



DIREITOS SOCIAIS E SAÚDE

Fortalecendo a Cidadania e
a Incidência Política

Caderno de Estudos - Curso Aprofundado

Financiamento Ameaças ao SUS Lideranças Comunitárias

Realização:



Programa
Justiça Econômica



GRITO de los
EXCLUIDOS



Pastoral da Saúde



CNBB
Setor Pastorais
Sociais



Comissão Brasileira
Justiça e Paz

Parceria:



Rede Jubileu Sul
Brasil
15 anos

Apoio:



União Europeia
CAFOD
just one word

www.direitosociais.org.br

TEXTO 1 - Seguridade Social, financiamento e crise do Sistema Único de Saúde

*Reflexões por Jairnilson Silva Paim,
Professor titular no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e
coordenador do Grupo de Pesquisa em Planificação, Gestão e Avaliação em Saúde.*

Um sistema de saúde, objeto de políticas públicas, apresenta um conjunto de áreas-problema tais como infraestrutura, gestão, organização, financiamento e modelo de atenção. Contudo, na presente conjuntura, questão do financiamento da saúde adquire ênfase, diante dos retrocessos impostos à Seguridade Social no Brasil. Na realidade, a instabilidade e a insuficiência do financiamento impostas ao SUS pelos diversos governos do pós-1988 inviabilizaram, até o presente, a construção de um sistema universal de saúde a partir da concepção de Seguridade Social expressa na Constituição da República.

No Brasil, a estrutura tributária iníqua, o exorbitante pagamento de juros da dívida pública e as modificações da legislação desde a Emenda Constitucional 29 de 2001 são determinantes fundamentais do subfinanciamento do SUS. Além disso, manobras de parlamentares e de governos reproduzem desigualdades na alocação, transferência e aplicação dos recursos obtidos. Mesmo o dispositivo constitucional que permitiria taxar as grandes fortunas no Brasil jamais foi regulamentado.

Apesar de toda a gritaria de empresários e da reverberação do “impostômetro” pela mídia, quem mais paga impostos no Brasil, proporcionalmente, são os mais pobres e justamente os mais prejudicados no acesso e qualidade dos serviços públicos, inclusive no SUS. E a desoneração fiscal para empresas, assegurada pelo governo nos últimos anos, comprometendo fontes de financiamento da Seguridade Social (PIS/PASEP, Cofins, CSLL, folha de pagamento, etc.), só fez reduzir recursos para os serviços sociais, como o financiamento do SUS.

Do mesmo modo, a Desvinculação das Receitas da União (DRU) tem permitido que o governo federal retire 20% do orçamento para outros fins. Só em 2012 a DRU sequestrou a quantia de R\$ 52,6 bilhões da Seguridade Social, acumulando para o período 2005-2012 uma apropriação indevida de mais de R\$ 286 bilhões (FAGNANI, 2014). E esta sangria de recursos não para por aí, embora o prazo de vigência da EC 68/11, aprovada no Governo Dilma, se encerre no final deste ano. O Executivo enviou Projeto de Emenda Constitucional (PEC 87/15) para o Congresso Nacional visando a prorrogar a DRU até 31/12/2023, aumentando a desvinculação para 30% (SCAFF, 2015).

No caso do SUS, a situação do financiamento não melhorou nos anos de 2014 e 2015. De acordo com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) o valor total do orçamento destinado aos gastos do governo federal em 2014 correspondia a R\$ 2,5 trilhões, dos quais R\$ 1,8 trilhão vinculava-se ao orçamento fiscal, seguridade social e investimento de empresas estatais. Já R\$ 654,7 bilhões foram reservados aos bancos para o pagamento de juros e amortizações da dívida pública, enquanto que para a saúde foram previstos R\$ 106 bilhões, ou seja, seis vezes menos que o apropriado pelos banqueiros e rentistas (RADIS, 2014). Entre 1995-2014, o gasto do Ministério da Saúde (MS) com ações e serviços manteve-se em torno de 1,7% do PIB, enquanto o pagamento feito de juros da dívida pública representou em média 6,5% do PIB nesse período (MENDES, 2015).

Estudos indicam que o governo deixou de arrecadar R\$ 327,17 bilhões a título de desonerações e subsídios para os empresários, valor muito maior que aquele destinado a saúde e educação (R\$ 197,74 bilhões). Somente para as montadoras as desonerações cresceram 38,68% acima da inflação entre 2011 e 2014 (RADIS, 2014). O Governo federal deixou de arrecadar em 2014 apenas em contribuições sociais R\$ 136,5 bilhões, recursos que deveriam ser destinados à Seguridade Social e, conseqüentemente, ao SUS (RADIS, 2015).

Assim, a participação relativa da União no financiamento do SUS vem decrescendo, sistematicamente, passando de 72% em 1993 para 42,93% em 2013 (CONASS, 2015). Portanto, as contradições verificadas no financiamento da saúde no Brasil vinculam-se, em última instância, às injustiças produzidas pela estrutura tributária e por uma dívida pública nunca auditada. Entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Economia em Saúde (Abres) e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) indicam as raízes do subfinanciamento da saúde e têm apostado em algumas alternativas. Portanto, enfrentar a questão do financiamento do SUS implica pensar e agir para além do setor saúde.

O agravamento da crise econômica, a ameaça de uma crise social e as dificuldades políticas desde o processo eleitoral de 2014 reforçam um cenário pessimista, sobretudo diante do ajuste fiscal, do aumento da taxa de juros e das restrições do apoio da base parlamentar do governo Dilma, conduzindo a economia à recessão.

