

TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE, MUDANÇAS NA GESTÃO DO SUS E AS RELAÇÕES DE TRABALHO EM UM BRASIL NEOLIBERAL

OUTSOURCING IN HEALTHCARE, CHANGES IN SUS MANAGEMENT AND WORK RELATIONS IN A NEOLIBERAL BRAZIL

Anderson Iacer Bueno Carneiro¹

Caio Murilo Leite²

Rafael Santiago³

Resumo: As relações de trabalho foram se adaptando às novas legislações e ao perfil do mercado no decorrer dos anos, maneira esta que amplia um debate no setor da saúde, correlacionando as mudanças na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a chegada da prestação de serviços, pelos entes cooperados, de configuração contratualizada, que reforça o assunto trabalhista e expressa o cenário do neoliberalismo no Brasil. A presente pesquisa objetiva levantar as discussões presentes nas partes citadas, tendo as versões, como sindicatos, associações e representantes dos trabalhadores, que apresentam posicionamento crítico e apontam a precarização das relações de trabalho, temendo a falta de fiscalização de recursos transferidos no atual modelo, enquanto gestores públicos e empresas prestadoras de serviço dizem aptas para atender as demandas e os contratos firmados com municípios e estados, de maneira que a terceirização da saúde acontece em nosso país. Legislações em constate adaptação procurando nortear a assistência de qualidade ao usuário de saúde buscando um equilíbrio político e social. Para isso foi realizado uma revisão bibliográfica acerca dos temas propostos, com os principais e mais recentes artigos encontrados. Dessa forma, considera-se que um país que descende

1 Especialista em auditoria de Planejamento e Gestão em Saúde pela Facuminas

2 Engenharia mecânica pela UTFPR

3 Enfermeiro pela Universidade Federal do Pará



da escravidão e exploração de mão de obra barata, o problema não é o gasto social caber no orçamento público e sim os direitos universais caberem na psique das elites, que se indigna com direitos básicos oferecidos a classe trabalhadora.

Palavras-chave: Gestão pública. Saúde. SUS. Terceirização. Trabalho

Abstract: Labor relations have been adapting to new legislation and the market profile over the years, a way that broadens a debate in the health sector, correlating changes in the management of the Unified Health System (SUS) and the arrival of the provision of services, by the cooperative entities, with a contractual configuration, which reinforces the labor issue and expresses the scenario of neoliberalism in Brazil. The present research aims to raise the discussions present in the cited parts, having the versions, such as unions, associations and workers' representatives, which present a critical position and point to the precariousness of labor relations, fearing the lack of inspection of resources transferred in the current model, while public managers and service providers say they are able to meet the demands and contracts signed with municipalities and states, so that health outsourcing takes place in our country. Legislation in constant adaptation seeking to guide the quality assistance to the health user seeking a political and social balance. For this, a bibliographic review was carried out on the proposed themes, with the main and most recent articles found. In this way, it is considered that in a country that descends from slavery and exploitation of cheap labor, the problem is not that social spending fits in the public budget, but that universal rights fit in the psyche of the elites, who are indignant with basic rights offered the working class.

Keywords: Public Management. Health. SUS. Outsourcing. Work



INTRODUÇÃO

Laborar no Brasil exerce um papel social e reforça a necessidade para alcançar a dignidade do ser humano, de modo que fornece meios de subsistência e organiza a sua qualidade de vida. Ao decorrer da história o setor trabalhista vivenciou diferentes momentos, mudanças nos vínculos de trabalho, inovação das legislações brasileiras, permissibilidade de ações e políticas para promover o debate e sustentabilidade do mercado (PIALARISSI, 2017).

No setor saúde não poderia ser diferente com a promulgação da lei 8.080 de 1990. A conquista do Sistema Único de Saúde traz uma ascendência na prestação de serviços e nisso, a regulamentado por parte da lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, exemplificando a transferência intergovernamental de recursos financeiros na área da saúde e estabeleceu fundamentalmente outras providências (SANTOS, 2018).

Essas providências que para os prestadores de serviços teve redundância e promoveu debates com a participação de entidades ligadas ao terceiro setor, tendo em vista que os municípios e estados passam a organizar e descentralizar a saúde no território brasileiro. Assim, os recursos destinados para os fundos de saúde podem ser aplicados de forma que custear os serviços prestados, tanto na atenção primária como na atenção especializada e setor filantrópico (FISCHER; FALCONER, 1998).

