretende mostrar que as conquistas da Constituição de 1988 são inéditas no mundo. O Brasil caminhou na contramão do mundo, na rota inversa do neoliberalismo
- A segunda idéia é ressaltar que no período 1990-2010 vivemos um período de tensão entre paradigmas. Por um lado têm as forças políticas que defendem as conquistas de 88; e, por outro, as forças que defendem o estado mínimo.
- Finalmente, na terceira parte procurarei apresentar alguns dos desafios que temos pela frente para a consolidação das conquistas de 1988.

**B**om dia a todos os presentes. Gostaria de cumprimentar a todos em nome do Artur Henrique, presidente da CUT. E ao me dirigir ao Artur, gostaria de explicitar a satisfação de ter participado do processo de defesa da Seguridade Social ocorrido no Fórum Nacional da Previdência Social (2007), do qual você foi uma liderança notável.

O Artur teve um papel fundamental naquele processo, não só na coordenação conjunta

## **1- CONQUISTAS NA CONTRAMÃO DO MUNDO**

O que acontecia no mundo entre 1975 e 2008? É a fase da hegemonia do neoliberalismo como pensamento único. Reforma do estado, reforço do mercado privatização, desregulamentação, abertura financeira, abertura comercial, ajuste fiscal, metas de inflação, Banco Central independente, câmbio flutuante, ajuste fiscal, superávit primário etc. E do ponto de vista dos princípios norteadores do sistema de proteção social? O Estado Mínimo, políticas focalizadas, privatização, negação de direitos, seguro social (só recebe quem paga) e flexibilização do mercado de trabalho.

Foram quase 40 anos de dominância desse pensamento neoliberal, que define um plano único de ajustamento para os países periféricos. Isto ficou conhecido na agenda como Consenso de Washington (1989). Um plano único de ajustamento dos países periféricos.

E a maior parte dos países acabou aderindo a esse padrão já no início da década de 1980. A privatização da Previdência no Chile (1981) é um caso exemplar. Nas décadas seguintes ocorreram a privatização da Previdência nos seguintes países: Peru (1993), Argentina (1994), Colômbia (1994), Uruguai (1995), Bolívia (1997), México (1997), El Salvador (1998), Panamá (2002), República Dominicana (2003), 11 Países do Leste Europeu, 2 Países da Ásia e Nigéria (2005).

E o que ocorreu no Brasil? Caminhamos na rota inversa, na contramão do mundo. Desenhamos aqui um modelo de proteção social baseado no Estado de Bem-Estar Social implantado pela social democracia europeia no pós-Guerra (1945/1975).

Nós fomos salvos pelo momento político. O notável movimento social que vai impulsionar essas mudanças queria acertar as contas com a ditadura militar. Não havia campo fértil para germinar erva daninha do neoliberalismo.

Nesse contexto, a partir de meados dos anos 70, no âmago do processo de restauração do Estado Democrático de Direito, o movimento social formulou um amplo projeto de reformas de caráter democrático, desenvolvimentista e redistributivo. O Movimento Democrático Brasileiro (MDB), principal frente de oposição, teve papel destacado na construção dessa agenda. Uma primeira versão desse projeto encontra-se delineado no documento “Esperança e Mudança: uma Proposta de Governo para o Brasil”, consolidado pelo MDB em 1982.

Eram três os núcleos do projeto reformista: a restauração do Estado Democrático de Direito; a construção de um sistema de proteção social, inspirado nos princípios do Estado de Bem-Estar Social implantado nos países europeus nos “anos de ouro” do pós-guerra (1945/75) e a concepção de uma nova estratégia macroeconômica, plenamente direcionada para o crescimento econômico com distribuição de renda.

Como se sabe, o desaguadouro de parte desta agenda foi a Constituição de 1988. O Estado Democrático de Direito foi restabelecido. A Constituição Federal também consagrou princípios e diretrizes que apontavam no sentido da construção das bases do Estado de Bem-Estar Social. Se a sociedade brasileira teve êxito na viabilização desses núcleos, o mesmo não se verificou no tocante ao desenho de uma nova estratégia macroeconômica. Não avançamos na construção das bases



financeiras que dariam sustentação para cidadania recém conquistada. Como se sabe, o Brasil acumula 26 anos de estagnação da economia e de agravamento da crise social. Esse quadro tem apresentado crescentes limites financeiros para a manutenção das conquistas populares no campo da proteção social.

Esse é o pano de fundo para se compreender a questão do financiamento da seguridade social. De um lado, na contramão do neoliberalismo, o movimento social construiu um formidável sistema de proteção social no Brasil. De outro, desde meados dos anos 80 a economia brasileira esteve semi-estagnada e submetida à uma política monetária e fiscal restritivas que explodiram o endividamento e estreitaram as possibilidades do financiamento público em geral.

contraposição ao seguro social) e da compreensão da questão social como um direito da cidadania (em contraposição ao assistencialismo). Para financiar os novos direitos, a Carta instituiu novas fontes de financiamento não reembolsáveis e vinculadas aos programas sociais.

A Constituição inovou em diversos pontos. Uma das mais expressivas foi a instituição da Seguridade Social (previdência urbana e rural, saúde, assistência social e seguro-desemprego).

Para financiar a Seguridade Social, os constituintes instituíram o Orçamento da Seguridade Social, que vinculou um conjunto de fontes de financiamento à cobertura dos novos direitos sociais, baseadas em contribuições (folha de salários e Pis-Pasep) e impostos, criados em 1988 para esse fim (CSLL e COFINS).

### ***A Seguridade Social na Constituição de 1988***

A Constituição de 1988 representou etapa fundamental – embora inconclusa – da viabilização do projeto das reformas socialmente progressistas. Com ela, desenhou-se pela primeira vez na história do Brasil, o embrião de projeto inspirado no Estado de Bem Estar Social. Seu âmago reside nos princípios da universalidade (em contraposição à focalização exclusiva), da seguridade social (em



Foto: Dino Santos

## Orçamento da Seguridade Social

RESULTADO DA SEGURIDADE SOCIAL - 2000 a 2006

Valores correntes em R\$ milhões

RECEITA <sup>(1)</sup>	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CONTRIBUIÇÃO P/ INSS	55.715	61.060	71.028	80.730	93.765	108.434	133.015
COFINS	38.707	45.507	50.913	58.216	77.593	87.902	92.475
CPMF	14.395	17.157	20.265	22.987	26.340	29.230	32.090
CSLL	8.750	9.016	12.507	16.200	19.575	26.323	28.116
RECEITA DE CONCURSOS DE PROGNÓSTICOS	923	1.028	1.062	1.276	1.450	1.564	1.410
PIS/PASEP <sup>(2)</sup>	5.791	6.700	7.498	10.011	11.650	13.228	14.566
<b>TOTAL DA RECEITA</b>	<b>124.281</b>	<b>140.468</b>	<b>163.273</b>	<b>189.420</b>	<b>230.373</b>	<b>266.681</b>	<b>301.672</b>
DESPESA <sup>(3)</sup>							
ASSISTÊNCIA SOCIAL	4.442	5.298	6.513	8.416	13.863	15.806	21.551
SAÚDE	20.270	23.634	25.435	27.172	32.973	36.483	39.736
PREVIDÊNCIA <sup>(4)</sup>	67.544	77.584	89.380	109.625	125.901	144.918	156.257
ABONO E SEGURO DESEMPREGO	4.636	5.635	7.062	8.074	9.471	11.337	11.927
<b>TOTAL DA DESPESA</b>	<b>96.892</b>	<b>112.151</b>	<b>128.390</b>	<b>153.287</b>	<b>182.208</b>	<b>208.544</b>	<b>229.471</b>
RECEITA - DESPESA	27.389	28.317	34.883	36.133	48.165	58.137	72.201
RECEITA COM DRU <sup>(5)</sup> . DESPESA	13.675	12.435	16.434	14.395	20.844	26.488	38.470

Os constituintes de 1988 não inventaram a roda. Seguiram o padrão universal clássico para financiar a seguridade social baseado na contribuição tripartite (empregados, empregadores e governo). Observe-se que as fontes de financiamento da

seguridade social no bloco dos 15 países mais ricos da Europa são compostas, em média, por 38,3% da contribuição dos empregadores, 22,4% pela contribuição dos empregados e 35,8% da contribuição do governo (impostos).

Países	Composição das Despesas - %				Total	% PIB
	Empregadores	Empregados	Impostos	Outras		
Alemanha	36,9	28,2	32,5	2,4	100,0	29,5
Áustria	37,1	26,8	35,3	0,8	100,0	28,7
Bélgica	49,5	22,8	25,3	2,4	100,0	26,7
Dinamarca	9,1	20,3	63,9	6,7	100,0	28,8
Espanha	52,7	16,4	26,9	4,0	100,0	20,1
Finlândia	37,7	12,1	43,1	7,1	100,0	25,2
França	45,9	20,6	30,6	2,9	100,0	29,7
Grécia	38,2	22,6	29,1	10,1	100,0	26,4
Irlanda	25,0	15,1	58,3	1,6	100,0	14,1
Itália	43,2	14,9	39,8	2,1	100,0	25,2
Luxemburgo	24,6	23,8	47,1	4,5	100,0	21,0
P. Baixos	29,1	38,8	14,2	17,9	100,0	27,4
Portugal	35,9	17,6	38,7	7,8	100,0	22,7
Reino Unido	30,2	21,4	47,1	1,3	100,0	26,8
Suécia	39,7	9,4	46,7	4,2	100,0	32,3
<b>Europa dos 15</b>	<b>38,3</b>	<b>22,4</b>	<b>35,8</b>	<b>3,5</b>	<b>100,0</b>	<b>27,3</b>

Fonte: Eurostat

Desde 1934 o Brasil segue esse modelo clássico. A Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS (1961) e a ditadura militar (1964-1985) reafirmaram esse princípio. O Orçamento da Seguridade Social (OSS) aperfeiçoa esse modelo. Reúne um conjunto de impostos e contribuições, seguindo o modelo tripartite: recursos dos empregados e empregadores (sobre a folha de salários para a previdência) e do governo (fiscais e contribuições das empresas sobre o lucro, sobre o faturamento e sobre parte do Pis-Pasep dentre outras). Mais do que isso, é importante realçar que tanto a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), como a Contribuição sobre o Faturamento das Empresas (COFINS), faziam parte da agenda do movimento social do início dos anos 80 e foram novas receitas criadas em 1988 com o fim específico de financiar a Seguridade Social.

26

O que motivou os constituintes a vincular constitucionalmente fontes de financiamento para a seguridade? Foi contrapor-se a uma prática da ditadura militar, que não cumpria com a sua parte, deixando de integralizar recursos fiscais para a previdência, assistência e saúde. E, sempre que a contribuição dos empregados e empregadores cobria essas despesas, o Tesouro capturava o excedente. A previdência financiava a política econômica e não o inverso. Como se sabe, os governos democráticos reeditaram essa prática, em grande estilo.

Portanto, quando o Tesouro Nacional aporta recursos fiscais ou recursos da CSLL e do COFINS para o Regime Geral de Previdência Social (INSS urbano e rural) e para a saúde e a assistência social (Loas), não se trata de ‘déficit’ mas, sim, de cumprir a parcela de responsabilidade que cabe ao Estado, prevista na Constituição da República. Todavia, os conservadores

jamais engoliram a dura derrota sofrida na Constituição Federal de 1988, fruto do extraordinário movimento social que lutava contra a ditadura militar, liderado pelo saudoso Deputado Ulysses Guimarães presidente do Movimento Democrático Brasileiro – MDB.

Desde a Assembléia Nacional Constituinte (ANC) o argumento de que os custos financeiros da seguridade social são “insustentáveis”, “explosivos” e levarão o país à “catástrofe” fiscal são recorrentes. O argumento é de uma simplificação rudimentar: sempre que a contribuição dos empregados e empregadores para a previdência social não é suficiente para bancar os gastos da seguridade e o governo tem de contribuir com a sua parte ou utilizar recursos da CSLL e do COFINS, emerge o temível “déficit” da previdência social, um *tsunami* devastador que levará de roldão o ajuste fiscal, a estabilidade e os “sólidos” fundamentos da economia. Nesses malabarismos estatísticos cometem um pecado capital: renegam a existência da Constituição da República e os fundamentos do Estado Democrático de Direito.

### ***A Tese do País Ingovernável***

Observe-se que em meados de 1988, uma das últimas cartadas para tentar obstruir os avanços sociais na Assembléia Nacional Constituinte foi capitaneada pessoalmente pelo presidente da República. Num ato emblemático e desesperado, quando teria início a votação da última fase dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte – durante a qual só se admitiam emendas de caráter supressivo ou levemente corretivo – o presidente Sarney, em uma derradeira tentativa para modificar os

rumos do processo constituinte, fez um pronunciamento em cadeia nacional de rádio e televisão, no qual pretendia “alertar o povo e os constituintes” para “os perigos” que algumas das decisões contidas no texto já aprovado representavam para o futuro do país. A principal tese então defendida pelo presidente da República era que o país tornar-se-ia “ingovernável” caso se mantivesse o texto aprovado em primeiro turno. (Sarney vai à TV criticar o projeto. *Gazeta Mercantil*. 27/7/1988).

O discurso de Sarney teve intensa repercussão e provocou críticas e aplausos, de progressistas e conservadores. Entretanto, nada se comparou à memorável defesa dos trabalhos da ANC feita por seu presidente, o deputado Ulysses Guimarães, rebatendo de forma categórica as ameaças que Sarney fizera na noite anterior. A Constituição será a “guardiã da governabilidade”, sentenciou Ulysses. É nesse discurso e contexto que Ulysses intitulou a Carta de 1988 como a “Constituição cidadã” (Ulysses Guimarães (Discurso). “Esta constituição terá cheiro de amanhã, não de mofo”. *Folha de S. Paulo*, 28/7/1989).

Após quase 20 anos, não se pode afirmar que a seguridade social tenha quebrado o país. Ou ainda, que ela seja o principal vilão do ajuste fiscal e do desgoverno do País. Contrariando os que advogavam a tese de que o Brasil seria “ingovernável”, até 1997 as contribuições dos empregadores e dos trabalhadores para a previdência foram suficientes para financiar as despesas, gerando saldos financeiros positivos. Nesse contexto – como se viu acontecer durante a ditadura –, a União eximiu-se de cumprir sua responsabilidade no

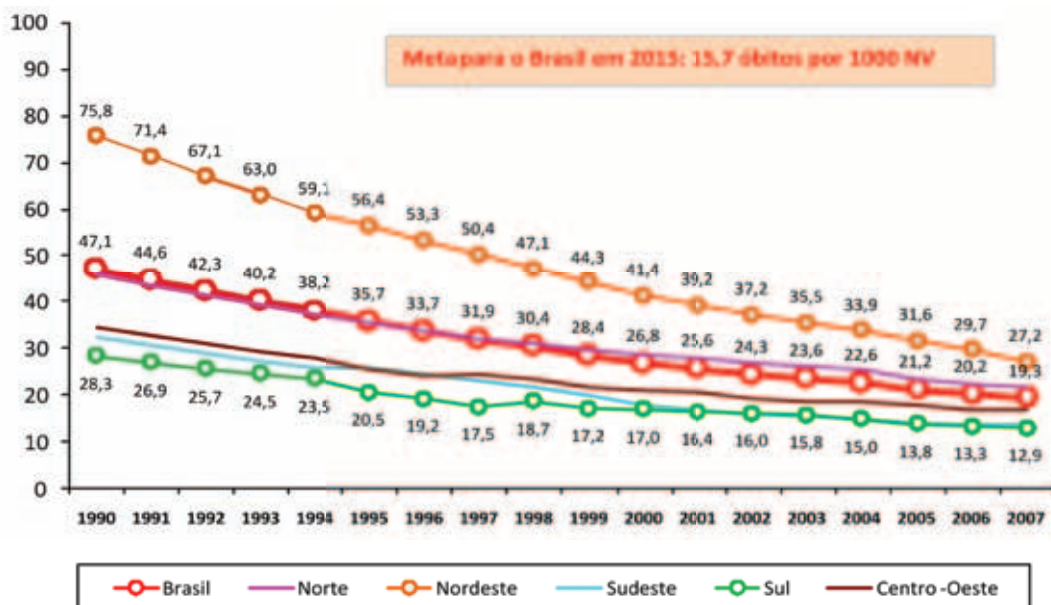
sistema tripartite, não aportando recursos previstos Orçamento da Seguridade Social capturados para financiar a dívida pública e repetindo expedientes do regime militar. Assim, só a partir de 1997 é que as contas do INSS começaram a apresentar saldos negativos.

Outro aspecto olímpicamente desconsiderado pelos porta-vozes do contra-reformismo neoliberal é que, dentre os principais condicionantes estruturais dos desequilíbrios financeiros da previdência, estão as renúncias fiscais, a estagnação econômica e a desorganização do mercado de trabalho, implícitos ao modelo de estabilização econômica adotado. Baixa atividade econômica, desemprego, aumento do trabalho informal, flexibilização do mercado de trabalho, todos esses processos engendrados como estratégia macroeconômica e de reforma do Estado, de corte liberalizante, reduziram a arrecadação do INSS, ancorada na massa de salários do mercado formal. Basta isso, para que se conheçam as verdadeiras causas do dito ‘déficit’.

Por outro lado, a proteção social proporcionada pela seguridade social é, hoje, um dos principais pilares da governabilidade, como profetizou o saudoso deputado Ulysses Guimarães. O Legado da Constituição de 1988 é extraordinário:

- Entre 1990 e 2007 a mortalidade infantil no Brasil, caiu de 47 para 14 (1000 crianças nascidas vivas). No Nordeste de 75 para 27. O SUS representou uma mudança no padrão de saúde.

## Mortalidade Infantil



- Em termos de Seguro Desemprego nós temos hoje algo em torno de seis milhões de segurados. Não é pouca coisa.

28

## Seguro-desemprego

BRASIL 1997-2007

TABELA 94

ANO	Requerentes	Segurados	Taxa de habilitação (em %)	Valor emitido dos benefícios (em milhões de moeda corrente)	Valor médio do benefício em salários mínimos
1997	4.426.718	4.400.738	99,4	3.451,04	1,57
1998	4.398.302	4.357.528	99,1	4.056,87	1,56
1999	4.416.358	4.315.593	97,7	3.834,85	1,55
2000	4.260.699	4.176.004	98,0	4.053,43	1,51
2001	4.772.779	4.686.756	98,2	4.808,31	1,48
2002	4.884.001	4.803.535	98,4	5.677,88	1,42
2003	5.051.407	4.971.712	98,4	6.616,84	1,38
2004	4.892.760	4.812.008	98,4	7.020,92	1,39
2005	5.473.693	5.362.968	98,0	8.770,73	1,36
2006	5.857.041	5.749.511	98,2	10.302,10	1,31
2007	6.275.716	6.149.789	98,0	12.497,14	1,29
<b>TOTAL</b>	<b>54.709.474</b>	<b>53.786.142</b>	<b>98,3</b>	<b>71.090,11</b>	<b>1,44</b>

Fonte: MTE Coordenação Geral do Seguro Desemprego e Abono Salarial

Elaboração: DIEESE

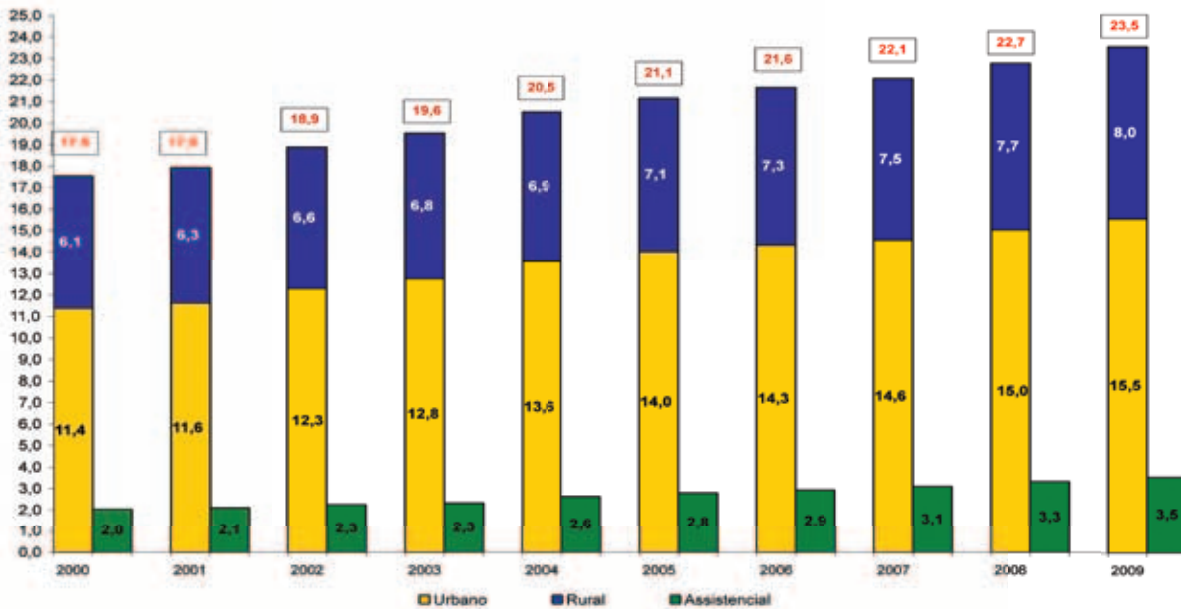
Obs: Dados enviados por e-mail em 4 de julho de 2008

Entre 1988 e 2009, o número de benefícios o Regime Geral da Previdência Social (RGPS) aumentou de 11 para 25 milhões. Em 2006, desse total de *aposentadorias e pensões*, cerca de 14,3 milhões correspondem aos trabalhadores urbanos (INPS Urbano); 7,3 milhões, aos trabalhadores rurais (Previdência Rural); e 2,9 milhões, aos benefícios assistenciais voltados aos grupos mais vulneráveis, com destaque para o programa Benefício de Prestação Continuada (BCP/LOAS).

Não pode haver dúvidas acerca do formidável efeito distributivo desses programas. Esse caráter fica ainda mais evidente se também contabilizarmos os seus beneficiários indiretos. Segundo o IBGE (Pnad, 2001), para cada *beneficiário direto* há 2,5 beneficiários indiretos, membros da família. Dessa forma, o INPS urbano, a Previdência Rural e o BCP beneficiam, *direta e indiretamente*, cerca de 86 milhões de pessoas.

## Evolução da Quantidade de Benefícios Emitidos pela Previdência Social

Em milhões de benefícios - 2000 a 2009 (dezembro)



Fontes: Anuário Estatístico da Previdência Social - AEPS; Boletim Estatístico da Previdência Social - BEPS. Elaboração: SPS/MPS.

Obs.: Os benefícios assistenciais, embora operacionalizados pelo INSS, estão sob a responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Aqui que está parte da força consumo interno – principal motor da dinâmica da economia nos últimos anos. A economia que está crescendo pelo consumo interno. Isso é um aspecto importantíssimo: 69% dos benefícios equivalem a salário mínimo.

A cobertura no Brasil é elevada: cerca de 80% dos idosos no Brasil têm pelo menos a aposentadoria como fonte de renda. Ou seja, 80% dos idosos no Brasil têm a Previdência,

pelo menos, como uma fonte de renda. Segundo dados da CEPAL, a média da cobertura na América Latina é de 30% dos idosos. Na década dos 90, a participação da renda da Seguridade na composição da renda familiar urbana passou de 10% para 24%; e, na renda familiar rural, de 9 para 26%. Sem a Seguridade 70% dos idosos estariam abaixo da linha de pobreza (ante os 10% atuais). Sem esses progressos, hoje, o país poderia ser “ingovernável”.

## **2- TENSÕES ENTRE PARADIGMAS (1990/2010): ESTADO MÍNIMO X ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL**

Na trajetória da política social brasileira nas últimas cinco décadas é possível identificar dois movimentos opostos. O primeiro aponta o *rumo da estruturação* das bases institucionais, financeiras e de proteção características do Estado de Bem-Estar Social em nosso país. Esse processo ganhou impulso a partir de meados dos anos 70, no âmago da luta social pela redemocratização do Brasil. Foi conduzido pelo amplo movimento social e popular que se opunha ao Regime Militar. Essa longa travessia desaguou na Constituição de 1988.

O segundo aponta na direção contrária: *tentar impedir* a consumação daquelas bases esboçadas em 1988. Após as primeiras contramarchas (nos últimos anos da transição democrática), esse movimento ganhou vigor, a partir de 1990. Desde então, abriu-se um novo ciclo de reformas liberais e conservadoras. Os princípios que orientam o contra-reformismo neoliberal na questão social eram radicalmente antagônicos aos da Carta de 1988.

Mesmo submetido a tensões entre paradigmas tão antagônicos, o caso brasileiro é inédito dentre os países de capitalismo tardio. Conquistamos a cidadania social na contramão do pensamento neoliberal, hegemônico no mundo desde o final dos anos 70. Em grande medida, isso decorreu do fato de que a agenda da redemocratização do País, impulsionada pelo movimento social a partir de meados dos anos 70, não abriu brechas políticas para os experimentos neoliberais – pelo menos até o final dos anos 80.

O cenário hostil, a partir de 1990 e até nossos dias, não impediu que parcela significativa das conquistas sociais de 1988 fosse consagrada. O legado dos movimentos sociais foi a construção de um razoável sistema de proteção social conquistado na contramão do pensamento neoliberal hegemônico em escala mundial e do movimento em direção ao Estado Mínimo a que foram submetidos, via de regra, os países subdesenvolvidos, incluindo os da América Latina.

### ***O Movimento Inspirado no Estado de Bem-Estar Social***

A Constituição inovou em diversos pontos. Um dos mais expressivos foi a Seguridade Social, integrada pelos setores Saúde, Previdência Social, Assistência Social e Seguro-Desemprego. Inspirada na experiência inglesa do pós-Guerra, especialmente o Plano Beveridge, é baseada na solidariedade social: o acesso aos bens e serviços independe da capacidade de pagamento dos indivíduos. Selou-se um pacto social pelo qual os impostos – que deveriam ser pagos pelos mais ricos – financiariam os direitos dos indivíduos com inserção social mais vulnerável. Esse princípio permitiu incorporar mais de 7 milhões de aposentados rurais e mais de 3 milhões de beneficiários da LOAS – Lei Orgânica de Assistência à Saúde, além de assegurar o acesso universal e gratuito dos cidadãos aos serviços do Sistema Único de Saúde.

Em suma, a Constituição de 1988 representou etapa fundamental – embora inconclusa – da viabilização do projeto das reformas socialmente progressistas. Com 40 anos de atraso, desenhou-se com a Constituição de 1988, pela primeira vez na história do Brasil, o embrião de um

Estado de Bem-Estar Social, universal e equânime. Seu âmago reside nos princípios da universalidade, da solidariedade, da seguridade e da compreensão da questão social como um direito da cidadania (em contraposição à caridade, à filantropia e ao assistencialismo). Para financiar os novos direitos, a Carta instituiu e vinculou constitucionalmente fontes de financiamento não reembolsáveis e vinculados aos setores que compõem a Seguridade Social.

### **O Movimento Inspirado no Estado Mínimo**

O segundo movimento aponta na direção contrária: *o de tentar impedir* a consumação daquelas bases esboçadas em 1988. Após as primeiras contramarchas (nos últimos anos da transição democrática), esse movimento ganhou vigor, a partir de 1990. Desde então, abriu-se um novo ciclo de reformas liberais e conservadoras, que no campo social, visava, em última instância, a enterrar as conquistas sociais de 1988 e a implantar o Estado Mínimo.

Dessa forma, desde o final dos anos 80 e até hoje, a política social brasileira vem sendo submetida a tensões entre dois paradigmas antagônicos: o Estado Mínimo *versus* o embrionário Estado de Bem-Estar Social; a seguridade social *versus* o seguro social; universalização *versus* a focalização; a prestação estatal dos serviços *versus* privatização; os direitos trabalhistas *versus* a desregulamentação e flexibilização.

Para os defensores do Estado Mínimo<sup>1</sup>, o gasto social aplicado em políticas universais é o vilão da estabilidade da moeda e das contas públicas. Além de ‘elevado’ ante a experiência internacional, ele seria apropriado pelos ‘ricos’. Aos olhos dos

reformistas conservadores, o Brasil é um “país rico”. Recursos existem, mas são ‘mal distribuídos’, posto que são apropriados pelos mais “abastados”. O seguro-desemprego, por exemplo, é tido como um privilégio inaceitável, apropriado pelas “elites dos trabalhadores” (aqueles que possuem carteira de trabalho). A ‘solução’ para “erradicar” a pobreza é simples: destruir de vez o aparato conquistado em 1988, que seria acessível apenas para os “privilegiados que estão no topo da pirâmide de distribuição da renda” (os que ganham mais de R\$ 500,00) e transferir esses recursos para os programas focalizados.

Aqui abro parênteses: Poucos sabem que, na pirâmide da distribuição da renda do trabalho, elaborada pelo IBGE, os 20% mais ricos são os indivíduos com rendimentos superiores a cerca de R\$ 500,00; e os 10% mais ricos, os que auferem renda superior a R\$ 800,00. Os verdadeiros ricos no Brasil escondem suas riquezas e não aparecem nas pesquisas oficiais, como a Pnad, que capta apenas a renda do Trabalho. Na última Pnad, por exemplo, somente 14 entrevistados, numa amostra de 410.241 pessoas declararam ter rendimentos mensais superiores a R\$ 50 mil (0,005% do total) (Antônio Gois, Muitos ricos escondem renda em pesquisa. *Folha de S.Paulo*, 21/10/07). De acordo com Estudo da Merrill Lynch e da Capgemini “o número de milionários (pessoas com mais de US\$ 1 milhão) no Brasil cresceu 10% no ano passado em relação a 2005, passando para 120 mil pessoas, uma aceleração mais rápida que a média mundial, de 8,3%. (Robison Borges, O que faz os ricos, ricos. Caderno EU&, *Valor*, 23/11/07)

Outra impropriedade, segundo os defensores do Estado Mínimo: o gasto social seria apropriado uma casta de ‘velhos’, ‘marajás’ e ‘vagabundos’, em detrimento da educação

<sup>1</sup>Consultar, especialmente: Henriques (org.) (2000); Paes de Barros e Fogel (2000); Ferreira e Litchfield (2000); Néri (2000 e 2004); Scheinkman e outros (2002); Giambiagi, Reis e Urani (org.) (2004); e Paes de Barros e Carvalho (2004).



das crianças, tido pelos conservadores como o único caminho possível para a distribuição da renda. Mais do que isso, a renda das famílias aposentadas induziria o ócio dos jovens. Segundo Camargo e Reis (2007), por exemplo, após finalmente reconhecerem que os rendimentos com aposentadorias e pensões representam uma parcela importante da renda de muitos domicílios no Brasil, constatam que os elevados valores desses benefícios, aumentam a renda domiciliar *per capita*.