Enfim, o balanço das forças políticas e ideológicas em relação à Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e à defesa do SUS é muito desigual. A favor do SUS encontram-se técnicos, pesquisadores, trabalhadores de saúde e

intelectuais vinculados ao nosso Projeto Direitos Sociais e Saúde e as entidades que a compõe, o Cebes, Abrasco, Abres, dentre outras entidades, movimentos sociais e segmentos de partidos como o PSOL, PT, PC do B, PCB, PDT, PSB, PSTU, Rede, dentre outros.

E permanecem contra a RSB e o SUS o empresariado da saúde, articulado ao capital financeiro (operadoras de planos de saúde) e ao capital industrial (medicamentos, equipamentos, kits diagnósticos, descartáveis, etc.), a mídia, a publicidade, o Banco Mundial e outros organismos internacionais, corporações profissionais, oligarquias, setores clientelistas e fisiológicos, além dos partidos de direita, mesmo com nomes simpáticos como “democrata”, “republicano”, “progressista”, “cristão”, “solidariedade”, etc.

A análise da conjuntura reforça o que se vinha alertando nos últimos anos em artigos e entrevistas sobre a crise do SUS. A crueza dos fatos produzidos desde o final de 2014 ilustra a gravidade da situação atual: está em curso uma subversão do projeto constitucional para a saúde. Esta é a nossa conclusão e de outras entidades do movimento da RSB que defendem um SUS público, universal e igualitário quando formularam a seguinte pergunta: **“A quem interessa fragmentar os usuários do SUS, subfinanciar o sistema, abrir a assistência médica ao capital estrangeiro, tudo numa só tacada, sem diálogo com seus usuários, os movimentos populares de saúde, os estudiosos e os pesquisadores da Saúde Coletiva, os conselhos de saúde, os trabalhadores do SUS?”**

Certamente não é apenas um deputado nefasto que insiste em permanecer no poder. É a intervenção via legislativo de operadoras de planos privados de saúde que financiaram as campanhas eleitorais. É o transformismo de sujeitos políticos que fragiliza a luta dos trabalhadores, sacrificando o atendimento das necessidades e direitos sociais da maioria da população brasileira. Enfim, é o capital financeiro que não aparece nos noticiários, mas se manifesta através da mídia quando denuncia as mazelas do SUS e defende a manutenção da DRU, restringindo as políticas sociais no Brasil.

Portanto, é a luta política de todos que sofrem as consequências trágicas desse modelo econômico e da sua configuração no projeto mercantilista da saúde em curso que tem a potencialidade de alterar a correlação de forças e o binômio da conservação-mudança da revolução passiva brasileira.

TEXTO 2 - Da Reforma Sanitária às privatizações: Discutindo a saúde pública brasileira.

*Reflexões por Moara Monteiro Sant Helena, Aricia Furlanetto dos Passos,
Cristina Bleichvel Costa e Tania Regina Krüger*

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vigente atualmente no Brasil foi resultado de um movimento social denominado Reforma Sanitária, a partir do qual, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social. Foram formulados os princípios de universalidade, integralidade de assistência, participação da comunidade e descentralização político administrativa, considerados princípios fundamentais do SUS. A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu artigo nº 196, assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, juntamente com as Leis 8.080/90 e 8.142/90 compõem o arcabouço legal da saúde. Entretanto, a forma com que estes princípios vêm sendo postos em prática deixa lacunas no modelo de atenção à saúde, tais como: a não efetivação dos princípios do SUS, pouco incentivo para os profissionais da área da saúde trabalhar na rede pública, administração privada para os hospitais públicos, entre outros. O objetivo geral deste texto é tecer algumas reflexões em relação ao direcionamento que a saúde brasileira tem tomado considerando os anos de 1990 e 2000 e suas implicações no ano de 2013. Nossa hipótese é que os ideais preconizados no movimento da Reforma Sanitária foram metamorfoseados pelos interesses do capital financeiro ditados pela lógica neoliberal, fazendo com que o SUS após quase 25 anos ainda não tenha se concretizado. O presente artigo está estruturado em duas seções. A primeira seção destina-se a conhecer o SUS em sua gênese com o item Reforma Sanitária: o surgimento do SUS. Na segunda seção o item SUS nos anos de 1990 e 2000, reconstituímos a trajetória da saúde pública brasileira; no item Privatização da saúde: um retrocesso dos direitos sociais discutiu-se as propostas de privatização da saúde pública por meio das organizações sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Fundações Estatais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Reforma Sanitária: o surgimento do SUS A partir do início dos anos 1970, no período da redemocratização, as críticas aos serviços de saúde orientados numa perspectiva médico-cêntrica, curativo e previdenciário suscitaram bandeiras de luta para a construção de

um sistema de saúde, com as seguintes bandeiras: saúde direito de todos, sistema público estatal e hierarquizado, descentralizado, integralidade da assistência e participação da comunidade. Nesta conjuntura os representantes do pensamento crítico em saúde começam a se articular com a sociedade que estava construindo seus movimentos reivindicativos e denunciando a falência do sistema previdenciário. O Movimento Sanitário começa a elaborar suas bases teóricas no interior das faculdades de medicina preventiva de São Paulo e relativamente articulado com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Participaram algumas universidades, alguns partidos políticos e o movimento sindical, basicamente de médicos. Ainda, serviram de base os movimentos sociais em saúde (compostos basicamente pelo movimento popular em saúde e o movimento médico). A Reforma Sanitária brasileira inspirou-se na experiência de formulação e implementação de políticas de saúde em curso na Itália. (Krüger, 1998). O Movimento de Reforma Sanitária, no período da abertura política, deu importante contribuição para reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção sócio-política da saúde. Os reformistas buscavam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo Inamps e a integralidade das ações. No Brasil, crescia o debate sobre o direito à saúde, em um sentido mais amplo, significava a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis, assegurado pelo Estado. No ano de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde indicou a necessidade de uma reforma mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde, sua correspondente ação institucional, a universalização do acesso e o fortalecimento do setor público. As propostas desta plenária foram para o debate constituinte e lá enfrentou as resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor de saúde e da medicina liberal, além de conflitos de interesses entre os reformistas da Previdência Social. As disputas de interesse não foram suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras (FARIA, 1997). Em 1988 é promulgada a Constituição do Brasil, denominada Constituição Cidadã, sendo um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Nesta Carta a saúde foi reconhecida como direito todos e obrigação do Estado e devendo se organizar para prestar assistência por meio de um Sistema Único de Saúde – SUS. Ao longo de 1989, as negociações se concentraram em torno da lei complementar que daria bases operacionais para o SUS. Nesse mesmo ano, foi realizada a primeira eleição direta para presidente da República, assumindo a presidência em janeiro de 1990, Fernando Collor de Mello. Este governo logo apresentou resistências ao texto constitucional especialmente na parte que tratava dos ganhos históricos da classe trabalhadora. Uma das expressões desta resistência se expressou nos vetos a Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080, em setembro de 1990, sobretudo nos artigos que tratavam da participação da comunidade e do financiamento. Mas as reações do Movimento Sanitário e dos parlamentares envolvidos com a proposta do SUS forçaram, três meses mais tarde, a edição da Lei 8142, tratando da participação da comunidade no SUS. Foi nessa conjuntura que iniciaria a construção do SUS. SUS nos anos de 1990 e 2000 A CF de 1988 deu as bases legais do SUS garantindo um sistema de saúde público e universal para os brasileiros. Todavia, a efetivação do SUS desde sua criação vem sendo alvo de tencionamentos político-administrativos e sociais. A conjuntura política de implementação do SUS nos anos 1990 e 2000 foi permeada por reformas estruturais na Seguridade Social ditada pela lógica neoliberal, que tende a não realização e mesmo a ruptura do direito universal à saúde. De modo que as contrarreformas iniciam-se na década de 1990, e se intensificam no decorrer do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Este governo ignorou o marco legal da saúde (Constituição Federal de 1988 e Leis 8.080/90 e 8.142/90) como direito fundamental de todos e obrigação do Estado, provocando o desfinanciamento, recentralização das decisões e recursos e a não implantação do plano único de carreira, cargos e salários para os funcionários do SUS. Com isto foi efetivado um conjunto de privatizações estatais e investiu-se no fortalecimento dos planos privados de saúde como alternativa ao atendimento disponibilizado na rede pública. A redução do orçamento da União destinado à saúde pública tende à inviabilização da assistência integral e universal disponibilizada pelo SUS a todos os brasileiros. Por consequência houve o fortalecimento dos planos privados de saúde se comparado ao crescimento do SUS. Como ações do governo FHC podemos citar a desresponsabilização do Estado perante as questões sociais, as sucessivas privatizações estatais, o discurso de responsabilidade social, o estímulo à reestruturação produtiva do capital e aos programas de qualidade total. Este governo buscou inviabilizar o arcabouço legal da saúde, todavia utilizou o sucateamento e o desfinanciamento como mecanismo para inviabilizá-lo em seus princípios e competências. A estratégia de governo de FHC não priorizou a implementação do SUS, mas deu preferência a questões pontuais que causavam comoção social. PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: UM RETROCESSO DOS DIREITOS SOCIAIS. A CF de 1988