Todavia, esse fato extremante positivo tem seu lado perverso: *podem influenciar as decisões dos jovens moradores dos domicílios quanto a trabalhar e estudar*. De acordo com os autores, o aumento na renda domiciliar proveniente de aposentadorias e pensões *reduz a taxa de participação dos jovens na força de trabalho*. Os resultados também indicam que essa redução na participação está associada a um aumento na proporção de jovens estudando. Entretanto, as evidências também indicam que *rendimentos com aposentadorias e pensões aumentam a probabilidade de que os jovens não estejam estudando nem participando do mercado de trabalho* (grifos meus).

### **O Fundamentalismo de uma Nota Só**

Assim, para “erradicar a pobreza”, os fundamentalistas de uma nota só defendem uma única estratégia: programas focalizados de transferência de renda. Elegem um único público-alvo: as famílias que estão “abaixo da linha de pobreza”.

Como definir quem está abaixo da linha de pobreza? Seriam aqueles que ganham menos que o salário mínimo necessário de R\$ 1.780,00 calculados pelo Dieese? Seriam aqueles que recebem menos da metade da renda média do país, como faz a OCDE? Seriam aqueles que recebem menos de

um salário mínimo (R\$ 380,00)? Não. Seguem os parâmetros determinados pelo Banco Mundial. Aqui a tecnocracia arbitrou que a linha que divide os miseráveis dos afortunados é a renda de R\$ 120,00. Quando se diz que a pobreza no Brasil foi reduzida, significa que alguns indivíduos passaram a ganhar mais de R\$ 120. Quem passou a ganhar R\$ 150, por exemplo, “deixou de ser pobre” e teria adentrado o admirável mundo da prosperidade. Tornou-se rico. Parcela da pobreza no país foi “erradicada”. Um único exemplo: somente com passagens de transporte público, um trabalhador gasta mais de R\$ 200 por dia em metrópoles como São Paulo.

Logo, para os defensores do Estado Mínimo, qualquer programa social que tenha impactos sobre a população que ganhe mais de R\$ 120 (o seguro-desemprego ou a previdência social, por exemplo) é considerado não “focalizado”, benéfico aos “ricos” e “perpetuador da armadilha da desigualdade”. Devem ser, portanto, aniquilados, e seus recursos transferidos para os programas de transferência de renda voltados aos “mais pobres”, aqueles que recebem menos de R\$ 120 por mês. Com a destruição das políticas universais que beneficiariam os ricos, seria possível “erradicar” a pobreza. Teríamos, assim, uma massa de afortunados que receberiam, por exemplo, R\$ 200 mensais.

Os pesquisadores desse matiz desconsideram o crescimento econômico e os seus impactos sobre o emprego e a renda. Desqualificam a importância da reposição do valor real do salário mínimo. Descartam a necessidade de políticas sociais que assegurem direitos universais. Em suma, o fundamentalismo de uma nota só defende que apenas com políticas “cientificamente focadas” será possível pôr “fim à exclusão social” e “erradicar” a pobreza.

Em tempos de ressurgimento da filantropia, do Terceiro Setor e da Responsabilidade Social, a sofisticação técnica, a competência em convencer o senso comum com o irresistível apelo de que estão fazendo uma opção preferencial pelos pobres camufla algo que não é perceptível para os incautos: trata-se, ao contrário, de competente e sedutora versão adaptada aos trópicos da agenda em favor do Estado Mínimo pela via da destruição do embrião do Estado de Bem-Estar Social. Não são defensores dos pobres, como se autodenominam. São instrumentos de um modelo macroeconômico excludente que busca, em última instância, o ajuste fiscal pela subtração de gastos sociais universais, tidos como “perpetuadores de privilégios” e principais responsáveis pela contínua “explosão” dos gastos correntes e da projetada “catástrofe” fiscal.

Políticas de transferência de renda são mais baratas que políticas universais que asseguram padrões mínimos e dignos de cidadania. Observe-se que o gasto anual com o Programa Bolsa Família é de cerca de R\$ 10 bilhões, enquanto os gastos previdenciários (INSS e Previdência Rural) atingem mais de R\$ 160 bilhões. Esta é verdadeira razão que move a suposta opção preferencial pelos mais pobres, que há mais de duas décadas tem sido defendida com tenacidade pelo Banco Mundial, FMI, demais instituições que pregam a cartilha neoliberal seguida à risca pela ortodoxia econômica brasileira. Dirigem-se ao senso comum e sua maior competência é passar para a opinião pública e para a mídia os seus propósitos visando à “justiça social”.

Entendo que uma efetiva estratégia de combate à pobreza no Brasil **não pode prescindir de programas emergenciais focados naqueles que estão à margem do trabalho e submetidos à miséria extrema. O equívoco é pretender fazer desse eixo a própria ‘estratégia’ de enfrentamento do problema social**, como preconizam os

auto-intitulados “economistas da pobreza”. Lamentavelmente, essa perspectiva equi-vocada tem sido preconizada por instituições internacionais de fomento (Banco Mundial, 2001, por exemplo) e defendida por inúmeros especialistas, alguns já mencionados. E, não se pode acusar o atual Governo Brasileiro de estar cometendo esse equívoco.

### ***Retrocesso nos Direitos Previdenciários***

É neste contexto de fortalecimento do pensamento neoliberal no Brasil, que foi realizada a reforma da Previdência em 1998. A Emenda Constitucional n.20 enterrou parcialmente o legado da Constituição de 1988. Dentre o conjunto de medidas adotadas destacam-se: substituiu-se a comprovação do “tempo de serviço” pelo “tempo de contribuição”; eliminou-se a aposentadoria proporcional; desvincularam-se o benefício previdenciário e o salário mínimo, para os benefícios acima do piso; e rebaixou-se o teto nominal dos benefícios. Por razões de espaço, comentamos aqui apenas as mudanças introduzidas na idade mínima e no tempo de contribuição.

Para os contra-reformistas, uma das distorções do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) era a aposentadoria em idade considerada precoce. Essa crítica estava parcialmente correta. De fato, não houve consenso na ANC para introduzir o limite de idade (55 anos para aposentadoria). Sem a fixação da idade mínima, prevaleceu a aposentadoria “por tempo de serviço” aos 35 anos para o homem e aos 30 anos para a mulher.

Todavia, para corrigir esta distorção, a EC n. 20/98 proposta pelo Executivo preconizava regras draconianas de acesso: ***acumulavam idade mínima (65 anos para homens e de 60 anos para mulheres) mais tempo***

**de contribuição (35 anos para homens e 30 anos para mulheres).** Felizmente, não houve consenso em torno desse ponto no Congresso Nacional. Com o texto final aprovado, a partir de 1998 passaram a existir duas alternativas para a aposentadoria:

- a aposentadoria “por idade” – 65 anos para homens e 60 anos para mulher, além da exigência de contribuição mínima por 15 anos; e
- a aposentadoria “por tempo de contribuição” – 35/30 anos e idade mínima de 53/48 anos. Nesse caso, até que os contribuintes atinjam 65/60 anos, passou a incidir o chamado “**fator previdenciário**”, criado posteriormente (1999), que suprime parcela expressiva do valor do benefício, incentivando a postergação da aposentadoria.

No caso da “aposentadoria por idade”, conseguiu-se transpor para este nosso país de miseráveis *padrões semelhantes ou superiores aos existentes em países desenvolvidos*. A idade mínima de 65 anos não era adotada sequer em países como a Bélgica, Alemanha, Canadá, Espanha, França e Portugal (60 anos) e os EUA (62 anos), por exemplo; e equivale ao parâmetro seguido na Suécia, Alemanha, Finlândia e Áustria (65 anos), por exemplo. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) faz uma distinção, ao definir a população idosa, entre países desenvolvidos (acima de 65 anos) e países em desenvolvimento (acima de 60 anos) (FIBGE, 2002:9).

No caso da “aposentadoria por tempo de contribuição”, passou-se a exigir a comprovação de 35 anos para os homens e de 30 anos para as mulheres. Esse patamar é superior ao estabelecido, por exemplo, na Suécia (30 anos) e a Finlândia (30 a 39); e se aproxima do nível vigente em outros: EUA (35 anos), Portugal (36), Alemanha (35 a 40) e França (37,5), dentre vários. Nesse

caso, até que os contribuintes atinjam 65/60 anos, passou a incidir o chamado “fator previdenciário” (criado em 1999) que suprime parcela do valor do benefício e posterga o início da aposentadoria.

Assim, tanto a idade mínima (65 e 60 anos) quanto o tempo de contribuição (35 e 30 anos) são elevados em relação aos padrões estabelecidos em países desenvolvidos. A vigência dessas regras mostra-se paradoxal, se consideramos que não há como demarcar qualquer equivalência entre esses países e o nosso contexto socioeconômico e demográfico de capitalismo tardio. A implicação desse quadro é óbvia para a proteção social: a maior parte dos trabalhadores brasileiros dificilmente terá condições de comprovar tempo de contribuição para o sistema de previdência.

### **3- DESAFIOS PARA A PRÓXIMA DÉCADA 2010/2019**

Vivemos um momento ímpar para consolidar as conquistas sociais da Constituição de 1988. No campo político e ideológico emergiu um cenário favorável para a ampliação do papel do Estado na economia e na regulação dos mercados. O colapso financeiro internacional (2008) interrompeu um longo ciclo de hegemonia do neoliberalismo em escala global. Muitos dos dogmas do “pensamento único” caíram por terra. Instituições como BIRD e FMI reconhecem o fracasso das políticas inspiradas pelo Consenso de Washington. Este cenário abre **uma oportunidade histórica** para a ampliação do papel do Estado na consolidação do sistema de proteção social consagrado pela Constituição de 1988.

Uma agenda neste sentido foi construída por um conjunto de especialistas e entidades do movimento social que emergiram do

Neste sentido, o Movimento em Defesa dos Direitos Ameaçados na Reforma Tributária atuou fortemente no sentido de garantir o financiamento exclusivo das políticas sociais. Em meados de 2010 essas entidades formularam a **Carta Compromisso sobre Políticas Sociais, cuja versão final, encontra-se no site [www.direitosociais.org.br](http://www.direitosociais.org.br). Contribui com essa construção coletiva e passarei a seguir a apresentar os pontos para a reflexão e debate apontados pelo movimento social**

- 1. Papel do Estado e Planejamento** – O experimento neoliberal das últimas décadas minou, profundamente, a capacidade do Estado brasileiro em promover políticas de desenvolvimento. Em países de capitalismo tardio, a presença do Estado sempre foi decisiva nesse processo. É urgente que o Estado brasileiro volte a ser o ator central na condução e articulação de ações macroeconômicas que priorizem o crescimento econômico sustentável com estabilidade de preços e distribuição da renda. A reorganização do Estado requer uma reforma administrativa que resgate a sua capacidade de planejamento de longo prazo. O Estado brasileiro também deve recompor sua capacidade de investir diretamente em projetos de infra-estrutura econômica e social de reconhecido interesse para o desenvolvimento nacional, com sustentabilidade ambiental.
- 2. Distribuição da Renda** – Promover a **redistribuição da renda e da riqueza social**. Convergir todas as ações governamentais (econômicas e sociais) para esse objetivo. Formular políticas específicas para melhorar a inserção laboral das mulheres negras, um dos segmentos mais vulneráveis no mercado de trabalho.
- 3. Reforma Tributária** – Formular uma re-

**forma tributária** de caráter progressivo e redistributivo que promova a justa distribuição de renda e de riqueza. Rechaçar a Proposta de Emenda Constitucional 233/2008, em tramitação no Congresso. Promover a justiça tributária pela elevação da progressividade dos impostos. Submeter todos os rendimentos recebidos por pessoas físicas à tabela do Imposto de Renda, assegurando a isonomia tributária prevista na Constituição, revogando a isenção de IR distribuição dos lucros e dividendos, na remessa de lucros e dividendos ao exterior e nas aplicações financeiras de investidores estrangeiros no Brasil. Elevar a participação dos tributos diretos. Ampliar a progressividade do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Instituir o Imposto sobre Grandes Fortunas (IGF) previsto na Constituição Federal de 1988 como de competência da União.

- 4. Relações entre a Política Econômica e a Social** – Alterar a articulação perversa entre os objetivos econômicos e os objetivos sociais vigente nas últimas décadas. Avançar em opções macroeconômicas que priorizem o crescimento econômico sustentável com estabilidade de preços e distribuição da renda.
- 5. Desenvolvimento e Meio Ambiente** – Assegurar desenvolvimento econômico ambientalmente sustentável e socialmente justo, capaz de promover a conservação dos recursos naturais e a gestão ambiental.
- 6. Emprego e Renda** – Promover o **pleno emprego**. Seguir a política de valorização gradual do salário mínimo. Reduzir a jornada semanal para 40 horas. Garantir uma regulação de trabalho de maior proteção contra a insegurança que os trabalhadores estão submetidos. Ampliar o emprego formal pelo fortalecimento

das instituições que atuam na área do trabalho (Sistema de fiscalização, Ministério Público do Trabalho, Justiça do Trabalho). Proteger o trabalhador face a gama variada de ameaças que o afetam, com destaque para os riscos clássicos incapacitantes do trabalho, ainda não atendidos pela proteção da Seguridade Social e as discriminações étnicas, de gênero e de qualquer outra natureza que ainda afetam as relações trabalhistas no Brasil.

## 7. Financiamento das Políticas Sociais – Restabelecer, imediatamente, as bases de financiamento dos direitos sociais assegurados pela Constituição.

- Extinguir a DRU e carrear a totalidade desses recursos para a área social, em respeito aos princípios inaugurais da Carta de 1988.
- Aplicação integral dos recursos do **Orçamento da Seguridade Social** na Seguridade Social em cumprimento aos artigos 194 e 195 da Constituição Federal.
- Elaboração dos Orçamentos da Seguridade Social, Fiscal e das Estatais, de forma segregada, conforme o art. 165, da Constituição Federal.
- Exigir que o MPAS apresente dados financeiros em **conformidade com a Constituição da República**, separando as fontes e usos dos benefícios contributivos (INSS Urbano) dos benefícios não contributivos (INSS Rural e Loas).
- Assegurar **bases sustentadas de financiamento do SUS**, com a regulamentação da EC 29 e o restabelecimento da CPMF, cujas receitas seriam rateadas pela as três esferas de governo.
- **Flexibilizar a Lei de Responsabilidade Fiscal** – condicionada a metas a serem

atingidas, medidas em indicadores sociais – para possibilitar aos estados e municípios condições financeiras para a gestão das políticas de saúde, assistência social e educação, cuja responsabilidade lhes foi transferida. Reverter a danosa terceirização dos contratos de trabalho, por meio das associações com ONGs e OSCIPS, como forma de os estados e municípios burlarem os rígidos limites impostos pela LRF para os gastos com pessoal.

- Assegurar que, a médio prazo, parte da capitalização do **Fundo Soberano** que está sendo constituído com recursos das taxas e royalties da exploração do pré-sal seja canalizada para o financiamento de programas sociais visando o combate à pobreza e a concentração da renda. A experiência da Noruega é exemplar para a cobertura das despesas da previdência social em virtude do envelhecimento da população. Setores como educação e saúde também deveriam receber, a médio prazo, recursos do Fundo Soberano, pois, o gasto público brasileiro nesses setores é reduzido se comparado à experiência internacional dos países centrais e mesmo latino americanos.

## 8. Questão Agrária – Enfrentar a secular questão da **concentração da riqueza agrária no Brasil**. Cuidar da terra e dos recursos naturais na perspectiva de um bem social inter-geracional e não restringi-lo à condição de bem de mercado, com todas as suas conseqüências perversas sobre o meio ambiente e a desigualdade social. Ampliar espaços às experiências de **economia familiar rural, dos assentamentos agrários, da economia solidária, da proteção ecológica** e de tantas outras formas de cooperação e solidariedade no âmbito da produção econômica.

**9. Seguridade Social** – Cumprir os art. 194 e art. 59 (Atos das Disposições Constitucionais Provisórias) que tratam da responsabilidade do Poder Público na “**organização da Seguridade Social**”. O cumprimento da Constituição Federal exige que o planejamento das ações da seguridade seja realizado forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, pela previdência social, pela assistência social e pelo seguro desemprego. No entanto, desde o final dos anos 80, em desacordo com a Constituição, governos optaram pelo caminho da fragmentação. Recriar o **Conselho Nacional de Seguridade Social** (extinto em 1998) com a responsabilidade de coordenar o planejamento integrado das ações dos setores que integram a Seguridade Social, bem como pelo controle social sobre as fontes e usos do Orçamento da Seguridade Social.

**10. Previdência Social** – Promover uma Reforma Previdenciária de caráter inclusivo, **objetivando incorporar 100% da População Economicamente Ativa ao seguro social até 2022, data do bicentenário da independência nacional**. Nesse ínterim, a política previdenciária deveria acelerar os processos de inclusão, sem quaisquer retrocessos nos direitos sociais incorporados à Constituição de 1988, especialmente no vínculo do salário mínimo como benefício mínimo da Seguridade Social. Há que considerar que o sistema previdenciário atual ainda exclui completamente cerca 1/3 da População Economicamente Ativa, e inclui de forma precária trabalhadores informais, sujeitos a alta rotatividade ou desemprego sazonal (trabalhadores que realizam no máximo seis contribuições previdenciárias ao ano – cerca de 17 milhões de pessoas). E com relação aos inativos – aposentados e pensionistas

remanesce uma dívida social relativa a perdas do poder de compra desses benefícios vinculada à cesta básica específica dessa população.

- Cumprir o princípio da “irredutibilidade do valor dos benefícios” assegurados na Carta de 1988 e **garantir reajustes reais para os benefícios situados acima do piso**, em percentuais não inferiores a 80% do PIB.
  - Assegurar que a **Previdência do Trabalhador Rural** permaneça enquanto programa parte da seguridade social, rechaçando as propostas que pretendem transformá-lo num modelo estrito de seguro social.
  - Avançar na melhoria dos **sistemas de gestão dos benefícios MPAS** visando ampliar a eficiência e a justiça do setor, sobretudo no tocante à revisão de regras na concessão de pensões, bem como no enfrentamento da questão do acúmulo de aposentadorias e dos benefícios com valores superiores ao teto constitucional.
  - Aplicar sanções previstas nas leis às empresas que têm altos índices de **acidentes de trabalho**.
- 11. Saúde** – Assegurar bases financeiras sustentáveis e acelerar o processo de ampliação da **equidade e a integralidade** do SUS que requer, dentre outras medidas, na ampliação dos **investimentos em infra-estrutura** de saúde pública nas regiões que apresentam os piores indicadores epidemiológicos. Romper com o atual padrão de gastos que aprofunda as iniquidades regionais, na medida em que prioriza as regiões que possuem melhores estruturas de oferta de serviços. Priorizar as ações nos municípios com piores IDH. Avançar na **regulação das ações do setor privado e**

na cobrança dos exames e procedimentos realizados na rede pública. Aperfeiçoar a política de subsídio à **compra de medicamentos** pela população idosa de baixa renda. Criar **sistemas permanentes de avaliação** que definam parâmetros de qualidade, abaixo dos quais o serviço deveria ser fechado.

**12. Assistência Social** – Ampliar a rígida linha de corte de renda que define a **elegibilidade ao Benefício de Prestação Continuada (BCP)** de 1/4 para 1/2 salário mínimo de renda familiar per capita. Assegurar que o Programa Bolsa Família passe a vigorar como **direito social garantido pela Constituição**. Ampliar os esforços na construção de um **modelo institucional** do Programa Bolsa Família que aperfeiçoe as relações federativas com os governos estaduais e municipais, bem como suas ações com o SUAS e com os programas de formação profissional e microcrédito, visando possibilitar a reinserção das famílias no mercado de trabalho. Ampliar a cobertura para os jovens de 15 a 18 anos e incorporar aqueles que abandonaram ou estão fora da escola. Expandir serviços sócio-assistenciais no país.

**13. Educação** – Universalizar progressivamente a oferta de vagas da educação infantil, obrigatória pela legislação em vigor. Ampliar a oferta de vagas públicas do **ensino médio e do ensino superior**. Garantir a **qualidade no ensino fundamental**.

**14. Política Nacional de Desenvolvimento Urbano** – Corrigir uma lacuna da agenda dos governos nas últimas décadas, marcada pela ausência de efetivas políticas nacionais de habitação popular, de saneamento ambiental e de transporte público. Construir, para cada um desses setores, modelos institucionais baseados na cooperação federativa e assegurar

mecanismos de financiamento que tenham caráter redistributivo.

- No caso da **Habitação Popular**, as sucessivas políticas de habitação adotadas nas últimas décadas se mostraram incapazes de atender às famílias situadas nas classes de rendimento mensal familiar per capita inferior ou igual a três salários mínimos (mais de 80% das famílias brasileiras auferem rendimento mensal familiar nesta faixa), onde se situa mais de 2/3 do déficit habitacional. No curto prazo e em caráter emergencial é preciso uma ampla mobilização para minimizar a **atual situação das famílias que vivem em áreas de risco**.

- O descaso dos sucessivos governos com o **Saneamento Ambiental** fica evidente com a constatação de que, atualmente mais de 50% da população urbana brasileira não tem seus domicílios ligados a rede pública de esgoto; mais da metade dos os 5.507 municípios existentes no Brasil, não dispõem de algum tipo de serviço de esgotamento sanitário; apenas 20% dos municípios brasileiros tratam o esgoto coletado.

- O abandono do **Transporte Público** fica evidente com a caótica situação da circulação nas cidades. Diversos indicadores apontam nesse sentido: congestionamentos crônicos; baixa velocidade do fluxo de veículos; redução do número de viagens por habitante; expressivo número de viagens realizadas a pé; crescimento do transporte “informal” ou “clandestino”; reduzida participação do transporte de massa em relação ao transporte individual etc.. O caos que atinge o setor agrava os problemas ambientais, dado o elevado consumo de combustíveis e de emissão de poluentes.

# Trajетórias da Seguridade Social a partir da CF 1988: O olhar da Saúde



Foto: Renata Castelo Branco

## Humberto Costa

*Médico, Secretário das Cidades do Estado de Pernambuco e atual Senador – PT-PE*

**P**rimeiramente, quero agradecer a oportunidade de estar aqui com vocês, não somente pelo fato de podermos discutir uma série de questões extremamente relevantes hoje nas políticas de saúde, mas pelo próprio fato de que eu havia pedido ao nosso companheiro Messias uma aproximação, uma conversa em que pudéssemos tratar das questões da saúde.

Avalio que a saúde, entre todas as políticas sociais, foi a que menos conseguiu avançar em nosso governo, ainda que fosse possível

e necessário fazê-lo. Não vamos entrar aqui no mérito das razões, das causas, enfim, mas esse é um dado concreto. No debate sobre programa de governo que estamos travando na direção do partido e que também se realizou no Congresso do PT, entendemos que este tema precisa ser priorizado. Precisamos dar um grande salto de qualidade na discussão que vem sendo feita, para que possamos enfrentar os desafios que se avizinham.

A minha tarefa aqui ficou muito facilitada pela apresentação do Fagnani, porque ele abordou uma série de coisas sobre as quais eu iria falar. Não preparei uma apresentação, apenas peguei alguns slides que uso para dar aulas. Hoje estou na área de políticas urbanas, mas de todo jeito ainda estou vinculado à docência, onde trabalho com a temática da saúde. Sempre participo de algum tipo de discussão com o pessoal que trabalhou comigo e que hoje está à frente de gestões em estados e municípios.

Já se falou aqui na questão dos sistemas de proteção social. Hoje em dia continuamos trabalhando com uma tipologia que muitos acham simples demais, mas ainda é a melhor para o debate sobre modelos de políticas sociais. São as tipologias de Titmuss e de Sping-Andersen.



Titmuss divide os sistemas de proteção social ou modelos de políticas sociais em três:

O primeiro é o chamado **modelo residual**, onde os canais “naturais” para o atendimento das necessidades individuais são o mercado e a família. As instituições públicas atuam temporariamente, quando esses canais “naturais” de atendimento falham. É típico do liberalismo do século 19, retomado de forma muito mais agressiva na visão do neoliberalismo.

O segundo é **modelo meritocrático** em que o atendimento às necessidades, o acesso às políticas sociais depende de uma prévia contribuição e da ocupação de um espaço formal no mercado de trabalho. As instituições de bem-estar, que são os fundos ou as organizações que lidam com a saúde, terminam exercendo um papel importante na própria economia. Neste modelo as necessidades sociais são satisfeitas de acordo com o desempenho, produtividade, mérito individual, ou, como foi o caso do Brasil durante muitos anos, pelo espaço que as pessoas ocupavam no mercado de trabalho, pelo fato de pertencer a uma profissão regulamentada e por contribuir com a previdência social. Hoje em dia praticamente todos os grandes países têm modelos universais de políticas sociais, mas na Alemanha, França, Itália e Estados Unidos esse modelo prevaleceu durante um bom tempo.

O terceiro é o **modelo institucional redistributivo**, onde a principal preocupação do sistema é a promoção de bem-estar social. Os serviços são universalistas, obtidos pela ação direta do Estado, sem interveniência do mercado e baseados no princípio da necessidade. Esse tipo de modelo termina influenciando e sofrendo influência do próprio desenvolvimento

econômico. Uma política econômica de elevação do salário mínimo, por exemplo, termina tendo um efeito extremamente benéfico sobre as condições sociais da população e programas sociais amplos terminam por fortalecer a economia.

Até mesmo políticas consideradas compensatórias como o Bolsa-Família terminam por promover uma grande movimentação das economias locais e, no seu somatório, estimulam a própria economia nacional. Há cidades em Pernambuco hoje, por exemplo, em que os recursos daquele programa que circulam mensalmente supera o próprio fundo de participação do município. Por aí se pode ter uma idéia do que representa isso em termos de movimentação da economia.

A outra tipologia é a de Sping-Andersen, que guarda semelhança com a classificação anterior. Ele chama de **modelo de assistência social** ou **modelo liberal**, aquele em que os direitos sociais estão vinculados à comprovação da necessidade ou de pobreza. Ou seja, são sistemas focalizados, dirigidos para os pobres, geralmente com benefícios reduzidos, de baixa qualidade e associados ao estigma: o indivíduo é considerado um cidadão de segunda classe. O mercado é o espaço onde todos vão buscar o acesso a às políticas sociais.

O chamado **modelo bismarckiano** ou **corporativo estatal** também é meritocrático. Nele o direito está vinculado ao pagamento de uma contribuição previdenciária, depende do emprego formal e é ligado à classe e ao status ocupacional. Foi desenvolvido na Alemanha na segunda metade do século XIX pelo então chanceler Bismarck e ali predominou durante muito tempo.

O **modelo universalista** ou **de Beveridge**, prevê benefícios extensivos a toda a sociedade, não restritos aos pobres. Os direitos, os benefícios, são básicos e iguais para todos. A variante social-democrata tem como premissas a igualdade, com melhores padrões de qualidade nos serviços que são oferecidos. Este modelo é mais encontrado nos países nórdicos.

Do ponto de vista do sistema de saúde, podemos trabalhar com uma classificação assemelhada: um seria o **sistema de mercado**, em que o direito é condicionado à capacidade de obtenção de seguro-saúde e o sistema público é focalizado. Por exemplo, no caso americano há um sistema público que é dirigido aos pobres, outro que é dirigido aos idosos. Uma das estratégias do Barack Obama para tentar universalizar o acesso à saúde é ampliar especificamente o sistema dirigido aos mais pobres, entre outras alternativas.

Outro modelo de sistema de saúde é o **corporativo**, em que o direito está condicionado a uma contribuição. Esses exemplos são antigos, predominaram na Alemanha e na França, países que hoje têm sistemas universais. Hoje se encontra um mix em alguns países onde ainda existe sistema corporativo, como é o caso do México, que está produzindo um processo de universalização gradual, Argentina, onde também há um processo de universalização gradual, mas ainda é muito forte o modelo corporativo.

No sistema **universalista** a saúde é financiada pelo estado e extensiva a todos os cidadãos. A qualidade é variável de país para país. Há uma inibição das formas típicas de mercado. Hoje em dia, normalmente há um mix em praticamente todos os países do mundo. Não é encontrado um modelo puro em nenhum lugar, tanto que hoje

as classificações usuais são de **modelo segmentado e modelo universal**.

O **modelo segmentado** é aquele em que o sistema público pode ser mais ou menos abrangente, atingindo parcelas distintas da sociedade, e há um sistema privado forte que o complementa. Nesse sistema, público e privado se mesclam inclusive no financiamento. O **modelo universal** atende a todos os cidadãos, o financiamento é público e o sistema privado é suplementar.

No caso do Brasil, antes da década de 20, podemos dizer que sequer havia um modelo liberal. A maioria esmagadora da população só encontrava acesso à saúde por meio da caridade prestada por organizações ligadas à igreja como as Santas Casas de Misericórdia. O segmento das elites tinha acesso à medicina popular ou ao que havia de medicina em caráter muito incipiente no país. No país, apenas em 1888 se inicia de fato uma política social, quando ocorre a primeira intervenção estatal no campo da proteção social e é regulamentado o regime de previdência dos funcionários dos Correios.

No início do século 20 houve grandes intervenções de saúde coletiva, cujo objetivo era erradicar doenças transmissíveis nas áreas dos portos, por conta do intercâmbio comercial, e nas áreas da produção de café. Assim, se iniciou um tipo de intervenção do Estado que é fundamentalmente de saúde coletiva e de forma intermitente, o chamado **modelo assistencial Sanitarista Campanhista**. Mais para a frente, com a introdução das primeiras leis que tratam da Previdência Social, a evolução da saúde na Previdência vai avançar na linha da assistência individual.