permite a atuação da iniciativa privada nacional na área da saúde, além de permitir também a participação complementar dessa iniciativa privada, lucrativa ou não, no SUS. Ou seja, a participação complementar significa a compra de serviços privados pelo Estado para o fornecimento público de saúde. Assim, há décadas são utilizados os serviços privados de assistência médica, hospitalar e laboratorial como alternativa ao atendimento público que não satisfazem às suas necessidades (FILHO, 1999). Os avanços do SUS desde os anos de 1990 não são desprezíveis na mesma medida que não são desconsideráveis seus problemas. Estes problemas são frutos da forma histórica de organização dos serviços providos pelo Estado, como: o envolvimento com as relações de fisiologismo, o patrimonialismo, o não reconhecimento da saúde como direito social e sim um direito contributivo, a privatização por grupos e corporações organizadas, o predomínio do modelo de atenção clássico e curativo e financiamento equivocado que não priorizou serviço de promoção e nem a ampliação em serviços públicos. Estes históricos e estruturais problemas são colocados no cotidiano dos serviços e muito bem apresentados pela mídia como dificuldade de acesso, filas, mau atendimento e serviços de baixa qualidade. A lógica do Estado mínimo neoliberal que se implanta no Brasil nos anos de 1990, potencializa o fato de que os problemas do SUS são do cotidiano, e não reconhecem as causas históricas estruturais e indicam como remédio mudar a forma da gestão pública. Fazendo com que acreditemos que a única solução para resolver tais problemas e entregando o SUS para empresas privadas. As Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) surgem na cena pública através do Plano da Reforma do Estado no governo de FHC mais especificamente através do programa de publicação, que visa transferir para o setor público não-estatal os serviços não exclusivos dos estados, onde se situa as políticas sociais, particularmente a gestão dos serviços públicos de saúde pelo setor privado, dessa forma é dado o primeiro passo para as diversas formas de privatização que vemos nos SUS até os dias atuais. As OS vêm no viés de que o estado deixa de gerenciar as ações públicas dentro desses espaços públicos, contratando empresas que iram gerenciar o financiamento repassado para a saúde, dessa forma fica de responsabilidade das empresas contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública. É uma forma de desresponsabilizar o Estado do que é de obrigação do mesmo, uma forma de privatizar o espaço público, além de que não há nada que proíba a utilização do espaço público para serviços privados, não há concurso público, ocorre uma precarização do mercado de trabalho, com a diminuição dos salários, e a falta de estabilidade para estes funcionários como plano de carreira, a impossibilidade de greve, além do fato de priorizar e dar ênfase aos resultados, qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados como demonstra a Lei nº 9.637/1998 no art.20º §II. Esse projeto segue a vertente de gestão privada que não prioriza a qualidade e sim a quantidade e o lucro que essa pode gerar. As OS apresentam em sua estrutura características que se contrapõem ao SUS constitucional, tais como: a quebra do "sistema" na forma concebida originalmente pelo SUS, a extinção de servidores públicos nos estabelecimentos gerenciados pelas OS, a gestão dos recursos humanos centralizadora e normativa; a saúde deixa de ser um direito público e passa a ser assumida pelo mercado; não há possibilidade de um novo modelo de assistência; e as OS não valorizam o controle social. Já em sua segunda tentativa de privatização o governo de FHC expõe em cena pública um novo modelo denominado OSCIPs, apesar de bastante semelhante sob o ponto de vista jurídico e administrativo, tem uma diferença conceitual na sua aplicação em relação as OS. Enquanto o modelo OS deveria ser aplicado para aqueles serviços já prestados pelo Estado, em que se requer maior flexibilidade e agilidade de gestão, o modelo OSCIPs serve para as entidades que já desempenham serviços públicos ou de interesse coletivo e que o Estado resolve apoiar ou fomentar. Essa diferença conceitual, relacionada à iniciativa da prestação dos serviços, é importante para designar a qual modelo a entidade deveria estar enquadrada, muito embora sob o ponto de vista formal, ambos serviriam para as duas situações (Alcoforado e Moraes 2008). Rezende (2008) também faz diversas críticas as OS e às OSCIPs, destacando os seguintes aspectos: as ações serão focalizadas, não haverá participação da comunidade nem controle social, a descentralização das ações será para a iniciativa privada. Segundo o autor é estabelecido que as OSCIPs devam publicar regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, observando-se os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência. O capital privado na saúde encontra-se hoje diversificado em diferentes frentes de atuação, através dos planos de saúde, das cooperativas que mantêm convênio com os sistemas municipais ou por intermédio de convênios com o SUS. A partir disto pode-se avaliar que as OS e as OSCIPs trabalham na vertente do capital, na busca de metas, contenção de gastos, desvinculando o poder público de sua responsabilidade passando para a iniciativa privada, nota-se que para atingir seus objetivos, não são medidos os esforços por parte das empresas contratadas. Com o passar dos anos novos modelos surgem com o mesmo objetivo. No governo Lula surge as

Fundações Estatais de Direito Privado que nada mais são do que a forma atualizada das parcerias público e privado, das OSCIP, das OS e de outras tentativas com o objetivo de privatizar. O conteúdo das Fundações Estatais nada mais é do que a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores. Grenemann (2008), coloca em debate que os mesmos que criaram o Projeto de Fundação Estatal negam a semelhança entre as mesmas e as demais formas de privatização do Estado já implementadas no Brasil. Entretanto, sua argumentação não ultrapassa o argumento jurídico. A mais recente forma de privatização da gestão do SUS é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, mais conhecida como EBSERH essa mesma influenciando a gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUs). As justificativas para sua criação é de que EBSERH surge do fato de haver uma crescente exigência do governo e da sociedade no sentido de se estabelecer uma maior racionalização dos gastos e despesas, aumento da produtividade e melhoria da qualidade dos atendimentos nos HUs. Segundo Cislaghil, (2011) o principal justificativa para criação da Empresa apresentada pelo Governo Federal é a necessidade de regularizar a situação dos funcionários terceirizados dos HUs em todo o país cerca de 26 mil trabalhadores. Segundo Carvalho (201-) a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) foi uma alternativa para o desenvolvimento da gestão dos hospitais universitários federais (HUF) e a mesma tem determinado extenso debate nesses espaços. A EBSERH, empresa de direito privado, consolidará e legalizará o direcionamento das atividades de ensino e pesquisa realizadas nos HUs, através de convênios e contratos com empresas do complexo médico-industrial, já em curso pela atuação das Fundações Privadas ditas de Apoio nas universidades. Esse processo, terá impactos negativos tão profundos quanto a venda dos HUs à iniciativa privada. A submissão da produção de conhecimento e da formação de trabalhadores da saúde aos interesses mercantis resultará em prejuízos ao atendimento às necessidades de saúde da população. (MARCH, 2012a). A lei traz expressões próprias do mercado que demonstra alinhamento com os interesses a ele inerentes. Como: constituem recursos da EBSERH, além dos recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, as receitas decorrentes dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais e rendas provenientes de outras fontes além do Parágrafo único. O lucro líquido da EBSERH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa. (CORREIA, 2013). Dessa forma entendemos que sobre financiamento da EBSERH a lei é bastante questionável e preocupante, pois a empresa poderá captar recursos oriundos da mercantilização da pesquisa, do ensino e da extensão, da captação de pacientes de planos de saúde (o que caracteriza a dupla porta no hospital) e de acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais. A legislação abre brechas para que o mercado interfira na produção acadêmica. Isso é preocupante, pois à possibilidade de as linhas de pesquisa serem pautadas pelo lucro. Desconsiderando de fato que: Um Hospital Universitário, criado e mantido pelo Poder Público, é um estabelecimento oficial de ensino que, conforme princípio constante do art. 207 da Constituição, integra, indissociavelmente, ensino, pesquisa e extensão. O que lhe dá a característica de Hospital Universitário é justamente o fato de estar integrado numa Universidade, uma instituição de ensino superior. (DALLARI, 2009 p.75). O que vemos é a política de saúde que foi idealizou o SUS em moldes universais tem sido desconstruída, sabemos que o SUS após quase 25 anos ainda não foi concretizado. Após sua regulamentação vemos os governantes adotarem o projeto neoliberal, visando sempre mais para o capital financeiro e menos para o social. A partir disso o mercado cada vez mais se interessa pela saúde pública fazendo com que a saúde que ficou vinculada ao mercado, assim destacamos as parcerias com a sociedade civil, dessa forma responsabilizando-a para assumir os custos da crise financeira, sempre com o objetivo de reduzir os custos. CONSIDERAÇÕES FINAIS A trajetória de 25 anos do SUS é marcada por intensas disputas entre os projetos político-econômicos que orientaram sua implementação. Até os anos 2000, o SUS foi marcado pela disputa entre o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária, porém hoje há uma terceira perspectiva que aparece em cena para englobar as duas anteriores. Identifica-se, portanto, distância entre a proposta feita pelo Movimento Sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. Um sistema de saúde universal, igualitário, e que seja direito de todos e dever do Estado. E o que vemos é um sistema sendo influenciado pela ideologia neoliberal, e abrindo cada vez mais espaço para o capital. As Os e OSCIPs são um tipo de privatização mais elaborada, pois o patrimônio continua sendo público, mas a sua administração e sua exploração, são feitas por grupos políticos organizados que o gerência de acordo com os seus interesses e para atender as suas demandas políticas, particulares e coletivas. Vemos que inicialmente nasce o modelo de gestão por OSs que vem no contexto do projeto de reforma do aparelho do Estado brasileiro, que teve seu início no primeiro governo de FHC, governo este com objetivos neoliberais e que tem se perpetuado nos governos seguintes. Este projeto privatista tem uma clara proposta de estabelecimento de novo paradigma, a administração gerencial, em contraposição à administração burocrática. Além disso, tem prescrições muito bem definidas para a reforma do Estado. Portanto, a privatização dos serviços não ampliou o acesso dos usuários à

rede de saúde e sim, acabou por reduzir direitos sociais garantidos através de lutas enfrentadas por diversas categorias em prol da saúde universal e gratuita. A mobilização em torno da viabilização do Projeto de Reforma Sanitária, construído nos anos 1980 no Brasil, é uma estratégia para a defesa da saúde que é entendida como melhores condições de vida e de trabalho, bem como para a construção de uma sociedade justa e igualitária. O SUS idealizado em sua origem não é o vigente atualmente, não por que seus princípios deixaram de existir, mas pelas interpretações que são feitas deles hoje. É possível perceber, a saúde como espaço de lucratividade para o mercado. Ao reconhecer esta dimensão mercadológica, permite-se visualizar a saúde não como espaço de direito universal à sua população e sim, como mais uma área com potencial que visa o capital. Todavia concluímos que a privatização dos serviços de saúde acabou por reduzir os direitos sociais que visavam uma saúde universal e gratuita. E a mobilização dos usuários em torno da viabilização do Projeto de Reforma Sanitária, é uma das estratégias de defesa da saúde.

TEXTO 3: Desenvolvimento de Lideranças Comunitárias

Reflexões por Célia Schlithler e Marcos Kisil

Introdução

Em termos de prática, existem líderes que são inatos, quer por sua atitude natural, ou por sua autoridade intelectual e moral. Mas também se sabe que os líderes se aperfeiçoam ao longo do tempo. Esse aprendizado se dá com a própria vivência ou por meio de programas educativos, que atuam de maneira informativa ou formativa. Em outras palavras: a liderança pode ser ensinada e aprendida.

Existem traços de comportamento que ajudam a identificar líderes locais ou aqueles que potencialmente poderão a vir a sê-lo. Entre essas características ou traços estão:

- necessidade íntima de conseguir pessoalmente transformar uma realidade;
- necessidade de alcançar determinado poder para estar em condições de realizar a transformação identificada;
- possuir habilidades para relações interpessoais, a fim de conseguir liderar pessoas, grupos, e estabelecer as necessárias parcerias estratégicas com outros líderes;
- possuir habilidades cognitivas para identificar situações que necessitam ser transformadas, como buscar conhecer fatores determinantes de situações, avaliar possíveis soluções e estratégias para implantá-las, buscar adeptos ou seguidores e organizar o trabalho a ser feito;
- ter autoconfiança, que deve se refletir em: uma crença pessoal em valores; conhecimentos e habilidades adquiridos; saber lidar com situações e pessoas. Talvez esse seja o traço comportamental determinante da liderança, já que os seguidores aceitam ser liderados especialmente em situações em que não estão confiantes e, por isso, necessitam de suporte externo para guiar suas ações;
- exercitar permanentemente um comportamento ético em relação às causas que defende, às soluções que propõe, aos seguidores que lidera, aos outros líderes com quem estabelece relações e às organizações às quais se afilia.

Nesse sentido, é fundamental distinguir os conhecimentos e habilidades esperados de um líder dos de um gestor. Isso se resume no quadro a seguir:

Líder	Gestor
Inova	Administra
Desenvolve	Mantém
Inspira	Controla
Tem visão de longo prazo	Tem visão de curto prazo
Pergunta sobre o quê e o porquê	Pergunta sobre o como e o quando
Provoca	Inicia
Desafia o status quo	Aceita o status quo

II – O líder local como líder servidor

“O líder não é aquele que tem “o poder”, mas quem tem o poder de agir a serviço do desenvolvimento sustentável da comunidade.”

Muitos têm um entendimento sobre seus líderes como sendo aqueles que ocupam posições de chefia dentro das organizações, sejam elas públicas ou privadas. Muitos também consideram que os líderes deveriam ser pessoas hierarquicamente em condição de superioridade perante seus funcionários, ditando ordens. Muitas vezes, essa imagem equivocada chega até as organizações comunitárias, fazendo crer que os líderes devem sempre impor seu ponto de vista. O problema é que esses “líderes” assumem posições individuais sobre as reais necessidades da comunidade, atuando somente com base em sua informação e poder, tendo dificuldade de articular apoio ou de estabelecer uma coalizão de interesses. Como consequência, além de não saberem utilizar a posição que ocupam, ao sentirem dificuldades em “mandar”, recolhem-se à segurança do isolamento em suas organizações.