O fim dessa dicotomia ocorre por volta dos anos 70 e 80, culminando com a Constituição

Federal de 1988, tema amplamente conhecido por todos. Concordo com a concepção de Wanderlei Guilherme dos Santos no que tange ao sistema de proteção social no Brasil, quando ele se refere à **cidadania regulada**. O acesso vinculado a uma contribuição e a uma profissão formal, por suas distorções, deu origem, nos anos 60, ao chamado **modelo assistencial médico privatista**, concentrado no hospital, na ação curativa, na utilização de equipamentos de alta tecnologia e na excessiva medicalização. Foi um período de forte estímulo à rede privada, tal como a conhecemos hoje.

No final do governo militar fortaleceu-se o movimento por mudanças na saúde que teriam que ser feitas em várias áreas e que terminaram se consolidando em 1988, quando foi promulgada a atual Constituição. Gostaria de aqui sublinhar dois ou três pontos importantes. O primeiro é de onde vem o processo de degradação do sistema de saúde no Brasil. Nós tínhamos um sistema com uma dicotomia clara em que o Ministério da Saúde desenvolvia ações de saúde coletiva, de modo intermitente, com pouca estruturação, e o Ministério da Previdência direcionava sua atuação para a assistência individual e curativa.

Ao invés de um sistema único, havia uma superposição entre as ações do Ministério da Saúde e a política da saúde previdenciária, esta construída por meio de institutos por categorias profissionais, cuja qualidade e abrangência dos serviços estava associada à força econômica do respectivo setor. O primeiro baque na estruturação do sistema de saúde previdenciária no Brasil acontece com a unificação dos diversos institutos em torno do Instituto Nacional da Previdência Social. Por quê? Porque a qualidade da atenção que era prestada passa a ser nivelada por baixo, o que levou uma parcela

importante e forte dos trabalhadores a se excluir desse sistema.

Esta situação veio ao encontro do interesse das grandes empresas que estavam se instalando no Brasil, que passaram a oferecer serviços de medicina de grupo aos seus empregados como parte das estratégias de controle sobre a mão-de-obra e reprodução da força de trabalho. O surgimento da medicina de grupo foi fortemente impulsionado nos anos 60 pelas grandes empresas automobilísticas e outras multinacionais. Assim, segmentos importantes de trabalhadores, que poderiam vocalizar reivindicações para melhorar o sistema, terminam ficando fora das lutas, porque estão cobertas pela saúde privada. Esse é um problema, uma contradição, que ainda hoje precisa ser enfrentada.

Um outro momento crítico vai acontecer exatamente em 1988, quando definimos em nossa Constituição o caráter universal do nosso sistema de saúde. Uma decisão fundamental que deu a milhões de brasileiros o direito de terem acesso às políticas de saúde. Embora o processo de universalização já estivesse sendo construído gradativamente, de repente, da noite para o dia, 60 milhões de pessoas passaram a compor o sistema de saúde como beneficiários, sem que houvesse uma rede adequada para atendê-las e sem que houvesse, de forma imediata, os recursos necessários para esse atendimento. O sistema de financiamento aprovado para a seguridade social, as fontes de recursos ali definidas, não tiveram repercussão imediata sobre essas políticas.

E mais, dentro do conceito de Seguridade Social que envolve as políticas de previdência, assistência e saúde, há entre elas uma que se materializa pela celebração

de um contrato jurídico entre o indivíduo e o Estado e que não pode de nenhuma forma ser descumprido: a previdência. Foi essa a área social onde a Constituição de 1988 mais ampliou benefícios, que terminaram absorvendo a maior parte dos recursos que deveriam ser divididos entre as três áreas.

Assim, os recursos destinados à saúde foram insuficientes para atender às suas novas responsabilidades. Com isso, a qualidade da atenção caiu sensivelmente para aqueles trabalhadores antes atendidos pelo sistema de saúde previdenciária. Como consequência, muitos desses trabalhadores deixaram o SUS em busca dos chamados planos de saúde. Desse modo, o SUS perdeu uma clientela importante por sua capacidade de vocalização política e social. Então, juntamente com o processo de universalização, terminou acontecendo também um processo de exclusão. Este foi um outro golpe importante que o sistema de saúde sofreu: aquilo que dois pesquisadores do IPEA chamaram de **universalização excludente**. Como não havia, naquele momento, nenhum tipo de regulamentação para os planos e seguros de saúde, houve uma explosão do setor de saúde suplementar com planos de todo o tipo, de toda qualidade e com todo tipo de prejuízo para quem a eles se afiliou, situação que só vai ser mudada a partir de 1998, quando foi criada a Lei dos Planos de Saúde.

Esse processo é importante porque justamente aqueles segmentos que poderiam exercer mais pressão pela melhoria da qualidade do sistema público, não o fazem, pois têm seus sistemas próprios, muitas vezes financiados pelo próprio setor público, como é o caso dos servidores públicos. Além disso, o Estado subsidia o setor suplementar, seja pela renúncia fiscal

(abatimento integral no imposto de renda dos gastos com saúde privada), seja pelo uso dos serviços do SUS (especialmente os de alto custo) pelos consumidores de planos e seguros de saúde. Uma discussão extremamente relevante está sendo travada sobre essa realidade e propõe a instituição do Sistema Brasileiro de Saúde, com uma clara definição do papel do público e do privado e estabelecendo uma complementaridade entre eles, fazendo com que os vasos comunicantes que hoje drenam apenas para o lado privado, possam também favorecer os usuários do SUS. Para que tenhamos um sistema público, que possa novamente incorporar segmentos importantes, com capacidade de reivindicação e de mobilização, temos que enfrentar esta contradição e este debate.

O segundo ponto é o que foi abordado por Fagnani e Artur, ou seja, aprovamos na Constituição um modelo de proteção social típico de um Estado de Bem-Estar Social, com garantias mínimas. Contudo, contraditoriamente, um ano depois de aprovarmos uma Constituição com esse perfil, elegemos um presidente da República comprometido com a ideologia do neoliberalismo e que, em termos de saúde, apresenta um discurso demagógico de atender aos excluídos, o que, na verdade, embutia a idéia de focalização: uma proposta pobre de saúde para os pobres.

Com o impeachment de Collor, em que pese os neoliberais não terem conseguido avançar o tanto que gostariam, o estrago feito na saúde foi muito grande, seja porque não houve ampliação de recursos para atender as necessidades do sistema, seja porque houve um intenso processo de sucateamento do sistema, especialmente de sua infra-estrutura física, entre 1990

e 1992. Foi um momento extremamente difícil. Podemos dizer que o Sistema Único de Saúde produz, na verdade, um grande milagre, porque consegue, com escassos recursos, oferecer à grande maioria da população brasileira ações que são fundamentais para que o Brasil consiga os resultados positivos a que Fagnani se referiu.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que se propõe a garantir assistência gratuita e integral – do mais simples procedimento ao transplante cardíaco – para o conjunto da população brasileira, que hoje se aproxima de 200 milhões de pessoas.

Cabe observar que apenas 21% da população possuem planos privados de saúde e estão concentrados basicamente nos grandes centros urbanos. Mesmo possuindo planos de saúde, utilizam o SUS para vacinações, atendimentos de emergência, acesso a medicamentos de alto custo, procedimentos de alta complexidade como transplantes, terapia renal substitutiva, etc. Há, na verdade, um processo de captura por um segmento privilegiado da população, de recursos que deveriam atender à população como um todo. Subentende-se que, se as pessoas buscam um plano privado, ele deveria oferecer atenção integral à saúde dessas pessoas.

Dados de 2008 nos dão idéia da magnitude do sistema. O SUS possui uma rede de serviços composta de 63.662 Unidades Ambulatoriais e 6.110 unidades hospitalares com 366.614 leitos. Faz 940 mil internações por mês e 11,3 milhões de internações, por ano. Em 2008 foram feitos onze milhões e trezentos mil procedimentos de atenção básica (consulta, pré-natal, vacinação, etc.), mais de um bilhão e

trezentos mil procedimentos ambulatoriais especializados (eletrocardiogramas, consultas especializadas, etc); mais de trezentos e setenta milhões de exames ambulatoriais de patologia clínica – não estão contabilizados aqui os hospitalares; onze milhões e meio de ultra-sonografias ambulatoriais; dois milhões e cem mil partos hospitalares – vale a pena frisar que mais de 97% dos partos acontecem em hospitais e isso é um avanço enorme; mais de 46 milhões e meio de exames de radiodiagnóstico em ambulatório; mais de 14,7 milhões de exames de anatomo-patologia e citopatologia também ambulatoriais; mais de 115 mil procedimentos de hemodiálise ambulatoriais; mais de cem mil procedimentos de alta complexidade em cardiologia; mais de 110 mil procedimentos na área de Oncologia, entre cirurgias, radioterapia, quimioterapia, e iodoterapia; quinze mil setecentos e oitenta e nove transplantes de órgãos.

Cabe sublinhar que o SUS faz 75% do total dos transplantes realizados no Brasil. Transplantes, praticamente, são realizados apenas pelo SUS e pelos planos de saúde de autogestão. Hoje eu não sei como está, mas pelo menos há um bom tempo era assim. Noventa e sete por cento das sessões de terapia renal substitutiva são feitas pelo SUS no Brasil. Na política de transplantes de órgãos, o Brasil é o segundo maior transplantador público de órgãos do mundo. Esse é um dado importantíssimo que muitas pessoas ignoram.

Ao estudarmos o perfil do gasto público em saúde no Brasil, é possível entendermos o porquê da afirmação que fiz há pouco de que o SUS opera um verdadeiro milagre. Os dados que vou apresentar, inclusive, não estão atualizados. Há um debate enorme para se estabelecer se o gasto público no Brasil representa 45% do gasto total com

saúde ou se, na verdade, não ultrapassa os 38%. Vejamos os dados internacionais:

<b>Gasto Público em Saúde</b>	
<b>País</b>	<b>%</b>
Cuba	86,8%
Reino Unido	85,7%
Suécia	85,2%
Costa Rica	78,8%
Alemanha	78,2%
França	76,3%
Itália	75,1%
Espanha	71,3%
Canadá	69,9%
Portugal	69,7%
Chile	48,8%
Argentina	48,6%
México	46,4%
<b>Brasil</b>	<b>45,3%</b>
EUA	44,6%

fonte OMS (2006)

Cabe observar que o gasto total em saúde refere-se à soma do gasto público com o gasto privado das pessoas e das famílias. Gasto privado é a aquisição do medicamento, o pagamento da consulta particular, a mensalidade do plano de saúde, entre outros. Parte dos países acima – a exemplo de Cuba, Reino Unido, Suécia – possuem sistemas universais de saúde, assim como, em tese, ocorre no Brasil. Contudo o nosso gasto público em saúde é semelhante ao americano, que é um sistema assumidamente segmentado. O gasto público no Brasil se assemelha ainda ao de países que possuem sistemas corporativos, como é o caso do México e da Argentina, ou ainda, do Chile, que atualmente está fazendo um processo de

universalização, para reverter a privatização feita no período de Pinochet.

A própria discussão sobre os números do gasto público em saúde no Brasil não é consensual. Os estudos que apontam para um percentual de 45,3% são contestados por outros que apontam para números ainda menores. Pesquisas recentes do próprio IPEA relatam um gasto público de 38%. Quando se considera a renúncia fiscal resultante das deduções de gastos privados com saúde no Imposto de Renda, é que se atingem os 45%. De um modo ou de outro, é incontestável o fato de que existe um problema de sub-financiamento da saúde que precisa ser enfrentado e que os atuais candidatos à Presidência da República precisam explicitar de que modo irão superá-lo.

Constata-se que o SUS, ainda que sem recursos suficientes, atende 79% da população brasileira, que correspondem à parcela que utiliza exclusivamente o sistema público. Em nosso país e em nosso governo existe sub-financiamento para a área da saúde. O que foi feito em relação à CPMF foi algo absolutamente criminoso. Até porque todo o discurso que a mídia, os banqueiros e os empresários fizeram, conseguiu se tornar hegemônico junto à população. A qualquer pessoa, de qualquer segmento social a quem se perguntasse sobre a CPMF, responderia que era contra o imposto sob os argumentos de que onerava a produção, tornava os produtos mais caros e que, sua extinção, produziria queda nos preços, redução dos juros bancários, estímulo à produção e geração de mais empregos. Nada disso se confirmou após o fim da contribuição.

É importante observar que, além de baixo, o gasto em saúde no Brasil é de péssima qualidade. Temos inúmeros focos de desperdício no sistema e problemas de gestão extremamente graves que precisam ser superados.

Eu gostaria também de fazer referência a alguns problemas centrais que estamos discutindo no processo de elaboração do programa de governo.

O primeiro deles diz respeito à definição de competências e responsabilidades, delimitadas pela Lei 8080, pela Constituição e pelas normas do Ministério da Saúde e que atribuem ao gestor federal a função de normatizar, formular e avaliar a política nacional de saúde, bem como de financiar o sistema. O gestor estadual possui as mesmas atribuições no âmbito do estado, mas seu papel principal é coordenar e articular o sistema em seu território. Já ao gestor municipal competem as mesmas responsabilidades, embora sua principal função seja a de executar as ações de saúde no município.

A ausência de mecanismos jurídicos que constringam os atores do sistema a cumprirem plenamente essas responsabilidades é hoje um problema para o SUS. Os pactos celebrados nas comissões tripartite e bipartites, são meros acordos cartoriais. O caso do Rio de Janeiro é um exemplo a ser invocado para contextualizar o problema. Durante a discussão do **pacto da atenção básica**, a cidade se comprometeu a realizar uma expressiva expansão da Política de Saúde da Família para promover acesso da população a serviços de saúde. Tal não aconteceu e anos depois uma violenta crise se abateu sobre o SUS municipal, produzindo superlotação na rede hospitalar. No entanto, os gestores municipais jamais foram responsabilizados por essa omissão.

Para enfrentar esse problema defendemos a instituição de uma lei de responsabilidade sanitária que defina claramente as responsabilidades de todos os atores do sistema de saúde, bem como assegure mecanismos legais que impeçam a impunidade dos maus gestores e a desassistência à saúde da população.

Um dos problemas que temos para o cumprimento dessas competências é a relação paradoxal entre as unidades federadas. De um lado a autonomia federativa, de outro as tradicionais práticas centralizadoras. Podemos afirmar que, entre as diversas políticas públicas aplicadas no país, o SUS é aquela que maior caráter republicano possui. Temos um modelo de financiamento do sistema com transferência de recursos fundo a fundo. Independentemente das diferenças partidárias existentes entre o prefeito, o governador e o presidente da República, três vezes por mês o município e o estado recebem recursos que serão aplicados em saúde de acordo com suas prioridades.

No entanto, o Ministério da Saúde, por exemplo, dispõe ainda de 7% do seu orçamento que podem ser investidos de forma discricionária, ainda que dentro de determinados critérios. Nos estados essa situação é ainda pior, havendo muito mais possibilidades de direcionamento político na aplicação de recursos de investimentos e, até mesmo de custeio.

Outra questão relevante é que os pactos se realizam entre gestões com baixa permeabilidade ao controle social. Embora seja verdade que a área da saúde foi a que mais avançou no controle social, é verdade também que boa parte desses mais de cinco mil conselhos municipais de saúde são capturados pelas gestões.

Questões a serem consideradas ainda dizem respeito ao complexo contexto em que se situa o SUS. O Brasil é um país de dimensão continental, com uma estrutura econômico-social heterogênea e um quadro sanitário que combina aspectos díspares. Somos obrigados a chegar aos pontos mais distantes, aplicando uma política nacional que precisa respeitar as enormes diversidades regionais e contemplar o enfrentamento aos problemas de saúde

mais diferenciados. Temos que conviver com a realidade de, permanentemente combater a dengue, ao mesmo tempo em que temos que garantir acesso das pessoas aos medicamentos de última geração para tratar as doenças mais raras presentes no mundo.

Outra grande questão a ser enfrentada é a da necessidade de harmonização dos princípios do SUS. Universalidade, equidade e integralidade precisam ser combinadas para que uma não seja superdimensionada em detrimento das demais, especialmente em uma realidade de insuficiência de recursos para o setor.

Como lidar, por exemplo, com situações em que o Poder Judiciário determina que o SUS deve viabilizar a aquisição de um medicamento para atender a um portador de uma doença rara e o custo desse medicamento corresponde ao recurso que o gestor possui para atender centenas de diabéticos ou hipertensos?

Mas, ainda que houvesse recursos em abundância, o gestor não poderia se submeter à lógica da indústria farmacêutica internacional. O Brasil hoje é um dos principais campos de prova de lançamento de medicamentos. Isso porque os novos medicamentos (sempre sob patente) ao terem seus registros aprovados pela ANVISA, passam a ser objeto de pressão por parte dos laboratórios farmacêuticos para a sua incorporação à lista de medicamentos de alto custo do Ministério da Saúde. A partir de então, iniciam um amplo trabalho de convencimento de médicos para que passem a prescrevê-los em substituição aos já presentes na lista do MS – ainda que com diferenças de eficácia pouco significativas. As empresas estimulam e até financiam a organização de pacientes e familiares para ajuizarem ações cujo objetivo é obrigar o SUS a fornecer as drogas aos demandantes. Os estados são obrigados a adquirirem

esses remédios de forma emergencial, pelos preços ditados pelos laboratórios e sem previsão em seus orçamentos. Resta a esses gestores retirar esses recursos de outros programas de suas secretarias para atender a essas demandas, deixando desassistidos outros usuários do SUS. É a quebra do princípio da equidade para cumprir o princípio da integralidade.

Talvez nós tenhamos cometido no Brasil um erro que outros países não cometeram. Por exemplo, o Chile está promovendo a universalização do sistema gradualmente. A cada ano o governo edita uma relação de novos procedimentos que serão concedidos no ano seguinte pelo sistema público. No Brasil, no dia seguinte à promulgação da nova Constituição, 60 milhões de pessoas são incorporadas ao sistema de saúde e, ao lado daquelas que já eram parte da previdência social, com acesso universal, equânime e integral às políticas de saúde.

Mesmo nos países mais desenvolvidos com sistemas de saúde universais existem regras claras de acesso a determinados insumos ou procedimentos. A Espanha é um exemplo. No Canadá, um dos grandes debates se dá sobre o acesso a medicamentos de alto custo. Em algumas províncias a lista de medicamentos excepcionais concedidos é bastante rígida e cientificamente elaborada, tendo como referência importante o custo-benefício para a incorporação de novos produtos. É um debate difícil mas não podemos ignorá-lo.

Ao mesmo tempo em que se deve garantir mais recursos para o SUS, é também necessário garantir que esses recursos sejam gastos de forma adequada, sem desvios e sem desperdícios. Problemas de gestão, descumprimento de disposições legais que exigem um gasto mínimo das receitas de estados, municípios e União em saúde, precisam ser enfrentados.



É importante também identificar onde o problema da insuficiência de recursos é mais grave. Os estados têm pouca participação dos estados no financiamento. Os municípios avançaram razoavelmente. O governo federal com todos os problemas avançou também. Mas, entre os estados, só uma pequena minoria cumpre a Emenda 29.

No debate sobre gestão se deve considerar o tema dos recursos humanos, que envolve questões bastante complexas, como a persistência do trabalho precário na área de saúde no Brasil; o processo de formação dos trabalhadores da saúde, pois saem hoje das universidades profissionais com uma visão pouco harmonizada com o espírito e os objetivos do Sistema Único de Saúde. Isso é mais forte ainda entre os médicos, profissionais que construíram no Brasil uma reserva de mercado que lhes dá o poder de colocar em xeque o Estado e de controlar importantes espaços do Estado que regulam suas atividades, como o Conselho Nacional de Educação, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Residência Médica.

O número de profissionais médicos hoje é insuficiente para a demanda que há no Brasil, tanto para a atenção básica como para a atenção especializada. Por outro lado, o controle sobre a abertura de novos cursos de medicina deve ser feito pelo Estado e não pela corporação médica. Sob o argumento da necessidade de controlar a qualidade dos profissionais formados tenta-se impedir a expansão dos cursos existentes. Usa-se o exemplo da baixa qualidade de muitas instituições privadas para preservar a reserva de mercado. Resolve-se esse problema expandindo o ensino médico nas universidades públicas. Por que não fazê-lo?

O debate sobre modelos de gestão é fundamental. Ouvi o discurso do Artur e com ele concordo, mas temos que discutir se há

apenas um único modelo de organização, de intervenção do estado, quando temos uma realidade nacional bastante diversificada. O fundamental a meu ver é debater quais são os princípios que temos que preservar, isto é, a universalidade, a gratuidade, o aspecto público, o direito trabalhista respeitado, a constituição de carreiras. Se assegurarmos que esses e outros pontos também legítimos façam parte de uma nova proposta de organização e estruturação do Estado, por que não fazermos o debate? Por que não conhecer experiências de novos modelos de gestão exitosos e já existentes?

Vocês hoje vão estar aqui com o Artur Chioro que tem desenvolvido lá em São Bernardo várias experiências interessantes nessa área. Vamos ouvir, porque penso que do lado dos sindicalistas há pouca disposição de ouvir. Acho que esse é um esforço importante, uma grande contribuição que podemos dar para o nosso futuro governo.

O sistema nacional de saúde está previsto na nossa Constituição. Em vários países funciona a partir de uma delimitação rígida de papéis entre o sistema público e o privado, que funcionam de modo complementar. Pode-se definir claramente as responsabilidades de cada um. Não há como, por exemplo, tirar do Estado as funções da Vigilância Sanitária ou da Vigilância Epidemiológica, ou ainda de algumas intervenções fundamentais para o controle de saúde pública. Em outras atividades o usuário do SUS deve ter direito de também utilizar os serviços do setor privado, como os usuários dos planos de saúde o fazem em relação ao SUS. Essa discussão temos que fazer, porque a necessidade de recursos financeiros para a saúde é crescente e deve haver um balizamento para isso. Preservar esses princípios de um sistema universal, integral e equitativo, mas que ao mesmo tempo seja viável política e economicamente.

# Saúde, Previdência e Assistência Social: Trajetórias a partir da CF 1988 – A perspectiva da Assistência Social

Foto: Andre Oliveira



## Renato de Paula Francisco dos Santos Paula

*Assistente Social; Assessor do gabinete da Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome*

**B**oa tarde a todos e a todas. Eu estou com uma missão difícil, que é segurar vocês até esse horário e falar depois do Humberto Costa e do Fagnani. Quando a Claudia entrou em contato conosco lá no ministério e fez o convite, nós ficamos contentes, até porque eu sendo paulista e paulistano é sempre bom voltar para casa e rever os companheiros. Mas, quando ela disse que eu estaria numa mesa com o Fagnani e com o Humberto Costa eu falei “estou lascado, e agora como é que eu faço?” A preocupação acabou se esvaindo à medida que eu fui ouvindo as apresentações, pois vai me permitir fazer uma série de improvisos, porque as falas que me antecederam me ajudam bastante no que eu trouxe para discutir.

Parte dos improvisos que farei tem a ver com a contextualização feita pelo Eduardo Fagnani e pelo ministro Humberto Costa, a partir das quais buscarei situar, nos marcos da seguridade social, a Assistência Social.

E, para adiantar uma boa parte da minha apresentação eu queria dizer que se vocês pegarem essa última transparência do professor Humberto, pode falar professor, o senhor não gosta de ministro? Se vocês pegarem essa última transparência por ele apresentada, inclusive as dificuldades que o SUS tem para avançar, e substituir SUS por SUAS - Sistema Único de Assistência Social, vai ser quase a mesma coisa. As dificuldades são muito parecidas.

Nós temos os mesmos problemas na medida em que optamos por organizar políticas públicas através de sistemas unificados, de sistemas organizados, racionalizados e, devo dizer, que essa foi uma das opções mais acertadas do governo Lula. Como estamos discutindo também a concepção de Estado, o SUS talvez seja a experiência mais densa, mais concreta que temos, mas um dos legados que o governo Lula vai deixar é essa opção acertada e racional de organizar nossas políticas públicas através de sistemas.

O SUAS, no caso da assistência, costumamos dizer que é uma das poucas evoluções que tivemos do ponto de vista da estrutura do estado, estrutura de políticas públicas.

Assim como temos o SUAS na Assistência, temos o SISAN, que é o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional; o Sistema de Habitação de Interesse Social, enfim, essa opção de organizar políticas públicas através de sistemas nos parece que é um dos legados que o governo Lula vai deixar e que é bastante acertada.

Mas, isso significa que os problemas, como eu disse, são comuns. Muitos dos problemas que o Humberto apontou em relação à pactuação no sistema de saúde, também verificamos na assistência. O caso de São Paulo, por exemplo, é bastante emblemático, porque, embora o Sistema Único de Assistência Social tenha uma adesão nacional grande de estados e municípios, muitos gestores, tanto estaduais como municipais, ainda entendem a lógica do sistema como uma política de governo e não como uma política de Estado.

**50**

Algo que deve ser incorporado à ossatura do estado brasileiro, como é o SUS e o fato de eu estar aqui em São Paulo eu digo que é especialmente emblemático, porque se tivéssemos o espaço que o Humberto citou funcionando bem, aquilo que fazemos nas CIBs (Comissão Intergestores Bipartite) e na CIT (Comissão Intergestores Tripartite) na assistência também dessem certo, São Paulo, por exemplo, era um município que provavelmente teria sua habilitação ao sistema revista. Isso sem falar no controle social, e esses são aspectos que eu quero deixar para o final. Isso tudo para dizer para vocês que nessa “irmandade” - costume brincar dizendo que a Seguridade Social no Brasil são três irmãos gêmeos: a saúde, a previdência e a assistência, mas foram separados na maternidade. Houve um seqüestro desses gêmeos na maternidade. A previdência foi seqüestrada pelo mercado e se baseou na lógica securitária, então está lá com a família rica; a saúde foi seqüestrada por uma família de classe

média, então ela circula entre o público e o privado; a Assistência foi largada na porta da igreja para ser cuidada pela caridade. Ficamos nesse imbróglio e hoje o que se pretende construir é uma Assistência Social de acordo com o que está previsto na Seguridade Social. Uma política pública de direitos no campo da Seguridade Social.

Esta construção que estamos fazendo passa pelo enfrentamento de uma visão política bastante fortalecida no governo Fernando Henrique, em especial pela ex-primeira dama, dona Rute Cardoso. Vocês conhecem, vocês sabem do que eu estou falando. Foi estruturada uma rede de atendimento de serviços, em especial na área da Assistência Social, voltada não para atender o interesse das pessoas que precisam dos serviços, mas para atender os interesses dessas instituições e dessas organizações. Aqui me refiro a um tipo específico de organização. Aquela que nasce com interesse mercantilista (não necessariamente o lucro financeiro) e não com o interesse em atender demandas sociais latentes em parceria com o Estado ou mesmo para cobrar do Estado o cumprimento de seu papel.

A instituição de um sistema unificado na área da Assistência Social pressupõe o combate a este tipo de coisa, o que implica não só em consolidar a assistência como uma política setorial específica, que tem conteúdo próprio, como também fazer com que a Assistência se articule de uma maneira mais qualificada com a Saúde e com a Previdência. A partir daí fazemos outro debate, que é a ampliação do conceito, da concepção de Seguridade Social.

Imagino que vocês vão aprofundar isso nos debates. Temos feito uma defesa de uma Seguridade Social ampliada. Embora as três áreas que compõem a seguridade social no Brasil – saúde, previdência e assistência

social – busquem de alguma forma dar conta de uma parcela grande da população brasileira, ainda assim é uma Seguridade Social restritiva. Áreas importantes como a educação e habitação ficaram fora do sistema de seguridade social brasileiro.

Especificamente em relação à Assistência temos envidado esforços para que ela possa se qualificar e impulsionar, juntamente com a saúde e a previdência social, para fazer o debate de uma possível ampliação do conceito de Seguridade Social que nós temos no Brasil. E por que isso?

Eu vou partir do marco que todo mundo parte que é a Constituição de 88. Eu não sei se os senhores se lembram - acho que não se vão lembrar, porque pelo que eu estou vendo aqui tanto na Mesa quanto na platéia que nós temos menos de 30 anos, a maioria de nós aqui é muito jovem – havia um debate pré-Constituição. De alguma forma a sociedade brasileira naquele momento se mobilizava para fazer uma discussão sobre a previdência social. A Saúde, por sua vez, encontra um movimento sanitarista, encontra de alguma forma uma mobilização na sociedade brasileira, já pleiteando a organização da Saúde através dessa funcionalidade que conhecemos. Então, temos um debate na previdência, outro na Saúde. E a Assistência? Quem estava discutindo a Assistência Social quando discutimos seguridade social no Brasil nos anos 1980? Quase ninguém. Poucas pessoas estavam discutindo a Assistência Social na perspectiva de uma política pública de direito, como estamos construindo no Governo Lula, o que insuficiente para prospectá-la ao status de política pública com conteúdo próprio naquele momento.

A assistência entrou no tripé da seguridade não por sua definição, ou seja, daquilo que ela deveria ser. O debate que se faz, na verdade, é que ela entrou junto com a

saúde e com a previdência, justamente por aquilo que ela não é, por aquilo que não a caracteriza enquanto política pública de direito, ou política específica. Este é um dos pontos de tensão que, inclusive os senhores acompanharão nos debates que serão feitos esse ano por conta das eleições.

Este é um ponto de tensão que muito provavelmente a ministra candidata Dilma vai enfrentar. Fizemos uma opção muito clara, de interpretar a Constituição, ou seja, Saúde, Previdência e Assistência são políticas de Seguridade Social com as suas especificidades, com seus conteúdos próprios e que precisam de alguma forma se constituir como parte estruturante de um Sistema de Proteção Social, que vai para além dessas três áreas.

Então, vejam os senhores que mesmo depois da Constituição de 1988 nos acostumamos, por conta de toda essa ofensiva neoliberal, especificamente nos oito anos de FHC, a chamar de assistência social tudo aquilo que, de alguma forma, seria voltado para a população mais pobre. Neste ponto concordo em gênero, número e grau com o Fagnani, quando ele mostra que a orientação dos organismos internacionais FMI, BIRD, etc. é de que a Assistência Social, não só no Brasil, mas nos países do capitalismo periférico, deve ser voltada para aqueles que estão abaixo de uma linha de pobreza.