Eles colocam seu orgulho e vaidade acima dos interesses coletivos. E por isso são “líderes” que não conseguem perceber que o poder é inerente ao posto que ocupem; não propriamente à sua pessoa. Mesmo quando participam da vida comunitária, com aparente cordialidade e aceitando os processos democráticos de decisão, eles continuam agindo para que os resultados de qualquer escolha sejam exatamente os que eles esperam, sem dar margem à negociação. **São “líderes” que se valem da desigualdade de poder entre os participantes.**

Mas o líder não é aquele que tem “o poder”, e, sim, quem tem o “poder de agir a serviço do desenvolvimento sustentável da comunidade”.

Uma liderança “servidora” deve ter as seguintes características:

Igualdade: A liderança servidora tem como base pensar coletivamente e ter no líder aquele que se doa em favor do grupo. Embora tenha sua ação orientada por um forte compromisso interior que a motiva, não se coloca acima dos demais membros da comunidade. Busca encontrar parceiros, movida por suas ideias e criatividade, porém se sujeita ao julgamento de outros para validar suas opiniões. Não se sente maior e melhor do que ninguém. Mesmo quando ostenta títulos e ocupa cargos importantes, **o líder servidor não utiliza a autoridade formal para ser respeitado. Prefere inspirar pelo exemplo e atrair “aliados”, ao invés de simples “seguidores”. Seu poder emerge da própria coerência, atitude e credibilidade ao longo do tempo (força do exemplo).**

Valores: O líder servidor coloca como premissa de sua ação a aceitação de que o bem coletivo é sempre maior do que qualquer interesse individual. Esse entendimento faz com que ele esteja sempre pronto a sacrificar qualquer posição individual e aberto a aceitar pontos de vista voltados ao coletivo. Para o líder servidor, a diversidade de opiniões e de capacidades são riquezas que devem ser estimuladas no grupo, e celebradas em benefício da comunidade. Assim, ele assume uma atitude de acolhida para com todos os membros e para com todas as ideias. Porém, busca ajudar os integrantes do grupo a serem coerentes com o benefício comum. O líder servidor acredita que contribui para o crescimento de cada participante em seu esforço de apoio à comunidade. Essa atitude de receptividade baseia-se na crença de que cada um é possuidor de diferentes talentos, que devem ser identificados e revelados para o benefício de todos. Nesse sentido, o líder servidor busca apoiar cada participante a descobrir seu potencial para a ação coletiva (**protagonismo dos excluídos/as**). É assim, dando confiança e acreditando nas pessoas, que ele ganha seguidores, passando a atuar como líder do grupo. E, quanto mais auxilia seus aliados, mais fidelidade obtém.

Doação: Um líder servidor também acredita na importância de sua participação para o benefício coletivo. Isso porque consegue perceber a importância de seus dons para atender um problema, uma causa, um foco de interesse coletivo. Esse líder não busca posições e nem reconhecimento, pois, de maneira altruísta, propõe-se a despertar a capacidade de liderança dos outros. Ele pode tanto ocupar a posição de mestre, como de aluno, dependendo da circunstância. **Mestre porque busca despertar competências em cada seguidor, ensinando valores e crenças por suas atitudes. Aluno porque busca também ser um eterno aprendiz daquilo que os outros podem lhe oferecer. Assume a humildade como virtude necessária para se opor ao reconhecimento individual.** Acredita que formar novos líderes é necessário para o sucesso de qualquer empreendimento. Deixam posições toda vez que acredita que existem pessoas mais competentes para a tarefa. E transfere seus poderes facilmente.

Confiança: O líder servidor justifica-se na sociedade por seu desejo de apoiar causas que podem transformar a vida das pessoas. É um natural defensor dos direitos humanos e da crença ilimitada na capacidade humana em vencer desafios. Por estar convencido de seu papel, demonstra autoconfiança nas decisões em que se envolve. E, assim, transfere confiança para aqueles com quem atua. É um agente de transformação do mundo por sua força interior e pela demonstração do próprio exemplo. Sua segurança lhe confere serenidade nos momentos mais difíceis, reagindo de maneira equilibrada a eventuais provocações. Além disso, tem independência para fazer juízo e tomar decisões necessárias. Para poder transmitir sua autoconfiança, o líder servidor é possuidor também de autoconhecimento. Ele sabe o que sabe, o que não sabe, e conhece seus limites. Assim, busca continuamente a expansão das próprias capacidades. E por ter sua vida pautada em valores, acredita na importância do crescimento espiritual como meio de dar significado a sua vida pessoal, familiar e comunitária. Vida que ganha significado à medida que serve aos outros.

Evolução: A atitude do líder servidor como um eterno aprendiz determina uma necessidade interior de estar aberto à influência dos outros ou de novos conhecimentos para se deixar continuamente transformar e evoluir. O líder servidor recebe as críticas de maneira construtiva, e também critica de maneira construtiva. Ele tem, de forma clara, um entendimento sobre sua própria evolução. Sabe que a formação leva tempo. E que se dá de maneira progressiva, como resultado da coerência e consistência da própria atitude frente aos acontecimentos. O líder servidor semeia todos os dias, pois sabe que uma boa colheita só acontece após muito investimento. É interessante notar como o líder servidor corre o perigo de se transformar num líder carismático, o que nunca procura ser. Quando reconhece que é tratado como tal, busca usar esse entendimento como instrumento para educar e motivar seus pares. É paciente e determinado em sua caminhada evolutiva.