O fato de o Brasil não ter definido uma linha de pobreza faz com que fiquemos a mercê dessa definição global que concebe a assistência social como tudo aquilo voltado para a população mais pobre dentre os pobres. Vejam que não só são ações voltadas para os mais pobres, mas também dentre os mais pobres e ainda é necessário submetê-los aos testes de meio, ou seja, não basta ser pobre, você tem que provar que é.

Como a rede de prestação de serviços socioassistenciais sempre foi conduzida não pelo Estado, mas por entidades filantrópicas, de benemerência, principalmente aquelas vinculadas à igreja, esses testes de meio quase sempre imputam situações muito vexatórias. O sujeito tem que fazer mesmo por merecer, aquela coisa bem cristã, de fazer por merecer para acessar serviços.

Do ponto de vista das modalidades de intervenção, da chamada Proteção Social ou Seguridade Social, é interessante notar a relação entre assistência social e trabalho. Nós temos basicamente três modalidades maiores: Assistência Social, Seguro Social e a Seguridade. No que tange à cobertura, a da assistência social é considerada marginal por alguns autores, por cobrir aqueles que necessitam dela em situações específicas. Alguns exemplos tornam esta questão mais clara, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, o PETI, em que a entrada no programa se dá por uma questão específica que é o trabalho infantil; o Programa de Enfrentamento ao Abuso e Combate à Exploração Sexual de crianças e adolescentes, por exemplo. Além das situações específicas, ainda há os critérios, os testes de meio, que vão fazer com que as pessoas acessem ou não os programas.

O que gostaria de chamar a atenção é que cobertura marginal e prestação conforme esses recortes todos, estão na contramão do princípio de universalidade, do que a própria Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) determina.

Um ponto importante para reflexão é a modalidade de seguro, também prevista no sistema de proteção social, que flerta com a lógica securitária, com a lógica de mercado. Por exemplo, a sua cobertura é ocupacional, condicionada à contribuição prévia.

É muito difícil hoje encontrar em qualquer país do mundo um sistema de proteção social que se baseie exclusivamente em uma dessas modalidades. O mais comum é encontrar uma mistura do modelo alemão, bismarckiano, com o modelo inglês Beveridgeano, ou seja, a lógica do seguro associada à lógica de um estado social que deve ter políticas de proteção de modo universal. Esse mix aí que permeia quase todos os sistemas de proteção social no mundo inteiro. A seguridade no Brasil também foi montada a partir da junção desses dois modelos, compondo o que chamamos de complexo previdenciário assistencial.

Uma das coisas que deve surgir no debate eleitoral deste ano é um ataque às políticas sociais, sob o argumento de que o Estado está gastando muito dinheiro com os pobres. Além da Folha de S. Paulo, do Estadão e da Veja, mencionados pelo Artur, tem também o jornal O Globo, onde um jornalista chamado Ali Kamel se especializou em falar do governo Lula. Dentre os temas que este jornalista tem atacado estão o BPC – Benefício de Prestação Continuada - que na verdade foi uma conquista da sociedade brasileira em 1988 - e o Bolsa Família, sob argumentos exdrúxulos de que são recursos mal utilizados, de que causam déficit na previdência social, de que o BPC deveria ter condicionalidades, etc.

Cabe lembrar que o BPC é destinado a idosos com mais de 65 anos que convivem em famílias que tenham renda per capita inferior a um quarto de salário mínimo e para pessoas com deficiência incapacitante para o trabalho, que também convivam em famílias que tenham renda per capita inferior a um quarto de salário mínimo. Ora, que condicionalidades se pode impor para quem recebe este benefício?! Como exigir contrapartida?! Temos que

travar um debate sério neste país para que a assistência social seja efetivamente compreendida como um direito do cidadão e um dever do Estado conforme está em nossa Constituição Federal.

Outro ponto importante a ser debatido é um falso antagonismo ou uma falsa oposição entre a Assistência Social e o Trabalho, cuja origem é a lógica securitária, que predominou no sistema de proteção social brasileiro até 1988, de condicionar o acesso aos serviços à contribuição à previdência social. O eixo não contributivo da seguridade social nasce de maneira residual ao eixo contributivo, que é a previdência social. A desvinculação da assistência social do seguro social e sua inserção como direito no sistema de seguridade social brasileiro foi uma conquista da sociedade brasileira, dos setores organizados que lutaram por isso. A saúde conquistou este espaço antes, tanto por se constituir num campo de intervenção mais bem delimitado – ao contrário da assistência que é difuso – como por conta de ter na sociedade brasileira setores mais organizados em sua defesa.

Como o sistema de seguridade social brasileiro está prioritariamente associado à organização social do trabalho, a assistência social acabou sendo compreendida como algo residual ou que deve, de alguma forma, potencializar o trabalho, mas não se constituir como um direito permanente no âmbito do estado brasileiro, o que é bastante problemático.

O que quero dizer com isto? É comum ouvir as pessoas dizerem que o que é preciso é trabalho e assistência social; que os benefícios recebidos da assistência social viciam e acomodam as pessoas; que os beneficiados não vão querer saber de trabalhar, etc. etc. Em relação ao Bolsa Família o que mais se ouve é quem a

recebe fica preguiçoso, vagabundo, que vai ter mais filho para receber mais ajuda do Estado e coisas assim. Esse discurso faz parte do discurso conservador, que reproduz e reforça a ideologia neoliberal.

Esta visão separa, aparta, as políticas sociais das políticas econômicas, o que no capitalismo é impossível de fazer, basta ver, por exemplo, os efeitos que o Bolsa Família tem produzido nas comunidades locais. Conforme foi abordado anteriormente pelo Fagnani, os benefícios previdenciários e assistenciais são a única fonte de renda de um grande número de famílias brasileiras.

Ao questionar o alcance destes benefícios sob uma perspectiva moralista, de que vai produzir vadiagem, se desfoca o debate da sua perspectiva política, que é a responsabilidade do Estado em prover condições para que as pessoas sobrevivam. Não há dúvidas quanto à importância dos programas de qualificação profissional, das políticas de geração de trabalho e renda, mas, ainda que as pessoas tenham condições de se inserir no mercado de trabalho, a assistência social não pode ser uma política passageira, de mero subsídio ao trabalho, sob o risco de deixar uma grande parcela da população sem cobertura.

É importante considerar que, além das pessoas com deficiência incapacitante para o trabalho, há, por exemplo, uma parcela considerável da população que foi literalmente descartada do mercado de trabalho e que não consegue mais se reinserir. Gerar renda, promover atividade laborativa é uma coisa e trabalhar com carteira assinada é outra. Que tipo de proteção o Estado vai garantir para essas pessoas?

O Estado precisa ter na sua estrutura uma rede de serviços sócio-assistenciais que dê conta de atender a população que necessita.

Conforme diz a LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social, a assistência social deve ser voltada a quem dela necessitar, ou seja, isso significa que qualquer sujeito independente de contribuir ou não, de trabalhar ou não, pode e deve usufruir dos serviços sócio-assistenciais, que devem ser ofertados para a totalidade da população. Isto extrapola inclusive a condição de classe social.

Vou dar um exemplo. O Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) ao ofertar um serviço como o Programa de Enfrentamento e Combate ao Abuso e Exploração Sexual de crianças e adolescentes não pode ser voltado somente para a criança pobre. Ora, só criança de pobre é explorada sexualmente? Só o filho de pobre sofre esse tipo de violência? Embora muita gente pense que é, não é. Infelizmente o abuso é um problema presente em todas as classes sociais. Pois, então, se a assistência social oferta esse serviço, ele tem que estar de portas abertas e com qualidade para quem necessitar, independente da condição de classe. Isso é o que estamos chamando de universalização dos direitos, de universalização da política de assistência social.

Tenho dito em vários lugares que se queremos de fato ter no Brasil um sistema de proteção social que se constitua como direito dos cidadãos e dever do Estado, temos que repensar vários aspectos, superar vários desafios. O primeiro deles é retomar os princípios constitucionais da Seguridade Social e ressignificá-los numa conjuntura democrático-popular. O que significa isso? Significa que esses princípios que estão na Constituição são traduzidos e operacionalizados de maneira distinta pela direita e pela esquerda. Embora se use as mesmas palavras, democracia,

por exemplo, não tem o mesmo sentido para o demotucanato e na perspectiva democrático-popular.

Então, tanto do ponto de vista do SUS, do SUAS, da Previdência ou das outras políticas sociais que devem compor esse processo maior de seguridade social que estamos pensando, temos que retomar esses princípios da universalidade, da uniformidade, da equivalência dos direitos, a diversidade do financiamento e ressignificá-los dentro de uma perspectiva democrático-popular. Isto é justamente o que vai fazer diferença.

Só abrindo um parêntese, na área da assistência, a Dona Rute Cardoso fez a reforma que fez dentro dos marcos legais, revigorando o chamado terceiro setor e desmobilizando a assistência social como política. Além disso, enfraqueceu o Conselho de Assistência Social, o CNAS, criando o Conselho do Comunidade Solidária, que já era um processo iniciado durante o desmonte da LBA – Legião Brasileira de Assistência.

Vale lembrar alguns fatos em relação isso. Creio que todos se lembram da Rosane Collor chorando, quando descobriram os esquemas na LBA. Graças a Deus aquilo acabou, porque a LBA era uma expressão do atraso na área da Assistência Social. Quando Rute Cardoso assumiu como primeira dama, a LBA havia acabado, mas ao invés de fortalecer a assistência como política pública ela criou o Comunidade Solidária. Ao invés de fortalecer o Conselho Nacional de Assistência, CNAS, como órgão máximo do controle social na época, ela criou o Comunidade Solidária, que concorre e abre o flanco para manobras como aquela desbaratada há dois anos por meio da chamada *Operação Fariseu*, divulgada pela mídia.

A *Operação Fariseu* desbaratou o esquema de corrupção que existia dentro do Conselho Nacional de Assistência Social, que só foi possível e bastante fortalecido pelo fato de Assistência Social ter ficado à mercê dos interesses privatistas, que são muito fortes no campo da assistência social.

Outro desafio é avançar nas lutas contra o retorno da lógica de seguro social sobre a área não contributiva. Não que ele não deva existir, contudo a lógica securitária não deve permear ou contaminar as áreas ou as políticas sociais que não são contributivas, sob o risco de dar vazão para os privatistas em todas as áreas começarem a cobrar pelos serviços. Fizemos este debate ao longo de 2009, durante as etapas municipais e estaduais e na etapa nacional da Conferência Nacional de Assistência Social.

Um dos temas principais das conferências foi o controle social, porque entendemos que contribuiu para avançarmos bastante do ponto de vista da gestão, como também houve avanços do ponto de vista do financiamento, aspectos balizados pela experiência do SUS. Tal como no SUS, foi implantado o repasse automático, regular, fundo a fundo. Antes na Assistência a lógica era a do sujeito que era amigo de um deputado ou de um vereador, que por sua vez conhecia alguém do governo, que ia ao antigo Ministério da Previdência e Assistência Social, batia na porta e fazia o convênio. Não tinha critério nenhum, transparência nenhuma. A política de transferência possibilitou ressignificar o papel dos entes federados, dos estados e municípios. À luz da experiência do SUS, o financiamento passou a ser fundo a fundo e isso de alguma forma deu uma limpada nesse meio de campo.

Outro ponto importante é lutar contra a redução do valor dos benefícios. Este

é um ponto de pressão constante e que envolve coisas que parecem óbvias, mas são extremamente perversas. Hoje no BPC temos uma cobertura de mais ou menos três milhões e meio de pessoas, já o Bolsa Família cobre 12 milhões de famílias com um volume de recursos muito menor, daí vem a pressão para desvincular o BPC do salário mínimo, sob o argumento de ampliar a cobertura. Esta é a lógica de quem pensa que a assistência social deve ser coisa pobre para os pobres. Ou seja, a tese é de que ao desvincular do salário mínimo, paga-se menos, mas atinge mais pessoas. Temos que fazer uma discussão exatamente inversa, de vincular o Bolsa Família ao salário mínimo. O rebaixamento dos benefícios é uma lógica de precarização de política social completamente complicada.

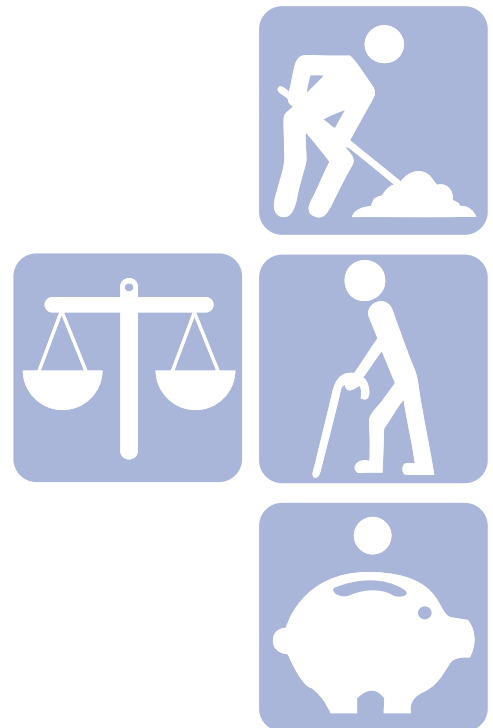
Também sob a perspectiva de ressignificar os princípios nos marcos da seguridade social e do contexto democrático-popular, é importante retomar a defesa do SUS. Um dos aspectos importantes em que temos que avançar é a questão do controle social. Não há como avançar na democracia sem pensar em um controle social que empodere a sociedade civil, para que, de fato, atenda os interesses da maioria e não aqueles interesses particularistas. Contudo, temos que tomar o cuidado para não cair na esparrela de achar que cabe tudo na sociedade civil. Quando falamos em empoderamento, com a perspectiva de avançar na democracia, não estamos nos referindo à Fiesp ou Febraban (que são sociedade civil), mas fundamentalmente aos movimentos sociais e aos movimentos dos trabalhadores.

Na Assistência, o desafio é consolidar a concepção sobre seus campos constitutivos, os seus conteúdos próprios para com isso aumentar o seu domínio público e a intersetorialidade.





# Modalidades de Gestão do Serviço Público





# A experiência de gestão da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo

**Arthur Chioro**

*Médico, Secretário Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo*

**B**oa tarde a todos e a todas. Quero agradecer a oportunidade e o convite de estar com a companheirada. Há muito tempo nós gestores de administrações do campo democrático popular (do PT, em especial), temos sentido a necessidade de discutir com os companheiros da CUT num espaço mais tranqüilo, em que seja possível aprofundar uma série de discussões em torno de questões que, muitas vezes, têm publicamente nos dividido, mas que, na verdade, são questões centrais para pensar o futuro das políticas públicas, particularmente no campo onde atuo e milito, que é a área da saúde.

Mas, sem dúvida, esse nosso debate não está circunscrito à discussão das políticas de saúde. No centro do debate está a discussão sobre o Estado brasileiro e as políticas públicas. Preparei um material que tenho utilizado para fazer a discussão não só no nosso governo, mas com conselhos, secretários municipais e outros lugares onde tenho atuado.

Para começar é importante partir de pressupostos que, a meu ver, são centrais e, de alguma maneira, permitem destravar essa discussão que tem sido conduzida de uma maneira, até certo ponto, irracional, de tal maneira que, muitas vezes, não



Foto: Wilson Magão - Secom PMSBC

conseguimos aprofundar os nossos argumentos e estabelecer um diálogo aberto, franco, solidário e respeitoso. Se, se parte do pressuposto de que todo mundo que adota determinada modalidade de gestão é privatista, é contra o estado brasileiro, é contra a classe trabalhadora, etc. empobrece o debate e dificulta o diálogo.

Naturalmente, a CUT tem uma tradição de vanguarda, uma capacidade de discussão, de trazer para o seu seio discussões difíceis, pois tem uma história que se confunde com o próprio processo de redemocratização do Estado brasileiro e uma importante liderança na luta dos trabalhadores, razões que lhe dão plena capacidade de debater a fundo e da melhor maneira possível. Isso, inclusive, é o que esperamos.

Outra questão fundamental é reconhecer que esse debate tem sido muito mal conduzido pelos gestores, inclusive pelo governo federal. A maneira como o tema das fundações estatais surgiu e como alguns ministros se posicionaram demarcaram uma enorme inabilidade, além do que o formato do projeto de lei que foi apresentado ao Congresso Nacional, de fato, está muito ruim.

Diante disso, é importante estabelecer um amplo processo de discussão, com vistas a fazer esse regate e de obter avanços concretos do ponto de vista da gestão dos serviços públicos, da saúde e de outras áreas.

Gostaria, também, de dar uma idéia da minha trajetória, não propriamente para contar a história da minha vida, mas para situar o lugar de onde eu falo. Fui secretário de saúde pela primeira vez muito cedo, aos 27 anos de idade. Antes disso, trabalhei com a Telma de Souza e com o David Capistrano em Santos, onde durante quatro anos ajudei a dirigir a Secretaria Municipal de Saúde, na administração direta. Foram quatro anos trabalhando em um governo que virou referência na área da saúde. Todos se lembram de quem foi David Capistrano, do trabalho que a Telma desenvolveu frente à prefeitura de Santos e do quanto a política de saúde ali adotada foi importante, inclusive na consolidação do SUS, que tinha acabado de ser criado em 1988 e implantado a partir de 89.

Nos quatro anos seguintes fui secretário de saúde do município de São Vicente, uma cidade de 300 mil habitantes, muito pobre. Lá, a secretaria municipal de saúde era uma autarquia. Então, como secretário, vivi durante quatro anos a experiência de ser dirigente de uma autarquia, ou seja, pude experimentar outra modalidade de gestão.

É com base nestas experiências que vou abordar as modalidades de gestão no serviço público, ou seja, não é porque

li ou estudei academicamente, embora também o tenha feito como professor, como pesquisador, etc. Vou falar da minha realidade, da minha experiência, como militante do SUS, como alguém que tem essa responsabilidade.

Depois que saí da Secretaria de saúde de São Vicente, entre o período de 1997 a 2001, representei a CUT na Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde, onde atuei de forma conjunta com a CNTSS, que é onde eu tinha maior vinculação de militância. Fui para o Ministério da Saúde em 2003, onde tive a responsabilidade de assumir toda a área de atenção especializada, inclusive o desafio de administrar a rede hospitalar residual, que não tinha sido descentralizada nem municipalizada.

Também fui do Conselho de Administração do Grupo Hospitalar Conceição, no Rio Grande do Sul, que foi um serviço privado encampado pelos militares e hoje é uma empresa pública, que conta com quatro hospitais, além de comandar um terço da rede de saúde da família de Porto Alegre e o maior programa de residência médica do estado.

Ainda como representante do governo federal, fui do Conselho de Administração do Hospital Sarah Kubitschek durante quase três anos, onde vi de perto um serviço social autônomo, que só existe lá. Quem é de Brasília ou teve a oportunidade de conhecer, sabe do que estou falando, um sonho de consumo de quase todos os políticos, inclusive os petistas, mas sem ter nenhuma realidade do quanto aquela Rede Sarah é inaplicável na realidade brasileira.

Lembro de uma vez em que um candidato do PT à prefeitura de Santos estava fazendo o seu projeto de governo e queria implantar um hospital público igual à Rede Sarah. Eu lhe disse que não teria problema nenhum, se o orçamento de

Santos, da cidade inteira - uma cidade rica, de mais de 400 mil habitantes – fosse totalmente disponibilizado para isso, posto que o orçamento da cidade equivale ao orçamento da Rede Sarah. A rede Sarah só se explica pela conjunção de forças políticas que lhe dão sustentação que vão de Jarbas Passarinho, Roberto Marinho e outros que já passaram dessa para melhor, a Sarney e outros ainda vivos. Trata-se de uma situação absolutamente anômala do ponto de vista da gestão pública brasileira.

Depois que eu saí do Ministério da Saúde, ajudei no governo da Bahia, nosso governo de Jaques Wagner e também atuei como consultor em Pernambuco e no Rio de Janeiro.

Vem desta trajetória o meu envolvimento neste debate.

Quando o Luis Marinho me convidou para ser secretário de saúde de São Bernardo do Campo, voltei a trabalhar na administração pública direta, onde junto os municípios de Santo André e São Caetano, há uma fundação pública de direito privado desde 1966. Nesta fundação está inserida a Faculdade de Medicina do ABC, que é uma das maiores faculdades do Brasil que vinha deliberadamente funcionando como uma OS - Organização Social, e que tinha assumido praticamente o comando de toda a rede pública de saúde do município.

Estou contando um pouco da minha trajetória para vocês verem como nesses 21 anos que estou trabalhando dentro do SUS, tive oportunidade de passar por todas essas modalidades que de alguma maneira vou comentar aqui. Então, proponho começar desconstruindo posições fechadas ou rotulações de que, em se tratando de fundação, tudo é privatização, entreguismo ou terceirização, porque se partirmos de posições cristalizadas erguemos barreiras para lidar com um tema absolutamente desafiador, que está no centro do debate político.

Os paulistas sabem bem do que estou falando, o quanto o Serra na sua candidatura a presidente da República vai colocar como agenda central a discussão da “modernização do Estado”, que eles estão fazendo via Organizações Sociais. Sabemos bem que a propalada modernização do Estado, na verdade, é um baita jogo, que tem alguns resultados interessantes, mas não é o modelo que serve para o Brasil.

O primeiro ponto a ser debatido é que não dá para pensar as políticas públicas, em particular a de saúde, se não se reconhecer a existência de uma crise. É preciso compreender que vivemos uma crise, cuja face mais aparente, mais visível, é a falta de financiamento, o que é verdade, particularmente na área da saúde. Tivemos, de fato, sub-financiamento crônico, portanto não é verdade que só melhorando a gestão serão resolvidos todos os problemas da saúde. É fundamental encarar essa discussão que, aliás, ficou secundarizada nestes dos oito anos do Governo Lula.

Mas, também é importante reconhecer e, no debate sobre modalidade de gestão essa questão não pode ficar em segundo plano, que também temos uma crise que envolve outras variáveis. Trata-se de uma crise do modelo de assistência que temos na área da saúde, que é centrado no médico, no hospital, no procedimento; que copia um modelo falido que é o modelo norte-americano, que por sua vez privilegia a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos e coloca a atenção básica, a estratégia de promoção à saúde, a estratégia de saúde da família, a saúde do trabalhador, a saúde mental e outras em segundo plano.

É uma crise de um ensino que não forma, que não tem estratégia de educação permanente. O SUS aponta para um modelo - acho que o Humberto Costa deve ter dito isso hoje pela manhã – o SUS aponta para uma realidade e continuamos formando

trabalhadores para outro sistema, para atuar em consultório, com a lógica liberal, para trabalhar nas especialidades. É uma crise de dimensão política e social, mas ela também é uma crise que se coloca no campo organizacional, ou seja, no campo da gestão. Não admitir que vivemos uma falência desse modelo de gestão é o primeiro passo para simplesmente continuarmos do jeito que está e, continuar do jeito que está, significa empurrar a classe trabalhadora brasileira para depender da organização da oferta de serviços privados, em particular da lógica dos planos de saúde. Ou fazemos este debate ou colocamos em risco a construção de um sistema de fato universal, que de fato garanta a integralidade, a prevenção e a promoção da saúde que tanto defendemos.

Enfrentar passa por repensar o nosso modo de gestão ou não vamos chegar a lugar nenhum e estaremos fadados a, num curto espaço de tempo, perder a legitimidade que a duras penas conquistamos, não somente a partir do surgimento do SUS, mas por meio de toda a luta do movimento sanitário na qual a CUT teve um papel fundamental.

Luto pelo SUS e não trabalho com a certeza, defendida por alguns, de que ninguém vai destruí-lo, pelo contrário, do jeito que caminha, em breve aparecerão reformas pesadas nesses pilares centrais e não necessariamente vindas da direita, pois tem muito reformista que pensa exatamente dessa forma. Se não tivermos capacidade de construir um sistema que tenha legitimidade social, legitimidade política, como um lugar de realização profissional para o conjunto de trabalhadores e trabalhadoras da saúde e que, sobretudo, atenda aos interesses dos usuários, dos 192 milhões de brasileiros, vamos colocar em risco esta conquista. Convenhamos que neste aspecto ainda temos enormes dificuldades a serem enfrentadas.

Vou abordar as modalidades de gestão a partir dos princípios do SUS, lembrando

que a questão do financiamento perpassa todo debate nas três esferas de governo. Temos como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade e como princípios organizativos a regionalização, hierarquização, integração, descentralização, participação complementar do setor privado e controle social.

Só faz sentido fazer uma discussão sobre modalidade de gestão, mudar a maneira como administramos e organizamos os serviços se é para transformar a vida dos brasileiros para melhor, se é para cuidar melhor da saúde das pessoas, para que envelheçam com mais saúde e mais qualidade de vida. Assim, o debate não pode ficar meramente no campo do estrutural-funcionalismo. A discussão do modelo de gestão não é secundária. O modelo de Estado que temos hoje, todo centrado no Decreto Lei 300 de 1967, implantado em plena ditadura militar, construiu uma máquina pública no campo da administração direta para atender os interesses de uma elite que dirigia esse país, profundamente patrimonialista. Administrar e implantar o SUS em toda a sua radicalidade (universalidade, integralidade e equidade) é uma luta.

Passamos quatro anos de gestão envolvendo os trabalhadores, conselhos e tudo mais que fazemos no cotidiano, mas esta lei nos emperra. Por quê? Porque a máquina, a lógica desse Estado construído por uma elite, que dominou esse país durante muito tempo e que se recicla, não ousa fazer um movimento de mobilização, nem à serviço dos trabalhadores, tampouco dos interesses da maioria da população. Muitas vezes, nós nos pegamos num discurso conservador desse Estado, que na realidade nem remonta a 1967, mas remonta ao primeiro governo de Getulio Vargas, que deu as marcas, que deu a cara do Estado e o defendemos, sem refletir a que interesses, a quem interessa um posto de saúde não funcionar, não

conseguir implantar as equipes da Saúde da Família, etc.

Um ponto importante é enfrentar a Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita, por exemplo, o gasto com contratação de pessoal, impedindo que muitas cidades continuem avançando na implantação e extensão da cobertura da estratégia de saúde da família, de UPA's ou de um serviço de saúde decente para a população. Não é verdade que a todos os mais de cinco mil gestores municipais, os 27 gestores estaduais e o próprio Ministério da Saúde simplesmente lhes falta vontade política ou simplesmente não querem investir em saúde. Se, por um lado, se verifica de fato em alguns falta de vontade, de prioridades políticas que promovam a saúde como direito de cidadania, por outro lado, uma parte significativa emperra exatamente nesse modelo de gestão que está dado hoje.

Vou falar rapidamente, talvez passe um pouquinho do tempo, mas vou tentar abordar as principais modalidades de gestão, porque não sei até que ponto os companheiros e companheiras estão afeitos a esse debate. Talvez algumas coisas sejam do domínio de todos e outras sejam novidades, que podemos aprofundar durante o debate.

As modalidades de gestão no campo da administração pública estão amparadas nos marcos legais constitucionais e infraconstitucionais.

Do ponto de vista dos modelos de gestão temos a administração pública direta e a administração pública indireta. Nesta última incluem-se: autarquias, fundações públicas (autárquicas), fundações estatais, consórcios públicos, sociedades de economia mista, agências executivas, agências reguladoras e empresas públicas. A primeira questão fundamental para não incorrer em erro é dizer que o que não

é administração direta está no campo privado, porque não está. São marcos da administração pública. Embora muitas delas se utilizem de mecanismos de gestão do campo privado, são modelos de gestão de natureza pública. Não são invenção de quem defende fundação estatal ou qualquer outra modalidade. Trata-se de marcos relativos às formas de organização do Estado brasileiro.

No campo privado vamos encontrar as modalidades mais escandalosas de terceirização, como as OS - Organizações Sociais, as OSCIPs - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, as fundações privadas de direito privado, como a Fundação Zerbini, e outras tantas, cujo nome (função) é parecido com a da fundação estatal, mas são coisas absolutamente distintas, com regras absolutamente diferentes. Além dessas modalidades, há os serviços privados, permitidos pela Constituição Federal, e que podem atuar em caráter complementar ao SUS, como os filantrópicos (as santas casas, as beneficências, etc.) e os serviços privados.

Há um artigo da Constituição que diz 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 as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”*.

Isto eu não inventei, está no artigo 199 da Constituição, portanto o SUS não foi criado como um sistema estatal, ele é um sistema público que se articula com os órgãos da administração direta e indireta no campo público e na administração indireta. O artigo 4o da Lei Orgânica da Saúde (lei federal 8080/90) diz que, *“O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e **das fundações mantidas***



**pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).**

A novidade introduzida de 1998 para cá, pelo governo neoliberal de FHC, é o que eles chamam de “parceria” e nós chamamos de terceirização, processo que se dá no campo da administração privada para assumir o lugar do público.

Por que mudar a natureza jurídica e de gestão? O que precisamos reafirmar é a importância de uma instituição de saúde de qualidade, produtora de benefícios sociais, sem que ela tenha o risco de ser capturada pelo caráter lucrativo ou corporativo, como as OS e algumas santas casas fazem, que de benemerência não tem nada. Tem algumas perversões, que a gente pode chamar de “pilantrópia”. Mas é verdade também que muito hospital público na administração direta está capturado pelo corporativismo e não atendem os interesses da população. Conheço vários em administração municipal, estadual e federal, que não se colocam à serviço nem do interesse da maioria dos trabalhadores, muito menos dos usuários, porque estão capturados por uma lógica perversa, pelo clientelismo, pelo patrimonialismo, mas também pelo corporativismo, que é uma questão complicada.

A mudança serve também para a efetiva integração ao SUS local e regional, para a democratização e maior controle de sua gestão, implementar mecanismos de gestão inexistentes na administração direta que estimulem a produção de serviços e ações de saúde, sem perda da qualidade e do controle público dos serviços prestados e que garanta equilíbrio econômico-financeiro. Há, ainda, que se conseguir utilizar os recursos para a modernização tecnológica e os investimentos necessários.

Ponto fundamental neste debate e uma gestão do trabalho e a formulação de uma política salarial diferenciada, uma

política de emprego, de Trabalho Decente, diferenciada, que consiga de fato fazer com que os trabalhadores da saúde sejam os agentes da transformação que esperamos. Gestor não transforma nada, gestor passa. Quem transforma é o coletivo de trabalhadores e trabalhadoras que no dia-a-dia enfrentam a batalha e constroem esse sistema de fato. Equipamento e tecnologia são importantes, mas a nossa grande força motora é de fato os trabalhadores.

A mudança da natureza jurídica e de gestão está relacionada com a necessidade de diminuir a rigidez no controle centralizado nos processos licitatórios de abastecimento para dar mais agilidade e regularidade no seu funcionamento, para equacionamento definitivo da crise no setor, viabilizando as instituições hospitalares e serviços especializados, que não são quaisquer estabelecimentos. São estabelecimentos hiper complexos do ponto de vista da gestão. Raramente tem um ambiente de trabalho que congrega tantas categorias profissionais.

A prefeitura de São Bernardo inteira não tem a quantidade de itens padronizados no almoxarifado que temos nos hospitais. Imagine o que é comprar, abastecer um sistema de saúde. Um equívoco frequente nesse debate sobre modalidade de gestão é primeiro a discutir a natureza jurídica e apenas posteriormente o que se pretende como imagem-objetivo para a instituição (a qualificação assistencial e gerencial), se é fundação estatal, administração direta ou OS, e só depois saber o que se pretende para a instituição, quais são as prioridades, qual é o projeto político e sanitário.

Vou falar rapidamente sobre as modalidades terceirizadas que, a meu ver, não dialogam com o projeto ético-político que defendemos. A terceirização foi estabelecida pela Lei 9637/98 no contexto da reforma de Bresser Pereira. São entidades privadas, sem fins lucrativos,

que atendendo aos requisitos da lei podem ser qualificadas livremente pelo ministro, prefeito ou governador ou, ainda, pelo titular do órgão regulador ou supervisor, atuando em diversas áreas, inclusive na área da Saúde.

Relacionam-se com o Poder Público mediante contrato de gestão, conforme definido na lei que a instituiu. Entidades privadas, sem fins lucrativos, que atendam aos requisitos da lei poderão ser qualificadas como O.S. e receber bens e servidores públicos e realizar atividades públicas. Essa qualificação é livre. Não depende de nenhum processo público de seleção entre elas e nem é ato vinculado. Depois de muito enfrentamento, aqui em São Paulo, o governo do estado começou a fazer um processo licitatório em que todos sabe com muita antecedência qual é a OS que vai ganhar. A Lei federal (aplicabilidade restrita) tem sido utilizada como modelo para leis estaduais e municipais há mais de 10 anos. E isso cria um problema. Hoje, objetivamente, temos no Brasil praticamente em municípios de todos os espectros políticos e partidários a experiência das OS, de Norte a Sul do Brasil. Devo dizer que em São Bernardo não tem nenhuma.

As OS de São Paulo diferem em quê? Inicialmente não foi permitido que elas atuassem em serviços já existentes. Daí, o então governador Mário Covas, por pressão da bancada de esquerda na Assembléia Legislativa e por pressão do movimento social, acabou recuando e criou um critério que tem que ter no mínimo cinco anos de atuação no Estado na área da saúde e ensino. Mas, o projeto que tramitou mais recentemente na Assembléia Legislativa, por uma configuração de forças do demotucanato, passa a valer qualquer coisa, qualquer entidade pode se qualificar como OS.

A lei federal encontra-se sub júdice, respondendo a duas ADINs impetradas,

uma pelo PT e pelo PDT, há mais de sete anos. Havia uma tendência de que o ministro relator declarasse a inconstitucionalidade de vários artigos, o que ruiaria o arcabouço jurídico-institucional das OS, mas, infelizmente, o ministro mudou seu voto o processo está quase concluído. Quem acompanha o Supremo avalia que dentro de um ano isso se resolve. A tendência do Supremo é institucionalizar as OS no arcabouço jurídico institucional brasileiro.

Avalio que perdemos o *time* dessa história. A mobilização em torno da questão das OS veio tarde demais. O problema é a correlação de forças desfavorável para esta luta. As OS não integram a administração pública, ainda que executem serviços públicos, com pessoal, recursos e bens públicos; não se submetem à regulação do gestor do SUS em hipótese alguma; escolhem, selecionam as internações de acordo como custo e com os procedimentos acordados no contrato de gestão.

No meu doutorado estudei o hospital de Sumaré, da Unicamp, que funciona redondinho, do jeito que a gente imagina que deve ser um hospital público. E é uma OS. Mas tenho visto coisas absurdas em todo o país. Em qualquer Estado onde tem OS encontramos de tudo e a grande maioria é de experiências muito ruins, com muitos problemas administrativos. Um hospital zero quilômetro, equipamentos novos, funcionários recém contratados, depois de 10 anos começa a apresentar os mesmos problemas da administração pública direta.

Quanto às OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (lei n. 9.790/99) são entidades privadas sem fins lucrativos. Não podem ser sociedades comerciais, organizações sociais, entidades religiosas, cooperativas, etc., nem serem declaradas como de utilidade pública. A CUT, por exemplo, não poderia ser uma OSCIP. Na prática as OSCIP só poderiam fazer projetos ou programas pontuais, ou

seja, a OSCIP não pode substituir o poder público na realização de atividades ou serviços públicos. Mas, na prática, o que acabou acontecendo é que na maior parte dos lugares se entregou os hospitais e à própria assistência à saúde para elas. Há cidades no interior de São Paulo que entregaram o sistema municipal de saúde, a secretaria foi terceirizada para uma OSCIP, aberrações em que o Ministério Público e o Tribunal de Contas estão intervindo.

Vamos agora desenvolver os conceitos sobre a administração pública.

Inicialmente a administração direta, a gestão centralizada das ações sob responsabilidade direta do Estado. São atividades indelegáveis, ou seja, nunca poderão sair da administração direta. Outro falso debate na discussão de modalidade de gestão é que será possível acabar a função da administração direta. Mesmo que a área hospitalar passe para uma fundação pública de direito privado, fundação estatal, a secretaria municipal na administração direta não vai deixar de existir, porque a fundação não pode assumir atividades indelegáveis, que são típicas do Estado, ou seja: a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a saúde do trabalhador, a saúde ambiental, o planejamento, a definição de políticas, a auditoria, gestão do fundo de saúde, etc. são atividades que implicam poder de polícia sanitária. É o Estado que deve fazer. Portanto, não é verdadeiro o argumento de que a fundação estatal vai substituir a secretaria, que ela vai deixar de existir. Por quê? Porque mesmo que uma parte dos serviços seja gerida de forma descentralizada na administração pública indireta, os marcos legais estabelecem atividades indelegáveis.

Há, contudo, problemas de gestão que precisam ser resolvidos. Uma das dificuldades observadas na administração direta é uma enorme incapacidade desse modelo de suprir a necessidades de

equipamentos de alta complexidade em termos da sua dinâmica de gestão, da substituição de pessoal, da compra, abastecimento, manutenção e renovação tecnológica. Tem havido uma enorme dificuldade de se estabelecer uma política salarial adequada.

Imaginem que a maior parte das cidades do Brasil não pode pagar mais para o profissional de saúde do que paga para o chefe do Executivo, por exemplo, por impedimentos da Lei de Responsabilidade Fiscal. Não se consegue contratar médico pela administração direta e para contornar esta dificuldade se recorre à uma triangulação com a Santa Casa, OS ou OSCIP. Por quê? Nós temos um marco jurídico que empurra o gestor a não fazer nada ou buscar alternativas que são absurdamente desestruturantes.

Na administração pública indireta há as autarquias. As autarquias integram a administração pública, portanto obedecem todas as regras da administração direta: concurso público, estabilidade, Lei 8666, regime jurídico único, PCCS, etc., ou seja, o mesmo regramento da administração direta é aplicado.

A única diferença é que a gestão é descentralizada. Então, a secretaria de saúde, por exemplo, quando é uma autarquia, compra, faz o concurso, etc. e não é obrigada a depender daquele jogo interminável de negociação com a secretaria de administração, secretaria da fazenda, a procuradoria, etc. o que lhe confere maior agilidade, autonomia administrativa, financeira, patrimonial etc. Os trabalhadores fazem parte do seu quadro, há plano de cargos, carreira e salários próprio e assim por diante.

Elas podem assumir autonomamente a organização, gerenciamento, admissão e contratação do quadro de pessoal; a gestão dos serviços e os atos administrativos necessários; a elaboração do orçamento,

gestão da receita e despesas; a administração dos bens móveis e imóveis, inclusive alocados através de convênios; a contratação e execução de obras, serviços, compras, locação, etc. através de processo licitatório.

É dirigida por um Conselho de Administração. A diretoria geral ou superintendência é cargo de livre nomeação do prefeito ou governador e são controladas e fiscalizadas pelo Poder Legislativo, pelo Tribunal de Contas, Conselho de Saúde e Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

Embora seja muito melhor em termos de gestão, é insuficiente para a gestão de hospitais e serviços de saúde, porque reproduz praticamente os mesmos problemas da administração direta. Basta ver experiência aqui em São Paulo no governo de Marta Suplicy. Um esforço danado para construir as cinco autarquias. Algumas até conseguiram avançar um pouco mais, mas os resultados foram aquém do esforço e da dificuldade.

As fundações públicas de direito público são estruturadas no campo da gestão pública e após a Constituição de 1988 se tornaram iguais às autarquias, tanto que são chamadas de fundações autárquicas. Antes elas tinham mais agilidade, mas a partir de 1988, com a Constituição, o entendimento que se teve das fundações públicas de direito público é de que deveriam respeitar os mesmos preceitos da administração direta autárquica. Então, na prática, uma fundação pública de direito público é uma autarquia.

A mesma coisa aconteceu com os consórcios públicos de direito público a partir da regulamentação federal que ocorreu em dezembro de 2007 pelo governo federal. A regulamentação trouxe para o consórcio público de direito público a mesma dificuldade que as autarquias e fundações públicas de direito público.

As empresas públicas também estão no campo da gestão pública. A Petrobrás, por exemplo, é uma empresa pública. Podem ser prestadoras de serviços públicos exclusivos do Estado e são voltadas para a exploração de atividades econômicas. Desenvolvem serviços remunerados diretamente pelo usuário (tarifas), nos termos do art. 175 da CF. São portanto inadequadas para a execução de serviços públicos gratuitos.

De 2003 a 2006, no âmbito do governo federal, no Ministério da Saúde e no Ministério do Planejamento, tentamos construir uma proposta de reforma do Estado nos marcos do Governo Lula para buscar saídas no campo da gestão e fazer o enfrentamento com o projeto dos tucanos. Ocorreu que para nós, gestores, a modalidade de gestão que mais traria agilidade, capacidade de resolução dos problemas, capacidade de enfrentar seria o modelo das empresas públicas. Esse era o consenso interno dentro do governo. Só que as empresas públicas têm um problema que é trabalharem numa lógica de precificação, de venda de produto de algum tipo, por exemplo os Correios e a Petrobras vendem serviços e produtos.

No caso do SUS temos um marco central que é a universalidade, a gratuidade, portanto a lógica de empresa pública não se aplica. Buscamos nos marcos existentes qual seria a modalidade que traria os aspectos da empresa pública, ou seja, seleção pública, plano de emprego, carreiras e salários, que trabalha com um grau de estabilidade, que se submete à Lei 8666, mas é simplificada porque tem um regimento próprio que lhe confere mais agilidade, mas que assegura impessoalidade, transparência, enfim que pudesse responder adequadamente aos problemas de gestão encontrados na administração direta.

A alternativa foi a construção da modalidade fundação pública de direito privado,

proposta construída a partir dos marcos jurídicos vigentes no país, com objetivo de trazer o regramento das empresas públicas para dentro dessa modalidade.

A fundação estatal de direito privado é uma nova categoria, uma entidade pública que integra a administração pública indireta. Sua posição dentro da estrutura do Estado é similar, como eu disse, não é igual, é similar à das empresas estatais. É um novo modelo de gestão acompanhado de uma prática jurídico-institucional que o torna possível. Ela é estatal, não é privada. Ela pertence ao estado, à prefeitura ou ao governo estadual ou ao governo federal, integrando a administração pública indireta.

É uma instituição estatal 100% pública, descentralizada e especializada, exclusiva para a prestação de serviços sociais para o próprio Estado, sem fins lucrativos, porque tem uma gestão contábil, uma gestão de pessoal e o regime de compras típicos das empresas estatais. É importante compreender essa idéia, podendo até discordar, mas não dá para dizer que a fundação estatal é uma coisa que ela não é.

A proposta que vem sendo implantada pelos governos de Sergipe, Bahia, São Bernardo do Campo e por várias outras administrações no campo democrático-popular, tem esse referencial ético-político. Insisto: referencial ético-político. Não estamos fazendo uma entrega do Estado à iniciativa privada.

Construir uma governança do estado, com participação da sociedade, com controle social e apropriada para as políticas públicas de estado; profissionalizar a gestão e compor corpo de profissional qualificado; desenvolver carreiras modernas, ágeis e que possam atender à finalidade verdadeira da população e também atender aos interesses dos trabalhadores e trabalhadoras; orientar a gestão, avaliação e os serviços em função de metas e resultados são alguns aspectos

favorecidos pela fundação estatal, que estamos conseguindo fazer a contento.

Fundação estatal não é terceirização. Vamos lembrar, por exemplo, a universidade federal é uma forma de administração indireta. Ela não é privatização, porque a propriedade da gestão é pública. A finalidade da direção é pública e os trabalhadores são do setor público por concurso meio de concurso público. Não é precarização das relações de trabalho, porque esses trabalhadores são contratados pela CLT que tem a garantia de todos os direitos trabalhistas e previdenciários. Precarização é a situação que tem hoje na Saúde da Família na Bahia, onde 90% dos médicos, mais de 80% dos enfermeiros têm vínculos precários. A fundação vem, entre outras coisas, para enfrentar, esse cancro na administração pública, representado por essas relações precarizadas de trabalho.

A fundação estatal permite: maior autonomia gerencial na compra, orçamentária, patrimonial e financeira; definição de metas, prazos e critérios de avaliação dos direitos e obrigações; lógica de administração e remuneração de pessoal definida. Sua flexibilidade está pautada na lei e na Constituição Federal. Seu regime é o Código Civil. Tem conselho curador e diretoria executiva com mandato que pode ser destituído. As receitas do contrato e outras são as previstas, no caso da saúde, pelo SUS, ou seja, são vedadas as receitas não universalizantes.

Sua finalidade é de prestar serviços para o poder público, conforme definido no contrato de gestão, sendo vedada o atendimento a convênios e particulares. Não tem finalidade de lucro e quem define o que ela vai ser é o gestor e o conselho municipal de saúde ou conselho estadual de saúde.

Suas responsabilidades são estabelecidas no contrato de gestão, que define a responsabilidade assistencial e gerencial em cada uma das suas unidades, mas

também a responsabilidade do governo. As responsabilidades estão previstas no contrato através da contratualização, definindo a responsabilidade do gestor, da direção da fundação, dos gerentes e das equipes de trabalhadores.

Estamos construindo em São Bernardo um processo de contratualização entre a Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e a Fundação, de tal maneira que, as metas não são definidas segundo a vontade do Conselho ou do secretário de saúde, mas como fruto da pactuação do conjunto de atores envolvidos.

Quais são as áreas onde ela pode atuar no campo da Saúde? Ela pode atuar na área de atenção básica, dos serviços especializados e dos serviços hospitalares. É vedada a atuação nas atividades típicas do estado como eu já falei anteriormente: vigilância, controle, avaliação, planejamento, fundo de saúde, ou seja, temos que fortalecer a gestão pública da administração direta também.

Um dos primeiros atos de Luis Marinho, feito antes de avançarmos nessa linha, foi exatamente qualificar a Secretaria Municipal, a Secretaria de Finanças, a Secretaria de Administração, sem as quais não teríamos capacidade de fazer a gestão dos contratos, de definir as políticas. Ele tem dado toda a condição política administrativa para podermos nos estruturar, porque não queremos apenas um novo nome para um tipo de gestão, mas, sobretudo, mudanças de prática.

A direção da fundação estatal tem um mandato e há a exigência de dedicação integral e qualificação do corpo diretivo. Avaliamos que a fundação estatal permite maior eficiência, modernização e profissionalização. A partir dela, diminuímos brutalmente o número de cargos de livre-provimento em São Bernardo. Tínhamos 64 cargos de provimento

quando ela funcionava como OS, para poder exatamente bancar a estrutura da administração direta. Os dirigentes podem ser demitidos se não cumprirem as metas e ela cria - estamos vendo isso na prática - uma maior blindagem contra a interferência política que todos conhecem.

A gestão financeira é feita de uma maneira muito mais simplificada. Os conselheiros de saúde conseguem acompanhar melhor, porque o regime de contabilidade é muito mais simples, que é o das empresas estatais. Tem maior credibilidade e goza de imunidade tributária.

A gestão de pessoas, o quadro de pessoal é composto por empregados públicos em regime de CLT e os servidores públicos podem ser cedidos com sua anuência, isto é, nenhum servidor pode ser colocado compulsoriamente à disposição. Quando há diferença salarial fazemos a isonomia para que todos que exercem o mesmo trabalho, ganhem o mesmo salário. A folha de pagamento é desvinculada da grade de pagamento da prefeitura. Antes, por exemplo, o pagamento do pessoal da saúde de nível superior ficava limitado a outros profissionais da prefeitura do mesmo nível (engenheiro, advogado, contabilista etc.). A fundação permite se basear na realidade de mercado, pagando salários um pouco mais justos.

Quando assumimos a prefeitura, em janeiro de 2009, encontramos 78 plantões de 12 horas descobertos em oito pronto-socorros que temos em São Bernardo. Hoje a grade está coberta com profissionais de saúde. Realizamos concurso público para estatutários, e também concurso público para empregados públicos. A contratação só se dá mediante concurso público, contudo a realizamos com maior autonomia e agilidade.

Para vocês terem uma noção, o prefeito Luís Marinho autorizou contratar trabalhadores, ao mesmo tempo, para a administração

direta e indireta. Em dois meses e meio fizemos na Fundação o concurso, em que se apresentaram 37 mil candidatos. Conseguimos suprir as vagas em menos de quatro meses. Na prefeitura esse processo demorou nove meses e isso é a realidade.

Vou dar outro exemplo. Houve um médico plantonista que estava alcoolizado e agrediu um paciente no pronto socorro. Isto até apareceu no Jornal Nacional. Ele tinha dois vínculos, um da administração direta, outro da administração indireta. Nos dois âmbitos foi aberta comissão de sindicância, foi dado direito de defesa, etc. Na fundação em três semanas consegui demiti-lo e colocar outro no lugar. No da prefeitura, isso foi em outubro, estamos em março e até agora não conseguimos fechar a comissão de sindicância e eu continuo com aquele posto em aberto porque eu não posso substituí-lo. Ou seja, quem está sendo prejudicado? Ele? Não, está sendo prejudicada a população porque eu não consigo repor.

Outros pontos importantes são a flexibilidade na jornada de trabalho, segurança e garantia para todos os trabalhadores, dissídios e data base definidos. O nosso sindicato é o Sindsaúde São Paulo, cutista, da região do ABC. A gestão de pessoal é efetuada diretamente pela fundação, os níveis salariais e reajustes são próprios. Há um mecanismo de remuneração variável pelo atingimento de metas, que cada vez estamos qualificando, para dar um estímulo maior aos trabalhadores. Também estamos fazendo um grande investimento em educação permanente. Não há estabilidade no emprego, mas tem a garantia de emprego, porque em nossa lei, no nosso estatuto e em nosso regimento ninguém pode ser contratado e demitido sem justificativa e amplo direito de defesa.

A garantia aos servidores da saúde cedidos à fundação, o respeito ao direito adquirido, mesma jornada e complementação salarial

para promoção de isonomia com os empregados da fundação e a possibilidade de tanto estatutários como empregados públicos da fundação ocuparem funções e cargos de chefia por merecimento são outros pontos importantes na gestão do trabalho.

O respeito à Lei 8666 e a possibilidade de instituir um regime especial de compras de bens e serviços, observando a regras da licitação pública, mas instituindo outras modalidades de disputa pública tem possibilitado uma expressiva economia de tempo e outros recursos. Por exemplo, o mesmo processo que na prefeitura demora de quatro a seis meses é feito pela fundação, com toda a transparência e de acordo com os mesmos marcos, em três semanas.

O orçamento é por precificação, com várias vantagens em relação a nível de responsabilidade fiscal. Não há obrigatoriedade de respeitar o teto salarial para o chefe do Executivo. Isso para a maior parte das cidades brasileiras resolve um grande problema e, ao mesmo tempo, os gastos não contam para a Lei de Responsabilidade Fiscal.

O patrimônio é municipal, do Estado. Neste aspecto queria chamar atenção de que não é verdade a afirmação de que a fundação estatal leva à perda do controle público e da transparência. Ao contrário, temos uma ampliação dos mecanismos de fiscalização e controle. A Secretaria Municipal de Saúde passa a ser um órgão supervisor. O Conselho de Saúde tem toda a prerrogativa, não faço nada na fundação, nenhuma política e nenhuma aprovação sem submeter à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

O poder Legislativo continua igual. O controle do Executivo tem que se qualificar cada vez mais. O Tribunal de Contas continua exercendo o mecanismo de controle porque a Fundação pertence

à administração pública. Se fosse terceirização, se fosse privado o Tribunal de Contas não interferiria. O Sistema Nacional de Auditoria do SUS continua presente e, detalhe, em São Bernardo há conselho gestor em todas as unidades de saúde, inclusive os hospitais e serviços especializados, com representação paritária de usuários, trabalhadores e gestores.

O governo federal pretende constituir cinco fundações estatais. O governo do Rio de Janeiro também cinco, o de Sergipe três e o que se encontra e estágio mais avançado. Também na Bahia o processo está bastante avançado, além de outros em andamento no Mato Grosso do Sul, Pernambuco e várias prefeituras. Para exemplificar os avanços que se pode obter, quando transformamos em fundações os três hospitais que tínhamos em São Bernardo e que estavam sendo administrados como OS, obtivemos em um ano uma economia de 77 milhões de reais. Só para vocês terem uma noção, cada um desses hospitais não custam mais do que 60 milhões de reais por ano. A economia obtida equivale ao custo de mais um hospital por ano.

Por conta disso, o prefeito Luiz Marinho nos autorizou a ampliar a rede de unidades básicas, a implantar as UPAs, a começar a construção de mais um hospital, etc., ou seja, a fundação estatal possibilitou uma ampliação enorme da nossa capacidade de gestão. Resolvemos enfrentar esse desafio. Trabalhamos um contrato de metas, geral, que é sempre aprovado e fiscalizado pelo Conselho Municipal da Saúde. Temos planos operativos. Trabalhamos com um contrato para os três hospitais e vamos ter agora o quarto hospital nessa modalidade.

Temos um segundo contrato para os serviços, com planos operativos específicos para a atenção básica, para a atenção especializada, inclusive a saúde mental, para as UPAs e o SAMU, para os agentes

dos controles de zoonoses, que já eram da fundação e que, providencialmente, vamos trazer para dentro da administração pública, porque entendemos que é atividade de vigilância.

Neste debate acerca das modalidades de gestão uma coisa é certa: independente de qual venha a ser o caminho a ser escolhido, o resultado final será proporcional à vontade política, ao compromisso, competência e a determinação dos dirigentes públicos e cada localidade deve construir suas próprias alternativas, a partir de sua realidade, história, compromissos e da possibilidade concreta de transformar as estruturas e melhorar a sua capacidade de resolver problemas.

E, para concluir, termino com uma frase do companheiro Solla, secretário de saúde do Estado da Bahia, reiterada cotidianamente por Luis Marinho, porque ela é exatamente a maneira com que nós, lá no governo de São Bernardo do Campo, estamos encarando este desafio:

*“O desafio é grande, os riscos de se experimentar o novo também, mas ainda mais danosa é a situação atual que agride a nossa população. É necessário ter ousadia, pois, o que não será perdoado é a passividade, a inércia ou a vacilação frente a problemas tão essenciais num momento de tanta esperança do povo baiano, do povo brasileiro”.*

*Jorge Solla, Secretário de Saúde do Estado da Bahia, março de 2007, em reunião do Colegiado da SES-BA*

Peço desculpa por ter me prolongado demais. De fato, não sabia quanto tempo levaria para apresentar, mas acho que esse debate merece uma discussão devidamente pontuada, porque é bastante difícil e tem que ser feito de forma muito respeitosa, dando inclusive o direito de pensar diferente. Eu me coloco à disposição. Obrigado.



## Gestão do SUS: O que fazer

Foto: Karina Zambrana



### **Francisco Batista Júnior**

*Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Farmacêutico, Dirigente da CNTSS-CUT*

72

**B**oa tarde, companheiros. É muito bom estar de novo em nossa casa aqui, na CUT. Estava sentindo falta disso. O debate sobre nosso sistema de saúde, sobre gestão pública, já estamos fazendo há muito tempo na CNTSS-CUT, na CUT, em nossas entidades filiadas. Estou na direção CNTSS desde 1996 e não só já fazíamos este debate, como impetramos uma ADIN sobre este tema ao Supremo Tribunal Federal em 1999, cuja votação estávamos ganhando por três votos a favor, quando o ministro Jobim pediu vistas ao processo e partir daí ele nunca mais andou.

No Conselho Nacional de Saúde, fazemos esse debate desde que o ministro Humberto Costa assumiu o Ministério da Saúde, no primeiro mandato do governo Lula e, lamentavelmente, estamos sendo derrotados. A situação concreta está dada, as dificuldades que o Artur Chioro apontou são reais e não estamos perdendo o debate

por falta de luta, ou por falta de militância, mas por outros elementos.

Embora seja difícil mensurar exatamente qual o problema mais grave que o SUS enfrenta atualmente, eu diria que a impunidade é um dos piores, dos mais graves que enfrentamos. Estive em um debate com o companheiro Solla, quinta-feira passada, no Conselho Nacional de Saúde, e me surpreendi quando uma promotora pública da Bahia disse que a própria legislação do SUS o inviabilizava. Ora, compreendemos exatamente o contrário! O que inviabiliza o SUS é o descumprimento da sua legislação, que é a mais avançada do mundo.

Como neste mundo há solução e resposta para absolutamente tudo, avalio que as respostas que vem sendo apresentadas para, em tese, resolver os problemas de gestão, tem sido reducionistas. Começamos a fazer esse debate no Conselho Nacional de Saúde, em dois seminários nacionais

com participação massiva de todos os segmentos, e também discutimos o assunto em debates internos, só que o problema é que esse debate começou de forma equivocada. O SUS não enfrenta só um problema de gestão, enfrenta problemas graves em todos os seus eixos estruturantes. Não adianta resolver a gestão se não forem resolvidos os demais eixos.

A gestão na imensa maioria dos estados e municípios não se dá de acordo com o que SUS e a legislação preconizam. Na verdade, há uma grande distorção dos princípios e diretrizes do SUS. Uma delas é o financiamento. Por isso que avalio que ao fazer esse debate temos que ampliá-lo para um plano mais geral.

Inicialmente, vou resgatar um pouco da história da saúde do Brasil, trajetória em que sempre predominou o atendimento de interesses privados. Não havia essa lógica do Estado brasileiro organizar a sua própria rede de serviços. O Estado comprava serviços do setor privado, que disponibilizava a quem tinha carteira de trabalho assinada e contribuía com a previdência social. Era assim que funcionava. A gestão se dava por preenchimento dos cargos por indicações políticas e pessoais, sempre foi assim, orientada segundo um método absolutamente autoritário e centralizador.

Sou trabalhador da Saúde Pública, trabalho em um hospital como farmacêutico desde 1993. Antes disso trabalhei em outros setores. Todos nós sabemos do forte autoritarismo presente na gestão pública e nas mais variadas matizes ideológicas. Hoje o movimento sindical cutista está enfrentando sérios problemas em gestões públicas que, em tese, são do nosso campo, contudo o autoritarismo e a centralização são maiores que em governos de direita.

Outro ponto complicado é a persistência de um modelo voltado para o tratamento

da doença, com supervalorização cultural e prática do profissional médico. É obvio que um dos grandes objetivos da fundação é dar conta da necessidade médica. Sabemos da dificuldade que é colocar um médico na rede. Temos um sistema que sempre foi privatizado e, em que pese as mudanças constitucionais dos últimos 20 anos, esta privatização continua ocorrendo por meio da substituição da rede pública pela compra de serviços através de convênios e contratos. Acompanhei com a CNTSS e como conselheiro municipal de saúde, em Natal (RN), o desmonte de serviços públicos que ocorreu e vem ocorrendo em todo o Brasil para a contratação de serviços privados.

Uma das situações que presenciei foi um secretário de saúde de Natal, que era professor universitário e que, mesmo com muita briga e resistência do controle social, fechou um serviço de excelência em diagnóstico citopatológico que cumpria um papel fundamental na cidade. Dois meses depois apareceu no Diário Oficial o contrato com uma organização para o mesmo serviço com uma organização social.

Outra maneira de privatizar os serviços públicos é a por meio da terceirização da força de trabalho, tema que o Artur Chioro abordou em sua exposição. O avanço das terceirizações no setor público iniciado por FHC ainda ocorre nacionalmente e é um grave problema, não só do ponto de vista das relações de trabalho, como também principalmente para a qualidade dos serviços.

Não satisfeitos com a terceirização dos serviços e da força de trabalho, os adversários do SUS avançaram na terceirização da gerência do que é público, do patrimônio público. É óbvio que fundação não é o mesmo que OS e OSCIP do ponto de vista conceitual, mas criar uma fundação e entregá-la para um grupo privado administrar da forma que achar

melhor - o que já está acontecendo por aí - é privatização do patrimônio público por um grupo determinado, que vai utilizar a fundação para fazer o que bem entender.

Não há dúvidas de que existem entidades éticas, que administram o bem público com lisura, porém sabemos que não são todas assim. É temerário entregar um patrimônio, um serviço público da mais alta importância, como é a saúde, a uma gestão privada de grupos que têm interesse de se apoderar do Estado. A privatização se dá através da terceirização da gerência de serviço, das OS, OSCIP, fundações e congêneres.

Por que não encontramos mais hoje especialistas com disponibilidade de trabalhar no setor público? Não é somente por causa da questão salarial. Eu conheço prefeituras, em que o secretário ofertou salários altos, na casa de R\$ 25 mil a um cirurgião e nem assim conseguiu contratar, porque este tipo de profissional trabalha por opção ideológica na rede privada e em seus consultórios, portanto não têm o menor interesse em trabalhar 12 horas num hospital público.