Consistência: O líder servidor não espera ter todas as informações para entrar em ação. Sabe que os pequenos progressos abrem caminho para novos aprendizados, que ampliam a visão e fornecem recursos para seguir adiante. Por isso, ele dá sempre o primeiro passo. E os passos a seguir são determinados pelas circunstâncias e pelas participações de outros integrantes. Como tomou a iniciativa, o líder servidor estabelece para si estratégias que garantam o processo evolutivo do grupo. Assim, antecipa desafios e oportunidades de crescimento coletivo. Dá grande atenção a sua própria preparação para participar ativamente das atividades propostas pelo grupo. E, ao aceitar o desafio de ensinar os outros, assume o controle sobre a própria educação, obrigando-se a ser o melhor aprendiz. Além de conhecer o que ensina, o líder servidor sabe a importância de ser o que ensina. O surgimento de lideranças servidoras que estão mais preocupadas com os ideais de melhoria da comunidade e, portanto, com o seu desenvolvimento sustentável, as tornam também lideranças sustentáveis.

III - O que observar para identificar a liderança?

Quem lidera compartilha objetivos, acata sugestões, delega poderes, mobilizando esforços para transformar agrupamentos em equipes. Assim, através do exercício da liderança, torna-se possível que as pessoas ajam por meio de um grupo. Isso requer que uma direção seja dada ao esforço do grupo e que o compromisso seja tomado por seus próprios membros. Nesse sentido, a liderança só é aceita e legitimada na sua relação grupal. Se não houver grupo, não há necessidade de líder. Por isso, o desenvolvimento de pessoas é tão importante na relação do líder com seus liderados. E a consequência desse processo é o aumento da competência profissional de cada colaborador. O exercício da liderança revela o líder. Diante de situações mutantes, seja no contexto ou na própria organização, é necessário que a liderança seja constantemente submetida a um processo de aprendizagem. O verdadeiro líder pratica a gestão participativa, que extrapola sua organização e aumenta a interação com a sociedade. A literatura existente é abundante em identificar as características que devem ser buscadas no líder de uma organização. Eles devem ser “proativos, hábeis nas relações interpessoais, coordenadores de trabalhos em equipe, motivadores, negociadores, éticos, íntegros, dotados de visão estratégica, conhecedores de sua organização, focalizados no resultado e com capacidade de decisão”. Para tanto, devem ter atitudes ou valores tais como: “predisposição à negociação e para correr riscos, criatividade, flexibilidade, motivação e intuição. E desejar trabalhar com pessoas com habilidades para dimensionar o tempo adequadamente, gerenciar inovação, tratar com culturas diversas, antecipar ameaças e oportunidades”. Donde decorre que os líderes têm uma visão ampla da organização e constroem diferentes relacionamentos, que favorecem o estabelecimento de alianças e parcerias.

IV - Pode ser que o indivíduo tenha características que parecem ser interessantes, mas como saber se ele é um líder?

Para tal, é preciso esquecer um pouco o indivíduo e olhar para as instituições em que ele esteve antes. O sujeito deixou um substituto? Formou gente mais jovem? Teve paciência para treinar? Foi um indivíduo capaz de descentralizar o trabalho e valorizar o trabalho dos outros? Soube trabalhar em equipe? Quando houve uma crise, ele pôs a culpa nos outros, ou em si mesmo? A imagem construída por um líder só pode ser definida pela percepção que os outros têm em relação a ele. Por isso, a identificação de lideranças deve acontecer dentro de organizações nas quais potenciais líderes atuam. Suas características pessoais e seu comportamento grupal devem ser observados e avaliados. Pois é nessa relação com o grupo que reside a informação necessária para identificá-lo. Uma vez identificada a liderança, a pergunta seguinte é: como desenvolvê-la? Em primeiro lugar, é fundamental traçar um diagnóstico e identificar o que se deseja transformar. Só então se deve partir para o treinamento propriamente dito, elaborando-o conforme as necessidades. No seio de uma comunidade existem diferentes métodos para o desenvolvimento de lideranças. Um método simples e de grande eficácia é aquele que ajudou a Igreja Católica a implantar as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). Esse método parte do princípio de que, no processo de capacitação das lideranças, existem três momentos que devem ser valorizados: o **VER**, o **JULGAR** e o **AGIR**.

O Ver : Este primeiro momento comporta duas preocupações que se inter-relacionam: a própria realidade e como ela se apresenta; e com que olhos o líder a observa. Todos nós temos uma história. É importante conhecer a história do potencial líder porque, por meio dela, é possível descobrir com que qualidades humanas ele orientou sua vida, com que virtudes e crenças ele se relaciona com o mundo, e com que ideologia ou filosofia ele o vê e busca transformá-lo. Por exemplo, numa conversa com a pessoa, descobre-se se ela desenvolveu as chamadas “virtudes positivas” ou “virtudes negativas”. Duas virtudes fundamentais para a ação social são a paciência e a mansidão. Na transformação social, se não se der tempo ao tempo, as mudanças não ocorrem. Por isso, é preciso valorizar a paciência. Por outro lado, aquele que se desespera porque algo não ocorreu e começa a brigar com todos, além de não avançar, fica indisposto perante o grupo. Daí ser também necessário valorizar a mansidão. Mas há muitas outras virtudes que podem e devem ser valorizadas, conforme a área a ser transformada.