Não é à toa que, conforme quadro abaixo, verificamos um grande crescimento da saúde suplementar no país da casa 33 milhões de pessoas conveniadas no ano 2000 para 52 milhões em 2008.

É importante observar como a relação patrimonialista do Estado brasileiro ocorre na área de saúde. Mencionei um decreto do Fernando Henrique Cardoso, de 1997 e como se dá a nomeação de cargos de direção, gerência e supervisão para atendimento de interesses privados. Tenho recebido muitas denúncias no Conselho Nacional de Saúde vindas do estado da Bahia, de a fundação estatal está sob o poder de um grupo pequeno que a estão utilizando para beneficiar pessoas e profissionais específicos.

Eu estava num debate no Interlegis há 15 dias, onde abordei o tema da privatização. Estava lá o deputado Darci Perondi, com quem tenho uma boa relação em função da EC 29 e era um dos debatedores, mas ele pouco falou comigo. Ele se dirigiu mais ao Jairo Bisol, que é promotor da saúde em Brasília e também bate forte na privatização, dizendo que achava um absurdo nós dizermos que a privatização inviabiliza o SUS.

Ora, por favor, o SUS hoje está pagando ao setor privado por uma cirurgia, por um transplante R\$ 40mil, R\$ 50 mil. Não existe nenhum país do mundo com condições de bancar um sistema dessa forma. É muito

<b>CRESCIMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR</b>	
<b>Dezembro de 2000: 33.450.369</b> 22.8 % da população de 146 milhões de pessoas	
<i>Odontologia: 2.757.935</i>	<i>Medicina: 30.692.434</i>
<b>Dezembro de 2004: 38.995.660</b>	
<i>Odontologia: 5.551.360</i>	<i>Medicina: 33.444.300</i>
<b>Dezembro de 2008: 51.995.832</b> 27.5 % da população de 189.612.814 milhões de pessoas	
<i>Odontologia 11.085.201(+298%)</i>	<i>Medicina 40.910.631(+33%)</i>

bom dizer que o Brasil é o país que tem o maior programa de transplantes públicos do mundo. A que custo? A que preço? Por que é tem tanta gente nas filas esperando por atendimento especializado? Simples, porque não tem dinheiro suficiente para pagar isso. Porque entre pagar 50 mil por uma cirurgia, por um procedimento, seria mais honesto com a população contratar uma equipe boa de fazer cirurgia, pagar 100 mil nessa cirurgia e fazer pelo menos 12 por mês ao preço de 100 mil reais. É muito mais econômico do que numa única cirurgia você dar esse dinheiro para o setor privado. É óbvio, isso é matemática.

Enfim, a consequência deste quadro é uma profunda desestruturação da rede pública. Eu fui fiscal do Conselho Federal de Farmácia, dentre outras atribuições da minha vida profissional. Conheci toda a rede de serviço do Estado. Foi um trabalho fantástico. Foram quatro anos difíceis. Em cada município do Rio Grande do Norte quando eu chegava, tinha pelo menos uma maternidade pública funcionando, um serviço de atendimento básico de urgência, etc. Isso era em 1990, 1991, logo depois de aprovado o SUS. Todos os 165 municípios tinham serviços, mas desmontaram quase tudo. Hoje se você encontrar um município que tenha este tipo de serviço é exceção.

Eu trabalho em um hospital de médio porte, referência em AIDS, outras DST's e tuberculose, onde para comprar uma lâmpada é um sufoco, imagine para comprar os medicamentos de alto custo que fazem parte dos nossos serviços. Então, é óbvio que eu estou pensando por deficiência do Estado e que há demanda crescente por serviços hospitalares especializados. Incrível isso. Quantas vezes eu vi gestor trazer proposta de comprar serviço privado e eu dizia: "Secretário,

não seria mais interessante a gente ter uns três meses, estruturar esse serviço na rede para atender de forma mais massiva a população?" "Não, o usuário precisa agora, tem que comprar agora."

Escuto falar de vez em quando que o usuário não quer saber de onde vem o serviço, se é terceirizado ou privado, quer saber que o serviço está sendo prestado. Esse discurso conservador leva muita gente no bico e reforça a relação de profunda dependência com o profissional médico. Na Caravana em Defesa do SUS que fizemos no ano passado, viajamos praticamente todos os estados da federação. Cansei de ouvir a população dizer que quer médico. Não se encontra outros profissionais de saúde pelo interior do país afora. Não se encontra assistente social, biólogos, dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, mas todo mundo reivindica médicos, como fossem resolver todos os problemas, mas não vão! Se médico resolvesse não existia doente no Brasil.

Fui entrevistado por uma estação de televisão sobre a crise da dengue no Rio de Janeiro, onde participei de uma atividade na assembléia legislativa. O discurso era um só: precisamos criar recursos, contratar mais hospitais, contratar mais médicos. Não falavam da qualidade, de prevenção, de nada mais. Quando vieram me entrevistar disse que discordava desta visão e que a solução para o problema era a contratação de agente comunitário de saúde, a promoção de melhorias na condição sanitária da população, que era necessário cuidar do lixo do Rio de Janeiro, etc.

No que tange às condições de trabalho, nos deparamos com diferenças salariais aviltantes. Por exemplo, eu trabalho num

hospital que tem médicos que ganham R\$ 22 mil reais e outros, do pronto-socorro Walfredo Gurgel, ganhando R\$ 3 mil, R\$ 4 mil. Há dentistas que recebem 20 salários e a massa lá embaixo ganhando três, quatro, cinco mil reais. Estas disparidades não ajudam em nada o sistema. São distorções que desmotivam trabalhadores. São distorções que primam uma situação de disputa, inclusive interna dentro do serviço, o que não tem ajudado absolutamente nada.

Viajamos esse Brasil, na época eu e a Eliane Cruz, nos posicionando contra a proposta da Emenda Constitucional da Jandira Feghali, que o Congresso Nacional queria estender o direito de dois vínculos para o trabalhador da saúde. Fomos contra, porque não era esse o caminho. Se nós queremos ter um salário que valorize a nossa ação profissional não é brigando para ter dois vínculos que nós vamos conseguir isso. Dois vínculos é uma loucura, vão ser mais explorados, além de ocupar a vaga com trabalhador que está desempregado.

Apesar da nossa luta, a emenda foi aprovada e nós continuamos na mesma situação de dependência, brigando para ter dois vínculos. Sabemos as consequências disso: trabalhadores desestimulados, desmotivados e serviços desestruturados para os usuários. Lógico que há exceções. Não quero dizer que não temos compromisso, temos sim e muito. Mas, existe um quadro significativo de profissionais que priorizam outras ações, e o financiamento é sempre insuficiente para atender a demanda.

Frente às necessidades que temos vamos novamente lançar mão de fundações de direito privado? Outra vez? O Artur abordou como um modelo de gestão, mas não se trata propriamente de algo novo,

dentre outros aspectos, porque a fundação estatal não inova numa perspectiva pública, reforça uma lógica privada. Estive em um debate em Porto Alegre e, assim como Solla, Barichello iniciou dizendo que não podemos ter medo do novo, não podemos ter medo do diferente, que proposta é para avançar, etc. Quando discurssei, perguntei a Barichello qual era a sua idade. Ele me olhou desconfiado e quis saber por que eu lhe fazia esta pergunta. Brinquei com ele e lhe disse que o estava provocando, porque nós temos basicamente a mesma história política, no mesmo partido político, de construção do sistema de proteção social. Neste contexto, disse a ele que fundação pública de direito privado não é coisa nova, absolutamente. Antes da Constituição de 1988 todos os estados da federação tinham uma fundação pública de direito privado e era uma corrupção só. Foram fechadas na Constituição Federal por causa disso. É um modelo bem conhecido da população e dos trabalhadores

Ponto importante a ser destacado é a flagrante inconstitucionalidade. Eu debati com Leni Santos, lá na Fiocruz, e ela afirmava de forma intransigente que as fundações de direito privado estão absolutamente dentro das normas constitucionais. Neste debate, evidentemente, nenhum de nós dois mudou de posição. Embora eu não seja jurista, nenhum artigo da Constituição Federal de 1988 faz referência à fundação de direito privado. Tanto é verdade que o governo federal recuou, pois percebeu que não teria sustentação legal, e está propondo a criação da nova Lei Orgânica da Administração Pública. Dentro desta lei, estão propondo a figura de fundação estatal de direito privado. O método está correto, mas o conteúdo continua errado. Vamos lutar e tentar derrotar mais uma vez esta proposta. Na agenda que tramita no Supremo

Tribunal Federal há uma manifestação do procurador-geral da república de que a proposta é inconstitucional.

Sobre as condições de trabalho, avalio que adotar parâmetros de mercado para os salários tem pouco ou nenhum impacto nos problemas de gestão. Está provado que não, volto a insistir. Ao contrário, os bons exemplos que temos hoje na área da saúde, na gestão do trabalho, são aquelas que onde há, minimamente, uma política salarial que beneficia a todos. Porque se for salário de mercado não tem jeito, não funciona mesmo.

Os salários na fundação do Estado da Bahia, por exemplo, são baixos e perpetuam diferenças entre os profissionais de saúde, cuja principal referência continua sendo o profissional médico. É claro que tem profissionais que, inclusive em função do mercado, vão ter que ter um tratamento diferenciado, é obvio. Mas essa não pode ser a regra, tem que ser a exceção. Ou alguém acha que vamos conseguir colocar neurocirurgião na rede pública com baixos salários? Temos que resolver o problema de forma mais abrangente, pois a desmotivação e desestimulação profissional é quase generalizada no setor público da saúde.

Concordo com o Artur Chioro que fundação não é privatização clássica da saúde. Mas uma fundação nas mãos de quem quer se aproveitar do Estado e colocar a própria turminha para fazer o que quiser, com absoluta autonomia, é uma festa melhor do que OS. No Conselho Nacional de Saúde temos discutido que não podemos cometer o equívoco de favorecer nenhum movimento, nenhum instrumento que possa ser utilizado por setores conservadores reacionários para instrumentalização do

poder, para tomar conta do estado. Não podemos criar isso.

Sou contra fundação, mas se eu tivesse certeza que setores reacionários, de direita, não iriam fazer uso nefasto delas, mudaria o foco do debate, mas é óbvio que não dá para ter certeza. Como eu disse, a história da fundação pública de direito privado está associada à corrupção. Aliás, o próprio Ministro Temporão recentemente deu uma entrevista complicada aos jornais reforçando a idéia de corrupção em fundações, inclusive colocando a Funasa numa situação bastante difícil.

Não acredito que possa haver uma mudança no caráter destas instituições, isto é, que agora as fundações vão mudar o viés, que a cultura vai ser outra, que a utilização vai ser profissionalizada, sinceramente penso que não podemos atestar.

Voltando aos elementos relativos à gestão e também a gestão do trabalho, a instabilidade profissional com conseqüente comprometimento da prestação profissional e da qualidade de atendimento do usuário é outra questão a ser enfrentada. Quando eu falei isso pela primeira vez quase apanhei, porque o discurso é de que os contratos de trabalho nas fundações são estáveis, que as demissões são condicionadas à processos administrativos com direito de defesa, etc. A realidade de muitas experiências, no entanto, desconstrói esta afirmação.

Pernambuco vive hoje uma situação curiosa do ponto de vista do debate sobre custos. Lá a lei para a criação de uma fundação de saúde acabou não sendo viabilizada, porque o governador fez o levantamento dos custos e avaliou que era inviável financeiramente, por isso acabou optando por uma OS, que na visão dele, é mais barata.

Quando afirmamos que a gestão do trabalho na fundação se baseia em instrumentos perversos, somos atacados, sob o argumento de que não é verdade, que não estamos sendo honestos no debate, etc. Está estabelecido na lei de Pernambuco que se o trabalhador não quiser ir para a fundação, vai ser colocado em disponibilidade recebendo o proporcional por tempo de serviço. “Ah, mas nós do PT não fazemos isso.” Sim, se nós não fazemos, por que os outros não vão fazer?

Reafirmo a minha preocupação de não criar um instrumento que possa permitir a determinados atores políticos usarem o bem público, tampouco queremos para o Estado brasileiro este tipo de mecanismo nas relações de trabalho. Não é o que queremos para os trabalhadores da saúde, nem para a sociedade.

78

Concordo com o Artur, que existem inúmeras dificuldades, inclusive no que diz respeito às relações de trabalho e digo que não tenho inveja nenhuma de gestor, nunca tive inveja de gestor da Saúde porque eu sei das dificuldades. Embora eu nunca tenha sido gestor, sempre militei no movimento social e sei das profundas dificuldades que é o ato de administrar a saúde.

As dificuldades são tão grandes que, no nosso entendimento, se não fizermos alguma coisa imediatamente o sistema será inviabilizado e isto não vai demorar muito tempo. Hoje, de certa maneira, já está inviabilizado, não tem como avançar. Quando eu comecei a falar isso lá no Conselho Nacional de Saúde me interpelaram, dizendo que estava fazendo terrorismo. Mas a realidade é esta. Se não houver de fato um investimento político e financeiro no SUS, a melhoria efetiva dos mecanismos de gestão, ele vai ser

totalmente inviabilizado em curto espaço de tempo.

Temos que resgatar o espírito e os princípios da reforma sanitária, resgatar o que foi aprovado na legislação, mas nunca colocado em prática, e também aquilo que foi minimamente colocado, e mesmo assim gerou revolta.

Em um debate com o Eider, na Bahia, ele falou que na estratégia Saúde da Família do Estado, o leilão de médicos é terrível. Eu estava em Natal no lançamento do programa de extensão do SAMU no Rio Grande do Norte e o secretário de Saúde de um importante município me chamou no canto e disse: “Junior, acabei de perder um médico para um município vizinho da minha cidade.” A cidade tem 70 mil habitantes. “Como assim, perguntei” Ele respondeu: “Eu pagava seis mil e o outro município ofereceu sete.” Isso é impraticável, impossível de ser administrado.

Tem que haver uma decisão política dos Cosems em cada estado. Vamos pactuar em cada região do estado de São Paulo, por exemplo, quanto vai ser pago aos profissionais médicos da estratégia Saúde da Família. O piso e o teto salarial em cada região.

A solução definitiva é o PCCS/SUS. A nossa idéia é de acordo, obedecendo as diretrizes nacionais e princípios do SUS que o Artur conhece. Queremos criar uma carreira única para a Saúde, com responsabilidade de financiamento e de contratação nos três níveis de governo. Quando começamos a falar em carreira única, houve resistências, porque muitas pessoas achavam que haveria interferências na gestão do trabalho nas distintas esferas. É importante que fiquem claras as regras do que compete a cada um, o que não dá para continuar acontecendo é

jogar quase tudo nas costas do município e deixar estado e governo federal sem fazer concurso. O que está sendo feito hoje, por exemplo, em termos do piso nacional da educação é perfeitamente possível implantar também na área da saúde.

Um aspecto importante a ser considerado, é que se um profissional é mais qualificado, tem especialização, pós-graduação, doutorado, ele deve ter uma melhor remuneração, e isso não vale só para os médicos, vale para qualquer profissional da área de saúde.

Temos que estimular a interiorização, já que existem enormes dificuldades para fixar os profissionais nos municípios do interior do país. Estive no Acre, por exemplo, e tive a informação de que em Sena Madureira, que é uma região enorme, conta com apenas dois dentistas. É impossível desenvolver um programa de saúde bucal com dois profissionais. Se, por lado, é verdade que o número de concursos, de contratação, é pequeno, por outro lado, é uma missão quase impossível convencer dentistas a irem para o interior do Acre e outras regiões do país e estimular dedicação exclusiva.

Tudo isso o governo do Estado onde moro está fazendo. Hoje um profissional para trabalhar no interior tem uma gratificação que varia de 70 até 100% do salário base. E hoje os médicos que trabalham na capital reclamam que estão ganhando menos que o pessoal do interior. E isso é correto! E o governo elaborou o projeto dele agora criando a nova gratificação que pode ser de até 100% para a dedicação exclusiva. Ou seja, existem instrumentos hoje que você pode começar a construir para resolver a questão da fixação do profissional no interior do país.

Profissionalização e democratização da gestão do sistema e da gerência dos serviços, apontados como novidade no debate sobre fundação estatal, na verdade não são aspectos novos, pois também estão na legislação, na Constituição Federal, no Artigo 37. Isso significa que a contratação vai ser por critério, por avaliação, por estímulo à profissionalização. Até onde sei fundação estatal não dá resposta para isso, pelo menos as que eu conheço. A fundação do Artur pode ser que dê, porque a confiamos no Artur, sabemos que ele é diferente.

Outra concordância com o Artur é a necessidade de reestruturação curricular. É verdade o que ele disse, inclusive afirmei em recente entrevista na Rádio Eldorado, em São Paulo. Por mais que tenhamos feito mudanças na grade curricular, continuamos formando profissionais voltados para o setor privado, que não sabem o que é SUS e, mais ainda, com uma cabeça e uma cultura profundamente elitista.

Quando fui conversar sobre isso com o Ministério da Educação, a crítica não foi bem recebida, sob o argumento de que havia sido feita uma reforma há pouco tempo. Ora, se já fez tem que fazer outra, há que se fazer outra reforma para efetivamente formarmos profissionais compromissados com a saúde pública.

Em relação à autonomia administrativa e financeira do serviço, não há necessidade de ter fundação, basta implementar o inciso quinto do Artigo 37 da Constituição Federal, onde a autonomia com contrato de gestão, com estabelecimento de metas, avaliação periódica, responsabilização do dirigente, está apontada. Tudo isso está na Constituição Federal. Eu quero contrato de gestão no hospital em que trabalho. Quero ser avaliado, não vejo nenhum problema



nisso e para isso acontecer, basta observar e implantar o que está estabelecido na Constituição Federal, sem criar fundação nenhuma.

A priorização da atenção primária por meio da estruturação de redes públicas estatais na atuação de equipes multiprofissionais é outro ponto bastante debatido. Sabemos que não há como inverter prioridades se o sistema de saúde continuar reforçando a visão hospitalocêntrica, centrada no tratamento das doenças e na atuação dos médicos. Afirmo isso publicamente há cinco anos. Nós temos que admitir que embora tenhamos avançado pontualmente em algumas políticas importantes como o PSF, o programa de imunização, na contratação de agentes comunitários de Saúde, continuamos prioritariamente com um sistema de tratamento de doenças. Ou estruturamos a rede de proteção do município, (que salvo raras exceções não existe), ou então é impossível viabilizar tudo isso. É impossível estruturar a rede de atenção primária dos municípios no Brasil sem a participação do governo federal financiando e assessorando tecnicamente.

Eu fiquei impressionado com a informação, não sei se é verdadeira, de que 70% dos municípios no Brasil têm menos de trinta mil habitantes. Há município com 1500 habitantes no Brasil. Que município é esse? Que condição tem esse município? É impossível uma situação como essa. Se o governo federal, os estados, não tomarem para si a responsabilidade de estruturar sistemas de saúde nestas localidades, as coisas simplesmente não acontecem. E se não for organizado em redes de proteção, a demanda de profissionais vai ser sempre um caos.

Queremos também arguir a inconstitucionalidade da Lei de Responsabilidade Fiscal, porque a Constituição Federal diz que saúde é um direito de todos e dever do estado, não pode haver uma lei infraconstitucional impedindo que isso se viabilize, se concretize. Vários juristas já entendem que esta lei é inconstitucional. Se mudarmos a lei no que diz respeito à Saúde, vamos ter que partir para um debate jurídico, que em algum momento deverá ser feito.

E, para finalizar, temos plena consciência de que mesmo criando a carreira única, com valorização, com incentivo à qualificação, com incentivo à interiorização, continuaremos tendo dificuldades em relação a algumas categorias profissionais, algumas especialidades. O que é que estamos propondo? Criar o serviço civil estratégico em saúde no Brasil, estabelecendo que quem se formar na área de saúde trabalhará no mínimo dois anos na rede SUS, onde houver necessidade. Assim o profissional vai conhecer a realidade do SUS, vai se qualificar para atuar na saúde pública. Com uma carreira única que estimule os profissionais de saúde e, complementarmente, o serviço civil para constituir a força de trabalho, podemos mudar radicalmente o quadro atual, superando as suas deficiências.

Nada disso funcionará se nós não tivermos fortalecimento, valorização e consolidação do controle social que hoje não existe nesse país. Se nós tivermos Conselho de Saúde atuando bem em 10% dos municípios brasileiros é muito. Os Conselhos de Saúde estão longe de cumprir o seu papel. Era isso que eu queria trazer para vocês. Espero ter contribuído.

# Gestão do SUS: Analisando o presente com os olhos no futuro

**Maria Aparecida do Amaral de Godói Faria**

*Presidente da CNTSS-CUT  
Confederação Nacional dos Trabalhadores  
da Seguridade Social da CUT,  
Trabalhadora da Saúde*

**H**á um intenso e acalorado debate em curso sobre os rumos do SUS, partindo da constatação que temos desafios que vão desde a regulamentação do financiamento à aplicação dos recursos e os gargalos na gestão do sistema, na busca de saídas para superar os problemas e darmos um salto de qualidade.

Defendemos o SUS com seus princípios organizativos e doutrinários e não pretendemos colocar todos aqueles que defendem mudanças como antagonistas, nem tão pouco queremos ser rotulados de intransigentes e corporativos, até porque, ao reduzir o debate perdemos as possíveis interconexões entre as diferentes visões.

Pois bem, fazer o SUS funcionar de forma mais ágil é o interesse maior dos segmentos representados no controle social, enfim de toda a sociedade e nosso compromisso impõe a necessidade de realizar uma análise profunda, reconhecendo que existe uma crise, que



Foto: Arquivo CNTSS

não é recente, considerando o caminho percorrido pelo SUS, com seus avanços e desafios, as transformações ocorridas na sociedade nestes mais de 20 anos, o que concretamente nos mostra a necessidade de evoluir, superar as fragilidades, investindo no aperfeiçoamento do sistema, porém sem perder de vista seus princípios.

É necessário promover a mudança de visão em relação ao “gastos com saúde”, pois entendemos que são investimentos, principalmente se invertermos a lógica hospitalocêntrica para a promoção, prevenção e recuperação da saúde através do fortalecimento da atenção básica.

A forte presença do setor privado no SUS, que ultrapassa o caráter complementar

definido na legislação e a permanente disputa com setores que pretendem restringir sua ação, privatizando a gestão, implantando a “cesta básica de saúde” para a população pobre e disponibilizando parte de leitos hospitalares públicos para quem tem convênio privado, vem impondo obstáculos para a superação dos problemas.

Procurando soluções técnicas para questões políticas, a proposta da Fundação Estatal de Direito Privado foi uma contribuição negativa, que já teve reflexos em diversos estados. Somente pelo fato de apresentar este projeto, sem debate com a sociedade, já foi o suficiente para a proliferação de projetos de lei, alguns já aprovados e tornados lei em vigor, criando suas fundações estatais, cada qual com seu entendimento e distorções, criando “remendos” na gestão do SUS.

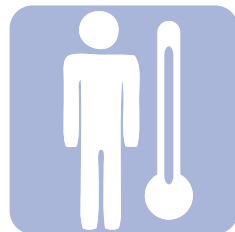
O argumento constante dos defensores da criação de fundações estatais de direito privado, em todas as esferas, é garantir agilidade na gestão, sem a necessidade de cumprir determinados ritos da administração pública que, segundo esta visão, engessam o SUS. Ora, estamos pensando não só o presente, mas pensamos o futuro e cada ação nossa terá consequências no modelo de Estado que estamos construindo.

É preciso instituir a Lei de Responsabilidade Sanitária para garantir os princípios e diretrizes expressos na Constituição: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, controle social, concursos públicos, licitações, impessoalidade, publicidade, entre outros.

A Gestão do trabalho também não deve ser tratada como questão corporativa, é preciso transformar a lógica de que trabalhador da saúde é mera peça, não tem poder de mudança no processo de trabalho e no sistema, a começar pelo tipo de formação que está sendo feita para os profissionais da saúde. Desde o nível técnico até o nível universitário, a formação profissional cada vez mais fragmenta o ser humano em compartimentos, trabalha mais na lógica da doença do que da promoção à saúde e quando este profissional entra no mercado de trabalho não encontra um processo efetivo de formação e qualificação permanente. Além disso, a formação é voltada para o setor privado e praticamente inexistente a concepção de que somos um dos atores que constroem o Sistema.

O debate continua, não existe “a” solução para os problemas que o SUS enfrenta, até porque não existem soluções simples para problemas complexos e é no exercício democrático do debate que estamos acumulando e formulando propostas. As dificuldades são conhecidas, os desafios estão colocados. Sem saudosismos, é preciso resgatar a exemplo do que fomos capazes de realizar na década de 80, façamos um esforço coletivo, trabalhadores, gestores, sociedade civil na busca de soluções que deem conta das demandas e desafios, mas sem colocar em risco os princípios e doutrinas do SUS, e, fundamentalmente o seu caráter de uma Política de Estado, inclusiva, um direito de cidadania.

# Saúde, Trabalho e Previdência Social: O desafio da intersectorialidade





# A construção da Saúde do Trabalhador - Avanços e recuos



Foto: Arquivo Fundacentro

## Maria Maeno

Médica, Pesquisadora da Fundacentro

Eu sempre trabalhei em saúde do trabalhador na minha vida profissional. Comecei em 1986, depois entrei na Secretaria de Estado da Saúde e trabalhei no SUS durante praticamente 19 anos. Agora, desde 2005, faço parte da Fundacentro, mas tenho ainda muita ligação e todas as minhas idéias foram forjadas dentro do espírito do Sistema Único de Saúde, experiência muito rica e que será o ponto de partida para nossa conversa de hoje.

Gostaria de resgatar o que Eduardo Fagnani abordou ontem em relação aos momentos que tivemos antes e depois de 1988, sublinhando o quanto foi difícil para o neoliberalismo começar a mostrar as suas faces mais nocivas no Brasil, justamente porque havia um movimento, uma efervescência política naquele momento, na década de 1980, que culminou com a nossa Constituição Federal.

Em relação à saúde do trabalhador, são dois pontos que queria destacar: primeiro, que é um direito constitucional, ou seja, além de a saúde se tornar um direito constitucional, a saúde do trabalhador também está explicitamente expressa

**B**om dia a todos e a todas. Quero agradecer a oportunidade que a CUT me deu de ouvir o que foi discutido ontem . Eu saboreei cada minuto. Tive que sair nos últimos instantes, mas peguei quase todo o evento. Realmente foi uma maravilha. Vocês estão de parabéns por organizar uma discussão tão aberta, tão aprofundada como essa. Acho que é uma prática que não pode ser perdida. Muito, muito bom.

O que eu vou falar também vai ser no espírito das provocações. Devo dizer que algumas vezes falo coisas das quais me arrependo depois e, inclusive, de coisas que vocês têm muito mais domínio, mas, enfim, vou colocar algumas idéias e espero estimular o debate.

em nossa Constituição. Os parlamentares que participaram diretamente dessas negociações e outros contam como foi difícil colocar, mesmo naquele momento, a saúde do trabalhador na Carta constitucional e de atribuir ao Sistema Único de Saúde a intervenção no ambiente de trabalho. Então, isso foi, de fato, uma conquista dos movimentos sociais.

O que diz a Constituição Federal:

*Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:*

*III - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.*

*VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.*

86

As leis posteriores colocaram a saúde do trabalhador contextualizando-a em interfaces com políticas dos vários setores que compõem a vida das pessoas (transporte, educação, segurança, trânsito, previdência social, recursos energéticos, controle de agrotóxicos, assistência social, políticas agrárias, políticas econômicas, etc.), ou seja, a Saúde do Trabalhador não é assunto só de um setor, deve ser objeto de política de Estado.

Isto tem um significado importantíssimo, porque, na verdade, a Constituição Federal expressou a superação dos marcos conceituais da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, passando para a Saúde do Trabalhador, que vê os trabalhadores como seres sociais, participantes, conhecedores, portadores de conhecimento que devem ser integrados com o conhecimento técnico.

Foi, de fato, uma mudança, um marco, a configuração da Saúde do Trabalhador na Constituição Federal e como objeto de atenção das três áreas nucleadoras – Saúde, Trabalho e Previdência Social - na construção de políticas que possam incluir a proteção à saúde do trabalhador nas demais políticas de Estado, em âmbito federal, estadual e municipal. Tudo isto ocorreu entre a década de 1980 e 1990, fruto de um movimento antigo de profissionais de saúde, sindicatos e outros setores sociais, com uma riqueza de detalhes que neste momento, por limites de tempo, não vou conseguir resgatar.

No Governo Lula tivemos outro momento importante, que foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Pela primeira vez as áreas da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social ficaram juntas no mesmo espaço discutindo coisas importantíssimas sobre a ótica da saúde do trabalhador. Eu me lembro até que um parceiro de conferência e de luta, grande economista, disse que achava um exagero três ministros assinarem um certificado com tanta coisa a ser feita. Em tese ele tinha razão. Mas naquele momento, em 2005, a convocação conjunta era simbólica da compreensão que se tinha e que estava expressa na chamada da Conferência: Trabalhar sim, adoecer não, na luta por um desenvolvimento sustentável, com intersectorialidade e transversalidade, além da participação e controle social.

As pessoas que estão fora não sabem o quanto é difícil um gabinete falar com o outro e usar a mesma linguagem, os mesmo códigos. O fato de a Conferência ter sido convocada pelos 3 ministros não garantiu uma integração maravilhosa, claro. Todos nós sabemos o quão sofrido e difícil foi a inter-relação no decorrer de todo o processo. No

estado de São Paulo pessoalmente vivi essa dificuldade de diálogo entre os setores de órgãos governamentais. Mas, sem dúvida alguma, a Conferência foi importantíssima e culminou na discussão de diretrizes de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Pela primeira vez no país mais de cem mil pessoas discutiram, nas etapas municipais, regionais, estaduais e nacional da Conferência, a importância de se promover crescimento acompanhado de desenvolvimento econômico e social. Somos todos favoráveis ao crescimento econômico, mas sabemos também que os processos produtivos são potenciais geradores de adoecimentos e que quem cuida desses adoecimentos são as esferas da Saúde, do Trabalho e a Previdência social. Ao discutirmos o desenvolvimento sustentável, a intersetorialidade e a transversalidade queremos superar esta separação entre as políticas econômicas e sociais para que a saúde do trabalhador seja considerada um elemento presente no conjunto das políticas e que estas obviamente, sejam construídas e fortalecidas pela participação e controle da sociedade

Este diálogo entre as políticas, a construção da intersetorialidade, só são possíveis com uma forte participação social. Se não houver participação social, a mão do Estado que “pensa” no capital continua sendo altamente dominante e isto não ocorre só no Brasil, mas no mundo inteiro, em qualquer governo. Muita gente acha que crescimento econômico resolve todos os problemas, incluindo os sociais, mas a realidade demonstra que não é bem assim. Ontem o Fagnani mostrou estatísticas sobre as repercussões das políticas de proteção social do governo Lula e não foram poucas. A melhora dos indicadores sociais – saúde, educação, etc e dos próprios indicadores

econômicos evidencia como as duas áreas se reforçam reciprocamente.

Queremos crescimento econômico, mas temos que cuidar do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas, e de cada vez maior número de pessoas. Crescimento econômico não pode vir acompanhado daquilo que temos visto no país, particularmente, a precarização no trabalho e a perda da razão social do trabalho. O Artur Henrique no seu discurso de abertura falou lindamente que não podemos viver só para o trabalho. E, é isso, não podemos fazer o trabalho que determinam para a gente, temos que fazer um trabalho que nos dê uma razão social de existir enquanto pessoas, deixar legados para os nossos filhos. O nosso trabalho tem que ter produtos bonitos, produtos admiráveis, produtos dos quais nós nos orgulhamos.

Há algum tempo se discute a recuperação da razão social do trabalho. O ônus da precarização do trabalho para a sociedade é muito grande. Trouxe três exemplos em que isso fica mais claro: o primeiro exemplo é o álcool como opção energética. Todos somos favoráveis à energia mais limpa possível. Porém todas as formas de energia têm suas vantagens e desvantagens. A sociedade tem que seguir balizando e discutindo. A instalação de usinas e plantio de cana-de-açúcar tem implicações na economia regional e impactos sobre a saúde e o meio ambiente, que vêm adquirindo visibilidade social. Torna-se claro que não se trata de um assunto que diz respeito apenas a um ou outro segmento social; deve ser um assunto de Estado, envolvendo as três esferas de governo, federal, estadual e municipal.

O segundo exemplo é o trabalho em teleatendimento, em franca ascensão em vários ramos econômicos. Há um livro



interessante organizado pelo Ricardo Antunes que fala de infoproletariado; trabalhadores operadores de teleatendimento e de outros recursos de informática que equivalem aos proletários do início do processo industrialização, só que hoje mais bem vestidos e sem graxa, utilizando recursos da tecnologia; contudo com o mesmo sistema de trabalho, com pressão de tempo, controle de desempenho e padrões de produtividade, iguaizinhos ao que havia na época do Taylor.

Na verdade, nós nunca saímos do taylorismo. Demos alguns passeios em alguns lugares do mundo, em outros sistemas de produção, mas o trabalho continua taylorizado e o teleatendimento ilustra bem esta situação. Houve uma regulamentação do que era o teleatendimento, capitaneada pelo Ministério da Justiça, para que houvesse uma defesa do consumidor. Fiquei muito feliz como consumidora, porque realmente, foi um passo importante. Contudo, em que pese ser um setor onde há uma incidência enorme de LER-DORT, distúrbios de voz e transtornos mentais e até suicídios, em decorrência da pressão que os trabalhadores sofrem, não ouvi uma só palavra sobre o que seria o trabalho do operador de teleatendimento. E o Trabalho não foi chamado? A Previdência e a Saúde também não? Enfim, o assunto foi tratado somente do ponto de vista do consumidor.

Isto é uma demonstração de que a Saúde do Trabalhador não está incorporada naquilo que nós chamamos de agenda social.

O setor da Agroindústria é o terceiro exemplo. Tivemos oportunidade de visitar empresas do setor da Agroindústria e os aspectos do processo produtivo que geram adoecimento físico e psíquico estão aos olhos de quem quiser e souber olhar.

Bem, agora vou entrar na discussão de algumas questões que devem ser discutidas por todos nós para que possamos traçar estratégias para avançar. Uma coisa que se tentou antes do governo Lula e que, infelizmente, não ganhou força no Governo Lula é o fortalecimento do grupo intersectorial de saúde do trabalhador no âmbito do governo. Falo do GEISAT, de um grupo interministerial de saúde do trabalhador, envolvendo as áreas da saúde, trabalho e previdência social, um grupo de capaz de articular uma política de Estado com construção de prioridades e programas, sempre em consonância com os setores sociais. Desconheço a existência de um grupo que tenha desempenhado este papel.

E aí quero fazer alguns comentários sobre essa proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho elaborada pela Comissão Tripartite de Segurança e Saúde no Trabalho, fruto de algumas reuniões, cujas datas e atas estão no portal da Previdência Social.

Não sou muito detalhista, daquelas que ficam pegando vírgula e coisas assim, mas me chamou atenção a expressão Saúde *no* Trabalho utilizada no documento. Não que ache que isso poderia ser propriamente um problema. Em outros países as pessoas utilizam a expressão Saúde Ocupacional e não Saúde do Trabalhador. Nos países nórdicos, por exemplo, ninguém utiliza a expressão Saúde do Trabalhador e sim Saúde Ocupacional. No entanto, na América Latina temos uma história diferente, que diferencia a saúde ocupacional da saúde do trabalhador.

Eu me pergunto o porquê da introdução no documento da expressão Saúde *no* Trabalho e não Saúde *do* Trabalhador. Imagino que a denominação Saúde *no* Trabalho deva ter

sido objeto de discussão, e no contexto atual me parece que significa uma concessão para quem não gosta da expressão *Saúde do Trabalhador*, a qual tem um conceito cunhado na Constituição Federal, Lei 8080 e outros dispositivos legais.

Outras indagações. A política proposta não menciona participação e controle social; fala de diálogo social. Eu sou contra o diálogo social? É evidente que não. Sou a favor do diálogo. Só que não menciona participação e controle social e imagino que isto, também possivelmente tenha sido um ponto de negociação. Cabe destacar que diálogo sempre é possível, consenso nem sempre é possível, aliás, consenso é muito difícil numa sociedade na qual há diferentes interesses, muitos deles conflitantes entre si. A expressão diálogo social, também no contexto atual, me parece privilegiar mais essa idéia de busca incessante do consenso ou da predominância dos setores sociais historicamente mais fortes.

O item quatro do documento fala em estruturação de rede de informações para o trabalhador. Esse é um item que me parece absolutamente inócua, totalmente sem sentido. Por quê? A rede de informações entre a Saúde, Trabalho e Previdência Social, naturalmente já está amparada na lei e não existe. Por que não existe? Porque cada um não abre o seu banco de dados. É como já disse: não precisa inventar nada. Está previsto na legislação que os setores de governo precisam se conversar, se integrar, e um tópico fundamental para essa integração ocorrer é a “conversa” entre os seus bancos de dados. Mas eles não se conversam, não se olham. Acho essa ausência de “conversa” entre os bancos de dados um ponto essencial a ser atacado para se avançar nas ações integradas e articuladas. E quanto aos dados das empresas? Elas fornecerão dados para

os órgãos governamentais e sindicais? Pelo histórico parece pouco provável que o façam. Alegarão direito ao sigilo como sempre têm feito. Assim, esse item me parece uma coisa para inglês ver, uma coisa inócua.

O que significa Sistema de Gestão em Saúde e Segurança no Trabalho incluída no documento? Também historicamente o sistema de gestão em saúde e segurança no trabalho tem sido compreendida como a é a administração por parte da empresa, sem a participação efetiva do trabalhador. Aborda, por exemplo, como prevenir o absenteísmo, focando suas ações no indivíduo, por meio de seleção e realização de exames periódicos. Tem o objetivo também de prevenir o presenteísmo, que entendem ser uma falta de compromisso com o trabalho. Também aqui focam suas ações na seleção de pessoas “comprometidas”, quando sabemos que cada vez mais o presenteísmo ocorre na forma de gente doente trabalhando, fato extremamente comum hoje nas empresas, conforme já mostram algumas pesquisas. Permanecem no trabalho agravando o adoecimento até que não agüentam mais.

Além de selecionar os mais “adaptáveis”, o sistema de gestão tem agido no sentido de prever adoecimentos e demitir os adoecidos antes que apresentem formalmente uma incapacidade; ou excluir os trabalhadores antes que adoçam, ou, então, quando a pessoa começa a adoecer, começam a criar situações de constrangimentos, que se configuram em um processo de desgaste das relações de trabalho, até que a pessoa não agüenta mais e pede demissão. Então, introduzir em um documento de Política Nacional um item sobre Sistema de Gestão tem um sentido que, a meu ver, é de retrocesso. Não queremos programa de gestão por

si só, queremos resultados. E o resultado desejado é não termos mais gente adoecida pelo trabalho. Queremos gente mais feliz no trabalho, gente que não esteja sofrendo ou em processo de adoecimento.

Essa idéia de sistema de gestão tem uma relação com os programas de certificação de qualidade, das normas ISO, OSHA, etc. Este debate sobre qualidade é interessante. Qual a diferença entre a qualidade de um produto de grife e outro qualquer? Qual seria a diferença fundamental? Aquela que tem OSHA teoricamente tem programa de saúde do trabalhador, vinculado aos parâmetros considerados pelas normas para obtenção de qualidade no processo de produção, o que não quer dizer que seja suficiente ou adequado do ponto de vista da saúde dos trabalhadores. Trata-se de uma certificação que a empresa registrou no papel a necessidade de controlar riscos à saúde e a forma como faria isso, pois a OSHA exige esse registro. Mas o registrado pode ter uma distância enorme com o que acontece na realidade, em especial no que tange à saúde dos trabalhadores. Este tipo de modelo não serve para a saúde do trabalhador. Para o trabalhador nós temos que ter outro olhar, que não é esse das normas. Então, nesse ponto, também acho que teve retrocesso. Pelo contrário, o “engessamento” dos procedimentos diminui a margem de autonomia dos trabalhadores, que muitas vezes tem um significado de defesa de sua saúde.

E a terceira questão que me incomodou mais ainda foi o estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores. Isso expressa o que o patronato e o Ministério do Trabalho historicamente

dizem, que os acidentes e doenças ocorrem porque os trabalhadores não conhecem, não sabem como proceder, não usam o EPI corretamente, ou, ainda porque ele não é resiliente, não está preparado emocionalmente para trabalhar em determinado sistema ou processo de trabalho. Acho que a capacitação do trabalhador é importante, mas no sentido de despertar a cidadania, de construir um processo de ampliar a sua cidadania, ampliar a democracia no local de trabalho.

As CIPAs e as SIPATs são totalmente controladas pelas empresas. As SIPATs, em geral, tratam de temas que não têm nenhuma relação com o trabalho. Promovem sessões de massagem, sessões de maquiagem, de divulgação de produtos relaxantes, distribuição de brindes, etc.

Falam de prevenção ou erradicação de tabagismo, de alcoolismo, de AIDS e outros temas, sempre com foco no indivíduo, na sua força de vontade. que não tem qualquer relação com o trabalho. Algumas vezes abordam uma questão de saúde do trabalhador, mas em geral, com foco no indivíduo, como se a prevenção de acidentes e doenças dependesse dele. E



Foto: Dino Santos

se ele se acidenta ou adoecer, é porque não aprendeu a forma correta de proceder, fez alguma coisa errada e, portanto, tem culpa.

Claro que há SIPATs melhores, mas em geral, são assim. Tampouco tem participação do movimento sindical. Então, a pergunta que faço é: o fato de estar na Política Nacional quer dizer que será diferente? Tenho a impressão de que corremos o risco de consagrar mais ainda esse olhar, agora com o aval de um documento cujo teor em tese foi consenso entre trabalhadores, empregadores governo. As CIPAs como são perpetuam assimetrias de poder; as comissões deveriam ser autônomas. São raras as CIPAs que de fato discutem questões relevantes.

Conhecendo também que as tripartites são fóruns nos quais o patronato adora produzir papel e enrolar, há o risco dessa comissão tripartite ter ficado um ano meio, dois anos discutindo de reunião em reunião para produzir uma proposta da qual vai selecionar aquilo que vai cumprir. Foi o que aconteceu com a Portaria 9, do teleatendimento, anexo II da NR 17. Ficou lá. Foram colocadas várias coisas legais, que não saíram do papel inclusive porque um dos representantes patronais tem se negado a cumprir o que assinou. Isso acontece com muita frequência.

A prioridade dos nossos gestores deveria ser a de ajustar a máquina do Estado, ajustar como vai ser viabilizada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador entre si e com a participação da sociedade. Aspecto importante é avaliar em que medida o documento está em consonância com o espírito das resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Vamos implantar as

resoluções ou devemos esquecê-las? Não que o conjunto de resoluções esteja perfeito, porque ali há centenas de propostas que deveriam ser agrupadas, sistematizadas por uma relatoria como é feito em todas as conferências. Mas, me parece que esta política nacional não tem o mesmo espírito daquelas resoluções, sobretudo no que diz respeito aos princípios.

Outra idéia a ser disputada e a de que saúde do trabalhador não é importante, que o crescimento econômico é o fundamental e que o trabalhador é culpado porque se acidenta e adoecer. Essas são as idéias predominantes entre todos, inclusive entre os trabalhadores, entre profissionais de saúde, enfim na sociedade. Estas idéias não surgiram do nada, estão relacionadas com as assimetrias de poder nas relações de trabalho, reforçadas em grande medida pela Medicina do Trabalho e pela Saúde Ocupacional, modelos que, na prática, ainda estamos longe de superar. Quando falamos em Saúde do Trabalhador nos referimos, sobretudo, ao estabelecimento de princípios e diretrizes que visam instituir uma nova ética, novas práticas, que tomem como centro o trabalhador e transformação das situações de trabalho.

A superação de modelos, a passagem da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional para a Saúde do Trabalhador são, antes de tudo, opções políticas. É necessário disputar idéias, com vistas a instituir um novo campo de práticas, com forte articulação intersetorial. Para isso é preciso vencer barreiras culturais das instituições de governo. Sempre me questioneei por que não existe uma escola de seguridade social que faça um processo de discussão e capacitação no país inteiro dos profissionais do SUS, do trabalho e da previdência social. Evidentemente a

capacitação não elimina divergências, não conquista todo mundo, mas é fundamental que haja a disseminação organizada de idéias que possam desencadear novas práticas.

Outra questão importante é elaborar uma política de formação de recursos humanos, voltada às necessidades dos trabalhadores e à Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador aprovada na 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Aqui também se pode recorrer a parcerias com universidades, inclusive por meio de estágios, residências e especializações. O número de experiências neste sentido é muito pequeno.

No CEREST, em São Paulo, nós tínhamos um curso de aprimoramento de dois anos, voltado para profissionais de saúde de áreas não médicas. Havia um processo de seleção e uma pequena ajuda de custo paga pela FUNDAP. O valor era baixo. O mais significativo era propiciar o aprimoramento. Formamos em torno de 100 pessoas. Parte delas está trabalhando na área em diversos municípios do estado de São Paulo, da Bahia, de Santa Catarina, do Paraná, disseminando práticas que refletem um conceito mais amplo de saúde do trabalhador, com forte participação da sociedade. Não é a prática da Medicina do Trabalho, não é a prática da Saúde Ocupacional. Esta foi uma experiência pequena, porém, durante mais de 12 anos fizemos este processo de capacitação continuada de profissionais que tinham acabado de sair das universidades.

Este é um trabalho possível de ser feito. Se houver uma determinação do GEISAT neste sentido, fica mais fácil, mais factível. Não é preciso muito dinheiro para fazer isso. Na época em que o a saúde do trabalhador

no SUS não tinha dinheiro nenhum, vocês sabem disso, com pouco dinheiro, fazíamos muita coisa. E, parceria com a universidade não quer dizer qualquer universidade, não é com qualquer pessoa da universidade; tem que ter uma encomenda, caso contrário o produto vem torto. O GEISAT tem que encomendar exatamente o que quer, traçar perfil. Os processos licitatórios não podem ser barreiras para isso. Quem é da área pública sabe exatamente como especificar o produto que realmente deseja numa licitação. Então, é perfeitamente possível fazer um processo de capacitação para muito além da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, rompendo o círculo que perpetua estas visões.

Ontem, quando Siderlei problematizou a atuação dos centros de referência ele tem razão. A RENAST acertadamente ampliou a estruturação dos centros de referência, contudo temos que disputar idéias, garantir que funcionem segundo os princípios que defendemos. Para isso temos que ter estratégias e não é o que vem ocorrendo. A saúde não tem tido estratégia, tampouco a saúde do trabalhador.

Também temos que buscar alterações curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação. Não se fala nada de saúde do trabalhador nos cursos de graduação e pós-graduação. Os cursos de medicina ainda continuam falando da epicondilite do tenista, esquecendo-se dos milhares de digitadores, dos montadores, etc. que sofrem desse mesmo problema por causa das condições de trabalho. E na pós-graduação também. Temos que buscar introduzir o tema da saúde do trabalhador. A articulação com outras pastas de governo o Ministério da Educação, da Cultura, etc. Isso também pode ser feito em nível regional, em nível local, mas seria muito bom se fosse

a nível nacional, porque assim teríamos uma diretriz, o que é muito importante.

É preciso disseminar e aprofundar o conceito de seguridade social e, também, o papel do estado e dos profissionais de saúde, para dar sentido ao trabalho, lá na ponta do sistema. Quem está lá na ponta do sistema sofre, é difícil trabalhar na área pública, é difícil trabalhar em contato com o público. Se esta pessoa não tem idéia de onde está inserida, o que significa o seu trabalho, o trabalho dela se torna vazio. E um trabalho destituído de sentido leva ao adoecimento. A saúde é uma das áreas que mais faz adoecer seus trabalhadores. Isso é pouco avaliado pela gestão. Também na Previdência Social ocorre situação semelhante. Por exemplo, metade dos peritos se afastou no ano passado por algum motivo de doença e isso não é avaliado pela gestão sob a ótica da saúde dos servidores. As pessoas são obrigadas a fazer determinadas coisas que entram em conflito com princípios profissionais e éticos, impondo um enorme sofrimento.

Quando falamos em formação de recursos humanos, não estamos nos referindo somente de uma dimensão técnica. Falamos de uma formação técnica-política

É importante as pessoas que estão na ponta entenderem uma coisa simples, ou seja, que os acidentes e doenças do trabalho refletem a divisão internacional do trabalho, que determina a organização do trabalho, o mercado de trabalho e mecanismos de gestão que fazem com que as pessoas adoçam.

Então, não se trata apenas de consertar as máquinas, de somente colocar proteção nas máquinas. É fazer com que a proteção das máquinas de fato seja colocada e que a exigência da produtividade não faça

com que o próprio trabalhador desligue a máquina e perca a sua mão nessa máquina. Aliás, foi interessante naquele filme, Lula Filho do Brasil, quando mostra num determinado momento, o jovem Lula trabalhando e alguém pergunta “mas você vai continuar?” e ele responde “é, eu prometi não sei quantas peças” e aí perde o dedo.

Outra questão é como a de fato viabilizar ações nacionais e regionais integradas. Não adianta falar que todo mundo tem que se integrar. Tem que se promover isso, criar condições para que aconteça e acompanhar, cobrar, corrigir rotas. Estamos acompanhando o desenvolvimento de uma experiência de trabalho conjunto de reabilitação profissional entre o SUS e o INSS na cidade de Piracicaba, em São Paulo, com a participação do Trabalho e do movimento social. Não é um processo fácil, mas além de se conseguir um local onde as equipes possam trabalhar conjuntamente uma etapa do processo de reabilitação profissional, vive-se um processo de harmonização de conceitos, e não se trata apenas de juntar um grupo de pessoas. Há conceitos distintos nas diferentes instituições e para trabalhar em grupo eles precisam ser compatibilizados. Precisamos criar redes de referência de especialidades e regionalizar a atuação na vigilância em ambiente de trabalho com programas comuns que envolvam a Saúde e o Trabalho.

Também é necessário criar redes regionais de referências de especialidades, envolvendo a Saúde e o INSS para integrar assistência e perícias. Os peritos do INSS não têm referência de especialidades. Já se apontou várias vezes a necessidade de se formar, pelo menos, uma rede referência de Psiquiatria, de Ortopedia e outras

especialidades mais exigidas e de difícil domínio para os médicos em geral.

A integração e otimização de recursos e procedimentos entre a Saúde e o INSS para perícias seria também uma diretriz importante. Como o SUS atende a maior parte dos trabalhadores acidentados este atendimento deveria significar concomitantemente a primeira perícia, valendo para fins de concessão de benefício e, depois, a partir da segunda perícia seria feita pelo INSS. Isso é o que nós chamamos de SABI-SUS. Por que não se faz isso se já houve tantas discussões a respeito dessa proposta? Por que não se consegue? Porque há uma enorme resistência do INSS e o gestor acaba se curvando a ela.

Definir critérios de incapacidade com base na CIF, Classificação Internacional de Funcionalidade. Tão complicado isso? É complicado sim, mas acho que temos que comprar essa briga.

Somos capazes de desenvolver programas integrados de reabilitação profissional, com equipes integradas e interdisciplinares, com pessoas que, de fato, saibam fazer reabilitação profissional e não com pessoas que tradicionalmente fazem errado por não entenderem nada de trabalho. Não é possível fazer reabilitação profissional descolada do trabalho. A reabilitação profissional deve mudar o trabalho. Isso um hospital de clínicas, por melhor que ele seja, não sabe fazer. Ele sabe fazer órteses e prótese, é nosso parceiro para reabilitação profissional na etapa de melhoria clínica, na etapa de diminuição da incapacidade e prevenção da desvantagem.

Na gestão pública, deve haver um “casamento” entre as prioridades técnico-políticas e os indicadores de desempenho

coletivo e individual dos profissionais. A gestão pública tem que contemplar vários itens relativos à qualidade do serviço prestado, além da diminuição das filas. No caso da Previdência Social, há evidências de que há uma diretriz de se restringir a concessão de benefícios. Tenho depoimentos de peritos que relatam perseguições por parte de chefias, com remanejamento interno para aqueles que extrapolaram a média de limites de benefícios estabelecidos para as agências do INSS como um todo.

É importante também articular uma política de comunicação, por meio de redes alternativas de mídia que tenham um enfoque crítico. Qual é a comunicação que os nossos setores fazem com as redes de comunicação? É verdade que a Rede Globo, a Folha de São Paulo e outros veículos são contrários, do ponto de vista ideológico, ao nosso projeto, mas temos muitos recursos como, por exemplo a internet. Também é importante responder, se contrapor. Por exemplo, quando um Tom Cavalcanti, aquele comediante, começa a falar mal do SUS, tem que ter uma carta do ministro ou uma ação civil que se oponha a este tipo de informação, a esse tipo de conduta, que claramente tem o objetivo de debochar de uma coisa séria e ajuda a reforçar a idéia de que “o que é público é ruim e é para pobres”.

É preciso colocar o dedo na ferida das políticas institucionalizadas pelos três ministérios, ou seja, Saúde, Trabalho e Previdência Social. Por exemplo, no âmbito do Trabalho precisamos problematizar práticas e vários aspectos das NRs – Normas Regulamentadoras que não protegem a saúde do trabalhador. A maioria das NRs foram feitas por gente que tem um conceito

técnico e descontextualizado do trabalho e que pensa como empresa. Nestes 8 anos de governo Lula, não conseguimos problematizar estas questões. Continua predominando o saber técnico, que desconsidera totalmente a macroeconomia, o mercado, a organização do trabalho, a experiência prática, o saber do trabalhador, que é quem efetivamente conhece as situações de trabalho.

Por exemplo, para que serve o PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional? Um monte de papéis que só serve para defender a empresa, para que ela diga nos processos judiciais e nos processos administrativos do INSS que a situação de saúde dos trabalhadores está sob controle, descaracterizando qualquer problema de saúde. E o PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais como é feito? Eu já vi milhares de PPRA em atividades de vigilância em ambientes de trabalho. Na verdade, são montes de papéis, de documentos validados por técnicos, pelo conhecimento “científico” para defesa das empresas. Tanto o PCMSO como o PPRA são utilizados frequentemente nas contestações das empresas para descaracterizarem onexo causal nos casos de nexotécnico epidemiológico. Atuam contra os direitos dos trabalhadores.

Entre os profissionais que produzem esses documentos estão os médicos. Esse papel de desconstrução de direitos dos trabalhadores não é tratado pelas corporações médicas. Também a CUT não consegue incorporar os sindicatos dos médicos de sua base nessa discussão. Eu nunca vi os sindicatos dos médicos nas atividades de saúde do trabalhador promovidas pela CUT. Conforme foi dito ontem, quando é discutido o sistema de saúde, os médicos são tratados de forma

diferente e isto ocorre no SUS, no movimento sindical. No INSS, então, os médicos peritos não são questionados em suas condutas, mesmo que haja evidências de erros! No SUS o sistema é médico-centrado. Na verdade, aproveitando a piada famosa de que metade dos médicos acha que eles são deuses e a outra metade tem certeza, não se conseguiu alterar o status dos médicos de deuses ou semideuses.

Acho que a CUT deveria fazer um debate sobre saúde do trabalhador, sobre ética profissional, com os sindicatos dos médicos, para discutir e compreender a quem realmente eles estão representando, o que estão fazendo. Já vi muitas posições corporativas dos médicos que não atendem aos interesses coletivos.

Da mesma forma os outros técnicos, atuam em saúde e segurança para administrar os problemas da empresa. Isto tem origem no século 19, na primeira metade do século 19, quando foi criado o primeiro serviço de medicina do trabalho, que foi o embrião do SESMT – Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, criado explicitamente, para proteger a empresa. Depois a OIT incorporou, tentou dar uma nova roupagem, mas continua o cerne da questão que é realmente a administração da segurança e saúde do trabalhador na ótica e interesses da empresa. Os profissionais de saúde acabam sendo os algozes do trabalhador; prestam-se a ser as bases técnicas, os braços técnicos dos interesses das empresas.

Limite de tolerância é outra coisa que temos que discutir. Segundo a NR 15, “entende-se por ‘Limite de Tolerância’, para os fins desta Norma, a concentração ou intensidade máxima ou mínima, relacionada com a natureza e o tempo de exposição ao agente, que não causará



dano à saúde do trabalhador, durante a sua vida laboral.” Ou seja, a norma estabelece que quando no ambiente há substâncias em quantidade acima de determinados limites a pessoa está exposta e em perigo, abaixo desses limites não está exposta, portanto não haveria perigo. Quem disse? Estes parâmetros são utilizados pelos engenheiros de segurança, pelos médicos do trabalho e técnicos de segurança para isentar a empresa dos adocimentos no trabalho.

Na área da Saúde é preciso resolver os “nós” culturais, de financiamento e de modalidades de gestão do SUS. A cultura do SUS ainda não absorveu a saúde do trabalhador. É uma área que continua sendo marginal, que ainda não conseguiu entrar nas ações de saúde como um todo.

Como eu disse, não tem política de formação de recursos humanos. É preciso formar quadros para os 160 centros de referência em saúde do trabalhador e para atenção básica, incluindo o PSF – Programa de Saúde da Família. Como hoje há dinheiro da saúde do trabalhador, existe certa disputa pelo gerenciamento dessas coisas. Então, temos que estar atentos e ter estratégias de formação.

É necessário implementar a Portaria 777/2004 que estabelece a notificação compulsória de onze grupos de agravos à saúde do trabalhador, a saber: Acidente de Trabalho Fatal; Acidentes de Trabalho com Mutilações; Acidente com Exposição a Material Biológico; Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes; Dermatoses Ocupacionais; Intoxicações Exógenas (substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares

Relacionadas ao Trabalho (DORT); Pneumoconioses; Perda Auditiva Induzida por Ruído – PAIR; Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho e Câncer Relacionado ao Trabalho.

As prioridades do SUS ainda não incluem a saúde do trabalhador. Recebi em casa, via correio, um protocolo com DVD do Ministério da Saúde para dizer como eu devo fazer um diagnóstico de hepatite C. Na nossa área os protocolos de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho continuam pouco conhecidos. A notificação dos agravos em saúde do trabalhador é vista como uma notificação de segunda classe. Nem as vigilâncias as incorporam como prioridade.

A ampliação da participação e do controle social dos SESMT's é outro ponto estratégico. Afinal, se são serviços de saúde estruturados em empresas que estão no âmbito dos municípios, deveriam ser alvo da fiscalização e controle do SUS. Os SESMT's deveriam prestar contas do que fazem ao prefeito e às instâncias de controle social do SUS. Os secretários de saúde e a sociedade têm responsabilidade sobre o que acontece dentro das empresas, já que fazem parte de seu território.

Já na Previdência Social é preciso desmontar a máquina de roubar direitos que existe lá. Ontem foi falado de empulhação contábil, aqui eu digo: roubar direitos. A COPES, conhecida como programa de altas programadas, tem como fundamentação o corte de custos. Há um documento de um pesquisador do IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, que descreve um mecanismo de redução de prolongamento de benefícios por incapacidade, que é o que o INSS tem feito por meio da COPES.

A desconstrução de direitos ocorre por meio de instruções normativas, ordens internas “secretas”, protocolos de incapacidade “secretos”, documentos “balão de ensaio” (Ex.: coerção para que o segurado abra mão de direitos, exemplo, auxílio-acidente para concessão de aposentadoria por tempo de serviço), sistema informatizado com viés, etc.

Recentemente vi em uma agência do INSS “inventarem” um provável balão de ensaio: para ter aposentadoria por tempo de serviço o segurado foi intimado a assinar um papel dizendo que abria mão do seu auxílio acidente conquistado em 1998, quando ninguém tem que abrir mão de direito. Se o INSS quiser, que corte e aí o segurado tem como recorrer na justiça, porque há um entendimento dúbio, ambíguo, sobre essa questão.

Outra forma de roubar direitos dos trabalhadores é a descaracterização do Nexo Causal com uso de documentos pagos e encomendados pelas empresas, entre eles, o PCMSO e o PPRA, que já abordamos, o PPP- Perfil Profissiográfico Previdenciário e outros. Então, na verdade, é o trabalhador, coitado, quem deve provar que adoeceu por causa do trabalho, mesmo com a adoção do Nexo Técnico Epidemiológico, que foi a coisa mais importante que houve na Previdência.