O mesmo processo pode ser aplicado para se conhecer com que ideologia o líder atua, pois, dependendo de sua visão de mundo, ele pode ficar cego para outras interpretações da realidade, negando-se a conhecer novas perspectivas. O histórico do indivíduo revela, além disso, suas habilidades. O ideal é evitar marcar a pessoa por sua profissão ou pela posição que ela ocupa numa instituição. Não é porque ele é um engenheiro que não pode ser uma liderança social; é preciso ver o que esse engenheiro tem além da engenharia. Quando se rotula uma pessoa pela profissão, existe a possibilidade de se desprezar outros talentos dos quais a pessoa é possuidora. Então, é preciso dialogar com a pessoa, entender como ela é e o que fez em sua trajetória. O profissional continua sendo engenheiro, mas essa informação pode ser menos relevante diante de outras de suas iniciativas. O segundo componente, não menos importante, é como a realidade a ser transformada apresenta-se ao observador. Sabemos que muitas vezes o setor social atua de maneira assistencialista, tentando minimizar os efeitos de problemas com os quais tem maior dificuldade de lidar. Essa visão assistencialista não trabalha com as causas dos problemas e, como consequência, não transforma a sociedade. Muitas vezes, as organizações assistencialistas trabalham em prol da manutenção do status quo, sem consciência de que estão atuando assim. Para operar de maneira transformadora, uma organização – e, por conseguinte sua liderança – deve buscar nos fatos, nas causas e em suas consequências o entendimento de um problema; e ir além dos efeitos visíveis. Para tanto, deve pesquisar, estudar, consultar especialistas, comparar a situação observada com outras experiências conhecidas. Enfim, ver além do que pode ser observado. E, nesse sentido, o líder deve ser o primeiro a ver, antes dos membros de seu grupo.

O Julgar: Uma vez compreendida a realidade cabe à liderança estabelecer as bases de entendimento para buscar a transformação necessária. Para tal, ela deve estar apta a buscar soluções que podem ser encontradas na literatura, em consultas com especialistas e em análises dentro da própria equipe que lidera. A liderança deve saber avaliar entre as diferentes possibilidades aquela que melhor atende aos requisitos de viabilidade e governabilidade, ou seja, possibilidade de execução. Viabilidade no sentido de que existe conhecimento, método e capacidade, propostos pela ciência ou pela experiência, que mostram a possibilidade de uma determinada ação mudar a realidade. Capacidade de execução no sentido de demandar recursos econômicos, humanos ou

tecnológicos (que nem sempre estão à disposição do líder) para superar barreiras de caráter político ou cultural que impeçam sua execução.

Assim, o julgar representa uma fase crítica do exercício de liderança, já que precisa não só de informações sobre as alternativas para a ação transformadora, mas também de uma análise de recursos disponíveis e de condições contextuais. Esses elementos devem ser devidamente identificados, valorizados e comparados para se conhecer a melhor alternativa de ação possível.

O Agir: Os líderes se faz na ação. Esse entendimento exige a participação intensa do líder no trabalho de sua equipe. Isso se faz ora planejando, ora coordenando, integrando, monitorando ou avaliando. No agir, existe sempre a necessidade de que o líder também seja um gestor, que saiba propor e seguir estratégias e táticas para o sucesso de sua ação, mas que também consiga administrar os recursos disponíveis de maneira eficiente, eficaz e com efetividade. Outro elemento importante nesse processo e que pode ser ensinado para a liderança é o pensamento estratégico. O pensamento estratégico vem antes da ação. Ele faz parte do julgar e implica olhar para a realidade, ver as oportunidades disponíveis e tomá-las de maneira estratégica. O pensamento estratégico aplica-se não apenas à guerra, mas a tudo. Convém lembrar que, quando se está implantando ações transformadoras, os bônus e os ônus recaem sobre o líder, especialmente as dificuldades de caráter político, já que, muitas vezes, ele se contrapõe a uma ordem estabelecida. Sobre ele recaem pressões, críticas e maledicências. Por isso o líder deve ser atento ao falar e ao ouvir. Deve saber distinguir uma crítica construtiva de uma provocação. É nesse momento que um líder é legitimado perante a equipe. O entendimento sobre o método “ver-julgar-agir” traz claramente os elementos que devem ser valorizados no desenvolvimento de um líder.

Alguns líderes precisam de informação; outros, de experiência; e outros, de condições e contatos para que possam exercer a liderança. Aí vem a pergunta: a liderança vem de dentro da pessoa ou pode ser assimilada? Acreditamos que existe uma pré-disposição que vem de dentro da pessoa, mas é possível refiná-la, com programas de treinamento e capacitação. A forma de ajudar a desenvolver uma liderança pode e deve ser variada. Pode passar por desde programas formais e específicos até a exposição às oportunidades vivenciais. Em qualquer desses processos, a liderança atual deve colaborar.

A liderança deve ter sempre um caráter multiplicador.

Por isso, na hora de identificá-la, é preciso ver se a pessoa passa o conhecimento que ela está obtendo para os outros. Quem trabalha com ações sociais precisa saber compartilhar e encontrar outras pessoas para modificar o mundo.

Os desafios da sociedade brasileira são muito maiores do que nossa capacidade de intervenção.

Se a pessoa não acreditar no processo de multiplicação, será impossível zerar o déficit.

Em síntese, um bom líder tem que ter discernimento para saber a hora de refletir e a de agir.

Às vezes, é necessário parar, escutar, analisar se as metas fixadas são realistas, olhar para trás, rever processos e reconstruir. O que ele não pode é desistir. Se o fizer, certamente porá em dúvida sua capacidade de liderar.

Sugestões Biográficas para aprofundamento nos temas:

Financiamento do Sistema de Proteção Social e do SUS

<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasileOutrosPasesV.Prel..pdf>

Caderno de Saúde da FAPERJ

<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVdV94OXICTGdQS2c/view>

Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011

http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&id=51&Itemid=21

Cartilha Plataforma em defesa da Saúde Pública

<http://direitosociais.org.br/document/cartilha-plataforma-em-defesa-da-saude-publica/>