Muitos nexos causais estabelecidos pelo critério epidemiológico estão sendo descaracterizados pelo PCMSO, PPRA e PPP, documentos produzidos pelas empresas que o INSS aceita prontamente como defesa delas.

Na Previdência tem interessado tão somente à gestão o que interessa a uma seguradora. Os impactos de medidas importantes não são avaliados na perspectiva de se ampliar

a cobertura de um sistema de seguridade social. Por exemplo, não há um balanço público do resultado da implantação do NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico . Ninguém, por exemplo, sabe quantos NTEPs foram descaracterizados e por quais motivos essas descaracterizações ocorreram. Será que houve motivos reais e eles justificariam as descaracterizações? Ou será que elas ocorreram sem qualquer argumentação convincente por parte das empresas e teriam que ser objeto de discussão com os peritos para que fosse assegurada a política de interesse público? Essa ausência de avaliação foi cobrada inúmeras vezes.

Além disso, não se coíbem as situações de conflito de interesses. Absurdamente, há vários peritos que são médicos de empresa também. Então, a quem estes senhores servem? Estão a serviço de quem? Nós temos várias denúncias neste sentido. O INSS não fornece informações de interesse coletivo e individual e fica tudo por isso mesmo, ou seja, o ônus é para o segurado. Comum também é a solicitação à empresa da data do último dia trabalhado por meio do trabalhador. Se por acaso ele estiver em litígio com a empresa, ela não fornece e o trabalhador não recebe o benefício. É uma trajetória de humilhações. O trabalhador vai ter que implorar, porque está lesionado, doente, numa condição inferiorizada dentro da empresa, porque o INSS não faz essa solicitação diretamente à empresa; o faz erroneamente pelo trabalhador.

Um outro aspecto danoso dentro do INSS é o sistema informatizado que permite apenas um CID principal e outro secundário, o que prejudica a avaliação de incapacidade, que geralmente decorre de vários elementos e formas de adoecimento que não são

registrados Além disso, o sistema permite apenas um pedido de reconsideração. Isso não está escrito em nenhum lugar, mas o sistema impõe isso. Também não há controle de qualidade dessa perícia. Há várias doenças profissionais em B31, ou seja, como doença comum, a silicose, por exemplo. Estou falando de doenças que indubitavelmente são relacionadas ao trabalho, pois são de presunção absoluta. Estas e outras situações já foram exaustivamente apontadas ao INSS, sem qualquer resolução.

No INSS predomina uma visão que trata o segurado como suspeito, como um fraudador, que é visto, inclusive, como alguém que pode agredir aos peritos. Isto explica as barreiras e rotas de fuga colocadas nas agências do INSS a pedido da corporação médica. Nos cursos dados aos peritos esta visão é reiterada. Aliás, os cursos de capacitação dos peritos foram feitos pelo INSS em parceria com a Associação Nacional dos Médicos Peritos, ao invés de serem feitos pela Escola de Previdência Social.

A formação dos peritos é totalmente deturpada, fundamentada em uma visão preconceituosa, contra os trabalhadores, em ordens internas que contrariam as leis, em dispositivos normativos que têm objetivo de corte de custos, em parceria com corporações em detrimento dos interesses coletivos

Aqui em São Paulo, Lino, você sabia que há um perito que, junto com um colega da Sociedade Paulista de Medicina do Trabalhador, montou um curso de especialização em perícia médica, e tem utilizado sua posição dentro da instituição para percorrer as gerências executivas e usá-las como “postos de venda” desse curso no Estado de São

Paulo? Claro que isso não é formal.”

Outro ponto a ser discutido é a exigência de indicadores de desempenho incompatíveis com perícias criteriosas. Quer dizer, exige-se um monte de coisas, menos a qualidade da perícia que nos interessa.

Sintetizando: a política de Estado exige rompimento efetivo com o princípio da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional; deve assumir efetivamente o conceito de Saúde do Trabalhador, que toma o trabalhador como ator, como sujeito e não como objeto das ações em saúde e, neste contexto, o efetivo controle por parte da sociedade, o efetivo exercício do controle social.

Se não houver esse rompimento, continuará predominando o interesse das empresas dentro das instituições públicas. Desenvolvimento sustentável pressupõe mudar a lógica do país. Não é um processo fácil; se fosse fácil não estaríamos aqui discutindo. O Estado é responsável pelo território, pelas tecnologias e processo de trabalho e pelos acidentes e doenças. É necessário exigir a substituição da mesa redonda pela mesa quadrada, com o Estado na cabeceira da mesa, saindo das quatro paredes e fazendo o debate público, para um efetivo controle social, com transparência institucional, sem ordens internas secretas. É necessário extirpar a cultura anti-povo e conservadora da estrutura pública e dos dispositivos legais e inverter a máquina a favor dos direitos do cidadão. Deve haver respeito às leis e aos direitos de cidadania. Temos que resgatar aquela fala do Artur Henrique em relação à jornada de trabalho, de que não queremos viver para o trabalho, queremos qualidade de vida.

# O desafio da intersetorialidade das políticas de saúde do trabalhador: Visão do Ministério da Previdência Social

## Domingos Lino

*Diretor Adjunto do Departamento de Saúde e Segurança Ocupacional do Ministério da Previdência Social; Especialista em Prevenção e Proteção de Riscos Laborais*

**E**ste é um momento interessante para o debate. Em primeiro lugar a CUT está de parabéns por organizar a discussão no sentido de se posicionar sobre o tema seguridade social frente ao processo eleitoral.

Para aqueles que não me conhecem, sou o Lino. Estou atualmente no Ministério da Previdência Social, sou diretor adjunto do Remígio Todeschini, em uma diretoria chamada de Diretoria de Saúde Ocupacional. Não se preocupem com o nome, saúde ocupacional.

No nosso caso, enquanto governo e Previdência, saúde ocupacional. Por quê? Simplesmente porque constitucionalmente não pode haver duplicidade de nome entre órgãos. Temos Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde e temos Saúde e Segurança no Trabalho, no Ministério do



Foto: Dino Santos

Trabalho, no Ministério da Saúde e sobrou para nós Saúde Ocupacional. Aqueles que nos conhecem, sabem muito bem que o conceito por nós defendido é o de saúde do trabalhador, tanto que no INSS foi criada recentemente a Diretoria de Saúde do Trabalhador. Então esse é o primeiro registro. Isso é algo um tanto superado. Quero eu acreditar que para o movimento sindical e, principalmente, para CUT há um conceito único que é o conceito de saúde do trabalhador.

Quero dizer que nada continua como era antes. É necessário entendermos os avanços ocorridos durante o Governo Lula

e as dificuldades havidas neste processo. E, aí sim, aquilo que eu dizia lá atrás em 2002 entre o primeiro e o segundo turno em um debate sobre os possíveis percepções que a sociedade ou que os trabalhadores almejavam de um Governo Lula.

Primeiro, seria um engano pensar que seria um governo dos trabalhadores, um governo só para os trabalhadores, pois seria um governo que ia do Zé ao Zé. E aí fica fácil a gente entender as dificuldades do processo. Por outro lado, o próprio companheiro Lula, e aí vocês vão se lembrar de algumas das suas falas: uma no encontro com dirigentes sindicais em 2002 “tirem a bunda das cadeiras e vão para as ruas” E, depois, por ocasião da manifestação dos ruralistas, a ocupação da Esplanada com tratores. O que ele disse? Que a pressão social ela é legítima e necessária. Ou seja, os empregadores, o capital, sabem muito bem como e pagam muito bem os seus lobbys, já os trabalhadores quais são as suas ferramentas? Então o ir às ruas é algo que deve estar na agenda permanente do movimento sindical.

A outra questão que me perguntavam lá em 2002, entre o primeiro e o segundo turno, era o que mudaria em relação ao partido, em relação ao PT, à época. Eu disse que em relação ao partido muita coisa iria mudar, como mudou. E, em relação ao movimento sindical, principalmente à CUT, não deveria mudar nada, ou seja, a CUT deveria continuar sendo uma entidade sindical aonde o poder de pressão, o poder de negociação deveriam estar sempre presente e que não deveria ser uma correia de transmissão, digamos, diretamente entre governo e movimento sindical. A história nos conta. Quem

conhece, quem leu alguma coisa sobre México, sobre Argentina, sobre o Uruguai, sobre o Paraguai, sabe perfeitamente do que eu estou falando.

Feita essa observação inicial, quero dizer que estou muito contente por dois motivos: um é de poder estar aqui e retornar a essa casa que foi a terceira sede da CUT. A primeira foi no meu sindicato lá no ABC, a segunda próximo ao Metro Santa Cruz e a terceira aqui nesse edifício, Edifício Martinelli. Outro motivo de estar contente é que com todos os problemas, com todas as dificuldades, de certa forma, estou conseguindo cumprir aquilo que era a minha missão quando saí da CUT em 2003 e fui ao governo.

Eu saí da CUT em 2003 com uma missão que era a de ajudar no processo de construção da tão sonhada Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Durante esses oito anos de governo, estive no primeiro mandato na Secretaria de Inspeção do Trabalho - SIT, no Ministério do Trabalho e Emprego onde iniciamos a discussão sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Após 4 anos de discussão foi elaborado um documento, uma colcha de retalhos publicada pela Portaria 800. Isso foi possível no processo de negociação e foi em cima desse documento que pautamos a discussão na Comissão tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho CT-SST.

Mas, ao falar em Política Nacional de Saúde do Trabalhador, o objetivo da nossa discussão aqui enquanto Seguridade Social, que é algo muito mais amplo, é interessante aproveitar as oportunidades também para a discussão. Vai ocorrer

esse ano, sediada aqui no Brasil, uma Conferência Mundial de Sistemas Universais de Seguridade Social. A CUT participa na Comissão Organizadora desse evento. É interessante se preparar, se bem que a etapa nacional já aconteceu no mês de dezembro/09, mas preparar os seus delegados para esta conferência.

Mas, ao falar em saúde do trabalhador ou seguridade social, temos que incluir tudo aquilo que a Maeno colocou aqui, desde a atenção até a ponta final do outro extremo que é a reabilitação. Então, começa lá no início, com a atenção, promoção, prevenção e passa pelo estabelecimento de critérios para reconhecimento, afastamento, retorno ao trabalho, pagamento de benefícios até a reabilitação e reinserção. Todos nós temos claro que quanto antes a gente intervir nessa linha das ações, melhor para toda a sociedade. E, aí falando enquanto previdência, afirmo que não é uma mera questão econômica, mas vocês vêem que o custo anual de aposentadorias especiais mais os benefícios acidentários é algo que supera os 50 bilhões. Esse dinheiro poderia estar sendo usado em ações dentro da área de Seguridade Social. Este é o debate para o qual vocês podem apontar possíveis saídas na construção dessa política, possíveis propostas que vocês poderão encampar e defendê-las futuramente.

Ao discutirmos seguridade social e a saúde do trabalhador, nós não estamos discutindo medicina, saúde ocupacional ou apenas ambiente de trabalho. Nós estamos discutindo algo muito maior que vem, inclusive, a partir do modelo de desenvolvimento, que é uma questão muito mais ampla.

A primeira discussão: que ministérios estariam envolvidos nisso? Ora, um conjunto enorme de ministérios falando do lado governamental, e do lado da sociedade um grande número de instituições e principalmente de sindicatos de trabalhadores. Porém, o que temos visto historicamente compondo a seguridade social, numa visão clássica, os ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social.

É lógico que para discutir de forma mais ampla temos que discutir, por exemplo, modelos de organização e de contratação. No debate sobre desenvolvimento há que se envolver ainda um conjunto de instituições como o Ministério da Agricultura, Ministério da Indústria e Comércio, do Desenvolvimento Social, do Meio Ambiente... É óbvio que, enquanto governo, discutindo apenas com o clássico, a gente já tem problemas demais, então imaginem juntar todo esse conjunto de ministérios.

É só lembrar a discussão por mim coordenada sobre amianto. À época nós tínhamos oito ministérios. Qual foi a decisão final? Sem decisão, sem um consenso. Por quê? Porque tinha de um lado Saúde, Trabalho, Previdência e Meio-Ambiente com uma posição firme em relação à substituição progressiva, mas por outro lado você tem Indústria e Comércio e o Ministério de Minas e Energias com a posição totalmente diferenciada, e as relações Exteriores e Casa Civil, sem pronunciamento.

Então, analisando esses três ministérios e as ações sob responsabilidade institucional vemos algo interessante, porque eu

costumo dizer o seguinte: eu vivo já meio cansado, para não dizer outro termo, de participar de debates sobre a política nacional em que chegam os companheiros da saúde e dizem “porque o Artigo 200 da Constituição diz que “competem ao SUS...” esquecendo de complementar com o disposto “colaborar...” Então, se esquece a expressão “colaborar” e enfatizam só o que “competem ao SUS a...”

Em seguida vem os companheiros do trabalho dizem “porque a CLT e a Constituição...”, “porque os regulamentos...”, “porque as portarias...”, “diz que compete e unicamente aos auditores do Ministério do Trabalho a fiscalização”, ou seja, entrar no ambiente de trabalho.” E por aí segue o bonde. Quer dizer, esses argumentos até que ponto ajudam no processo de superação do modelo atual? Este é um importante tema para discussão que nós temos que fazer, ou seja, como superar.

Então, vamos pegar a Saúde, que é quem tem a maior permeabilidade, a maior capacidade, a maior capilaridade e digamos assim, quando falamos em algo que nós pensamos ou queremos enquanto trabalhadores, pensamos nos companheiros do SUS, presentes em todos os cinco mil e cacetadas de municípios. Estes companheiros não poderia ser capacitados para fazerem vitórias nos ambientes de trabalho?

Na área Trabalho, além da fiscalização existe também todo o processo de normatização. Isso é um debate antigo que nós fazíamos no Ministério do Trabalho, e eu me perguntava se é razoável ou não. Mas, também me perguntava se

é interessante para quem fiscaliza, normatizar. Uma pergunta interessante, não é? Porque hoje quem normatiza e fiscaliza é a SIT - Secretaria de Inspeção do Trabalho. Essa é uma questão interessante, para vocês debaterem.

O que fazer com o processo de normatização, qual o papel da Fundacentro? Eu até dizia para o Messias que há um documento da de 1990, início de 2000, relativo a toda aquela série de eventos feitos no país para discutir o que queríamos da Fundacentro. Esses dias eu perguntei no Conselho da Fundacentro o que aconteceu com este debate. Não me responderam. Procurando esses dias em meus back-ups de documentos da época, encontrei um documento que foi fruto de conversas nossas na CUT, inclusive com o pessoal mais avançado da Fundacentro, com resumo do que queremos para a Fundacentro. Vou repassar para vocês, porque é uma discussão que tem que ser feita. Enquanto instituição de estudos e pesquisas em relação à qualificação, a formação e capacitação permanente e a estudos e pesquisas, é importante que seja definido de forma clara que papel cabe à Fundacentro, inclusive no que tange à normatização.

Ainda falando em fiscalização, eu peço licença para puxar a orelha de vocês. Tem-se colocado, inclusive em diversos debates, essa questão e a resposta tem sido um tanto pífia. Então, eu pergunto vocês: alguém daqui já ouviu falar em Comissão de Avaliação e Acompanhamento da Inspeção do Trabalho - CCIT? Quem já ouviu? Uma, duas, três pessoas. Isso é fruto, meus caros companheiros(as) de todo um processo de conhecimento da informação,

ou seja, conhecer para intervir. O que é isso? Eu me lembro que na época do ministro Berzoini, eu preparei e discuti essa proposta com ele. O Berzoini assinou a portaria, mas observou que eu era um sonhador porque a comissão proposta não despertaria o interesse do movimento sindical.

Pois bem, a Portaria n 216, de 22 de abril de 2005, cria Comissão de Colaboração com a Inspeção do Trabalho CCIT e determina que, cada Delegacia Regional do Trabalho deve compor uma Comissão de Avaliação e Preparação e Planejamento da Inspeção do Trabalho e que deveriam participar desse processo, no primeiro momento da avaliação, os sindicatos e categorias preponderantes na região. E quantos companheiros sabem? Dois ou três companheiros. Funciona ou não? Isto outra história, porque depende daquilo que eu disse no início: do nosso poder de conhecimento e pressão.

Estas são algumas questões que precisamos estar atentos, porque muitas vezes a gente cobra, bate, só que na hora de exercer aquilo que tanto cobramos que é a participação e controle social as pessoas não fazem. Tenho uma leve impressão de que aquilo que eu disse a vocês no início, em relação ao que deveria ou poderia mudar no partido e nos sindicatos de que alguns companheiros achavam pelo fato de ter determinados companheiros e companheiras, fulanos e fulanas, no governo todos os problemas estariam resolvidos, o que não é verdade.

Nesse processo todo, algumas coisas avançaram, mas mesmo assim apanhamos que nem gente grande. Muita coisa tem

que mudar, mas, uma coisa é aquilo que eu quero, que eu espero, aquilo que defendemos e outra coisa é fazer isso valer. Quando saí da CUT em 2003, próximo a realização do 8º CONCURTO, pensávamos que construir a política de SST seria algo fácil. Passou o primeiro mandato, estamos no segundo apagando as luzes e ainda bem que conseguimos aprovar na CT-SST no último 23 de fevereiro.

Quando cheguei ao governo qual foi a minha posição? Tínhamos duas possibilidades: uma era pegar tudo aquilo, todo o acúmulo - eu sou "novinho" na área, pois comecei em 1980 nesse processo todo de construção do SUS, junto com vários outros companheiros, tanto da academia como dos movimentos sociais e de sindicatos, - então, chegando lá, disse que a primeira proposta era de publicar o Decreto e depois fazermos as devidas avaliações e correções, ou, a segunda proposta era de abrir os debates e, conhecendo nosso povo, a posição foi de abrir para o debate. Abriram-se os debates e estamos debatendo até hoje. Isso nos ensina o quê? Que tem determinadas situações que às vezes é muito melhor você "canetar" e ir para o debate depois. Isso é um exemplo claríssimo.

Entrando, agora na Previdência, digamos assim, cada um faz a sua crítica. O pessoal do INSS o que diz? Tem um amigo nosso que inicia sua fala em debates dizendo que quando a questão chega para nós (INSS) é porque alguém falhou. Ora, são deveres constitucionais, inclusive, da Saúde a atenção, promoção, ajudar na prevenção, tratamento ou o anterior a ele que é a quem cabe a prevenção, a fiscalização,



que é o Trabalho e ninguém fez nada, o trabalhador se acidentou e agora sobra para nós pagar a conta. Belo discurso, mas é necessário, no mínimo, contextualizá-lo.

Então pegando do meio para a frente, em relação ao estabelecimento de critérios para reconhecimento, afastamento e retorno ao trabalho foram feitas várias críticas, não é? Agora, é necessário entender também a cabeça de quem está lá e de como foi construído aquilo. São decisões políticas que não adianta ser apenas no âmbito Previdência Social. Tem que ser no âmbito de política de Estado, no âmbito legal de Seguridade Social. Na cabeça do nosso povo o INSS é seguradora e isso vocês conhecem muito bem!

Vale aqui aquela máxima de que o caixa tem que fechar. E, como fechar? Ou cobra-se mais ou se reduz segundo diversos critérios. Esta discussão também temos que fazer com seriedade, porque para a conta fechar ou o governo põe dinheiro ou rediscute as alíquotas de contribuição. E, falando sobre Previdência no geral, como funciona isso? A geração que hoje está contribuindo e o filho que começar a trabalhar agora, vai estar contribuindo para garantir a nossa aposentadoria de amanhã. Como é hoje quando se fala em investimento? É uma discussão que temos que fazer, mas fazer de forma séria. Porque esse caixa tem que fechar. Se vai aumentar a idade, se vai aumentar tempo de contribuição, essa é uma discussão que tem que ser muito bem feita.

Na área de Saúde do Trabalhador, a concessão de benefícios, tudo aquilo que vocês colocam sobre os critérios e a forma como isso é implantado, sem dúvida, cabe

uma discussão com a sociedade. Quando eu digo que algo mudou em relação à maioria das críticas que se fazia em relação à Previdência Social, é óbvio que vocês podem dizer que Previdência é uma coisa, INSS é outra e quem manda, quem tem o poder é a Previdência Social. Alto lá! Sabemos como é que funciona isso! Daí a necessidade de se organizar e intervir de forma organizada.

Ninguém mais do que nós tem insistido na necessidade de que ao preparar qualquer diretriz para estabelecimento de critérios para concessão de benefícios, isso possa ser feito por um grupo de trabalho, seja aberto consulta pública, mas a dificuldade é enorme. O máximo que conseguimos até hoje foi publicar para consulta pública. Desta forma, este é um tema que vocês devem discutir e encaminhar vossas propostas.

Ao falarmos sobre CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, por outro lado, como dizia um ex-presidente do Corinthians “é uma faca de dois legumes” a CIF é ótima, se utilizada para estabelecer funcionalidade e acessibilidade, mas também pode ser um restritor para critérios de pagamento de benefícios. Se eu trabalhar com toda a funcionalidade, modifico aquilo que os peritos avaliam que é a incapacidade, porque tecnicamente é avaliado se existe incapacidade ou não. E não é qualquer incapacidade, é assim que funciona. Vou contar a historinha de uma enfermeira. Esse é outro debate interessante que vocês têm que ter muito claro para poder intervir com qualidade.

A enfermeira, jovenzinha, vinte e poucos anos, recém-formada, chega ao hospital e

terá por atividade empurrar macas, fazer o traslado, transporte de pacientes de um ambiente para o outro e mais outras coisinhas constantes da ocupação dela. Depois de 10 anos empurrando macas o que é que acontece? A companheira tem uma dorsopatia, tem uma lesão entre L5, L4. O que acontece? Não pode mais empurrar maca. O que é que o empregador faz? Diz: você é uma invalida. Joga para o INSS. Chegando lá, o nosso perito o que faz? Faz uma avaliação e devolve para a empresa dizendo que não há incapacidade para o trabalho. Tem alguma coisa errada aí? Sim, tem, depois a gente vê. Mas o que acontece então nesse momento? Junta o dono do hospital, os seus acionistas e, muitas vezes, o movimento sindical para dizer que o perito é um puto: “veja o que aconteceu, a senhora é uma incapaz e eles estão te mandando de volta para o trabalho.”

Essa é a realidade nua e crua. O que acontece então? O que o nosso perito deveria fazer? Dizer no ato, e comunicar a empresa e para aquela segurada “olha, a senhora realmente tem uma lesão, existe uma incapacidade parcial para o trabalho; a senhora não pode mais empurrar maca, mas a senhora pode fazer administração de medicamentos, administração hospitalar.” Não é essa a realidade? Aquela companheira é incapaz? Algo que mexe, inclusive, com o brio das pessoas. O termo incapacidade, primeiro, já é algo discriminatório. É isso que acontece. Então, deveria ter sido feito isso e os nossos companheiros dirigentes sindicais o que deveriam fazer? Garantir o retorno ao trabalho àquela companheira. Garantir que os postos de trabalho e as atividades

sejam feitos de forma a não gerar mais esse tipo de lesão aos empregados e cobrar de quem gerou essa incapacidade e não fazer o que é feito hoje.

Vocês percebem como a nossa política anda errada também? É fácil a gente jogar para o INSS, meter o pau nos peritos, que não é um universo de santos, não tenho procuração deles para defendê-los, mas essa é uma questão que a gente vê e para a qual necessitamos preparar propostas visando a melhoria no atendimento e concessão.

Outra questão é COPES (Alta Programada). De cada debate que participo aparece a “bendita” alta programada e, neste debate, apanhamos do empregador e dos trabalhadores. Embora alguns digam que objetivo principal era gerenciar custos, um dos objetivos principais era fazer com que todos os segurados passassem pela perícia, todos, indistintamente. Os argumentos dos trabalhadores sobre alta programada a Maeno de certa forma já colocou aqui. Mas, daí eu ouço o empresário dizer o seguinte :

*“... não, porque eu tenho uma empresinha que tem 30 funcionários e lá eu tenho o Zé, que é o meu braço direito e está lesionado, porque num final de semana foi jogar bola e se lesionou feio. Na segunda-feira, para colaborar, o Zé diz que foi acidente de trabalho. Um erro, fraude, porque não foi. Aí, o Zé foi ao médico e o perito deu seis meses de afastamento para ele e, eu, empresário, precisando do Zé na empresa. Como eu sei como funcionam as coisas, eu fui até a casa do Zé ver se o Zé poderia vir me ajudar. Só que quando eu chego à casa do Zé quem me recebe é a mulher do Zé, que diz que o*

*Zé não está, porque o Zé está trabalhando, fazendo bico”.*

Esse é o argumento de empregadores que eu tenho ouvido nos debates. O que sempre digo sempre para o meu amigo Messias e Dary é que essa discussão sobre Alta Programada tem que ser qualificada. Veja Messias, temos que qualificar de forma que encontremos uma saída para as duas coisas. Muitos companheiros às vezes desqualificam o debate e chegam a afirmar que: “é, o Lino está dizendo que tem fraude e chamando o trabalhador de fraudador.” Não é essa a questão.

Tecnicamente 25% dos benefícios são fruto de fraude. Em setembro do ano passado, em Santos, três quadrilhas foram presas e quem as comandava?, ex peritos, servidores do INSS, e a terceira era comandada por sindicato, de empregadores? NÃO. Não sou eu que estou dizendo que há fraude. Chegam ao ponto de, pasmem, internar uma pessoa por 20 dias em uma clínica psiquiátrica para garantir a concessão do benefício. Então, gente não dá para generalizar, porque há situações e situações.

Bom, em relação à reabilitação, estamos com um projeto piloto aqui em São Paulo muito interessante. Amanhã, inclusive, tem reunião desse projeto-piloto. Este projeto está dentro daquilo que sonhamos na política nacional do trabalhador, pois ele envolve a Saúde e o Trabalho, tanto no âmbito federal como estadual, como as Secretarias de Estado de Defesa das Pessoas com Deficiência, da Saúde, e do

Trabalho. Está sendo desenvolvido em algumas cidades do Estado de São Paulo, em quatro ou cinco cidades, envolvendo também algumas ONGs tipo a AVAPE - Associação para a Valorização de Excepcionais e também o SENAI.

Por quê? Quais são as ações de reabilitação, se antes era em um único ministério? Vieram as reformas e que temos na reabilitação profissional? propriamente dita, a formação e qualificação profissional, a reabilitação física e psicossocial, órtese e prótese e qualificação e reinserção. E aí fica cada um discutindo no seu próprio umbigo se isso a mim compete, ou não compete. Neste jogo, quando alguma coisa me interessa compete unicamente e exclusivamente a mim e quando me não interessa empurro para o outro...

Vamos ao debate de competências. Compete ao Trabalho a questão de formação, qualificação e reinserção e isto está alocado na SPPE - Secretaria de Políticas Públicas de Emprego. À Saúde a reabilitação física e psicossocial. E aí como é? “Não, veja bem, o SUS ele é universal.” Primeiro a discussão da universalidade, me desculpem posso estar errado, mas é uma interpretação burra, porque quando a gente fala em igualdade precisa tomar cuidado com esse critério de igualdade, porque a igualdade não é algo horizontal. Tem determinadas situações em que se você tratar pessoas de forma iguais você gera desigualdade. E a discussão da universalidade ela é colocada de que forma? Por exemplo, a fila para

transplantes, você entra na fila e a segue ou lá na fila diz que crianças com risco de vida furam a fila?

Como se faz para discutir, dentro da política nacional, se nós estamos trabalhando a questão do atendimento da reabilitação física e psicossocial de trabalhadores, o que aconteceria? A grande reclamação que se tem hoje é que o SUS demora seis meses, um ano para fazer um determinado exame para que o perito possa encaminhar para reabilitação. Ora, se nós temos esses trabalhadores afastados 20, 30 dias, todos nós sabemos que ao ultrapassar 90 dias esquece. Passou de 90 dias, seis meses esquece. Muitas vezes a situação de afastamento é melhor do que a da firma. Se eu estou afastado eu incorporo, levo todos os meus benefícios. Meu salário muitas vezes termina sendo maior do que se estivesse dentro da empresa. Estamos falando de trabalhadores que se matam de fazer hora-extra quando não deviam e tem uma série de outras vantagens que no salário normal dele não tem. Então, veja bem, essa é uma discussão que a gente tem que aproveitar esse momento para fazê-la. Como preparar as propostas. Acredito que esse é um primeiro momento e que vamos conseguir.

Só fechando no projeto de São Paulo. O que acontece aqui? O que está acontecendo nessas quatro ou cinco cidades? Sabe qual é a primeira ação que os companheiros têm feito? Quem acompanha isso é o Drumond, pela Secretaria de Saúde do Estado. Qual a primeira intervenção feita?

Pegaram lá uns três, quatro companheiros de uma mesma empresa com os mesmos problemas. Ora, algo está errado. No que esses companheiros trabalham? Quais são as condições de trabalho? Visitam a empresa num primeiro momento. Quem? Saúde e Trabalho juntos. Não tem essa de compete a mim ou a outro. Vão, fazem as avaliações, chamam o sindicato, negociam e a partir do momento desse diagnóstico inicial o que é que acontece? Peritos automaticamente concedem o benefício, é negociado um processo de melhoria das condições de trabalho na empresa e o trabalhador passa a ter um efetivo programa de reabilitação profissional.

Então, o sonho de consumo nosso, pelo menos o meu: Se os trabalhadores de determinada empresa têm um problema de saúde e condições de trabalho, possam procurar os companheiros do sindicato, que podem acionar os companheiros do SUS, que possam ir à empresa fazer avaliação, eu disse avaliação e não fiscalização. Explicito isso, pois para trabalho igual salário igual. Esta é outra discussão que tem que ser muito bem feita. Os companheiros vão, fazem a avaliação e o sindicato vai negocia. Conseguiu? Não. Chama a DRT que fiscaliza, avalia, interdita, multa, chama uma mesa redonda. Provado, comprovado, problema de incapacidade do trabalhador vai para o perito. O perito automaticamente concede o benefício e segue o bonde. Isso é que eu espero um dia. E é isso que a gente pensa e está construindo com a política nacional. Mas vamos ao debate.



Realização



Apoio