Estes debates preocupam a sociedade e também os profissionais da área, pois estudos indicam que a nova relação de trabalho, ligada à privatização na saúde acopla consigo a precarização social do trabalho e revela a fragilidade da política trabalhista no Brasil. Esses ataques não ficam apenas ligados às condições de trabalho, mas revelam falta de investimentos para valorização do funcionalismo, que implica diretamente no serviço público ofertado a população (PIALARISSI, 2017).

RELAÇÕES DE TRABALHO E AS INOVAÇÕES DO MERCADO

Fatores sociais e culturais devem ser lembrados, como a mudança nas relações de trabalho



e emprego, com a criação do micro empreendedor individual, que evidencia uma sociedade que permeia a ideia não tão pouco distante do Brasil colonial e escravista. Desde a abolição da escravatura, o Brasil não descaracteriza a dificuldade em mapear e promover a igualdade social, bem como demonstrar uma resistência por parte do mercado em melhorar as relações de trabalho com seu povo (AZEVEDO, 2019).

O modelo neoliberal de privatização demarca os interesses das classes dominantes, que permeia em manter sob controle o crescimento e ganhos de seus estabelecimentos. Segundo pesquisas recentes, um dos setores mais rentáveis no Brasil é o da saúde que possui crescimento anual considerável e demonstra um potencial de alavanco ainda maior nas próximas décadas (REIS, 2018).

Com a possibilidade de financiamento e custeio, gestores públicos passam a avaliar possibilidades de contratualização de serviços por entidades do terceiro setor. Entidades essas que se apresentam como ONG's, fundações, institutos e associações, passando a ofertar serviços de saúde ou até mesmo administrar e fazer gestão de hospitais e serviços públicos de saúde de maneira filantrópica ou contratada. Isso é tido como um avanço ao se pensar em terceirização, já que o controle não fica unicamente na detenção dos estados e municípios. Criteriosamente sindicatos e entidades representativas dos trabalhadores temem que isso traga danos às relações de trabalho e emprego, que precarize os serviços prestados (DRUCK, 2016).

Por outro lado, a gestão pública refere que a organização do Terceiro Setor possui competência e legitimidade para vincular-se ao SUS de maneira contratualizada, respeitando os contratos estabelecidos e legislações vigentes no País. Com isso, a participação deste setor passa a ser mais presente na realidade de muitos municípios (DRUCK, 2016).

Diante disso, fica uma preocupação em relação aos recursos públicos empregados a estas entidades, que passam a ter domínio financeiro dos serviços assim suplementados. Autores revelam que há necessidade de uma fiscalização e olhos atentos dos tribunais de contas, legisladores e do Ministério Público. Esta forma é um dos caminhos para manter transparência e lisura dos processos licitatórios e executórios dos serviços. Fica uma pergunta: Estados e municípios conseguirão manter



a fiscalização rotineira dos recursos encaminhados a estas entidades? (DRUCK, 2016).

Trabalhadores revelam que os salários e benefícios ofertados por estes setores na maioria das vezes são menores e diferentes dos que seriam disponibilizados aos servidores públicos, instigando ainda mais o debate de precarização sobre as relações de trabalho. Sindicatos ligados a classe trabalhadora expressam dificuldades em negociações coletivas com o patronato e o reflexo deste debate se demonstra longo e persistente. Assim, demonstra a necessidade de conhecermos o perfil do trabalhador e as condições de trabalho que este está sendo exposto (PIALARISSI 2017).

Segundo Franco e Druck (2009), ressalta-se que há seis tipos de precarização no Brasil:

1. Vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais;
2. Intensificação do trabalho e terceirização;
3. Insegurança e saúde no trabalho;
4. Perda das identidades individual e coletiva;
5. Fragilização da organização dos trabalhadores;
6. Condenação e o descarte do Direito do Trabalho.

Em saúde outros fatores devem ser expostos, como a perda da qualidade dos serviços ofertados a população e a deficiência da gestão de recursos humanos, que provoca insatisfação por parte dos profissionais e pacientes (PIALARISSI, 2017).

Soluções deverão ser debatidas dos administradores públicos, gestores e representantes da classe trabalhadora, a fim de nortear os problemas e organizar estratégias e sugestões de melhorias (PIALARISSI, 2017).

GARANTIA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE A POPULAÇÃO

No decorrer dos anos houve mudanças importantes nas políticas e diretrizes relacionadas ao modelo de gestão aplicado ao SUS, incluindo configurações de financiamento e realocação de



recursos. De maneira que o planejamento é primordial para que os profissionais tenham condições de trabalho e renda, usuários consigam a qualidade do cuidado ofertado e os prestadores de serviços consigam alcançar este equilíbrio (MENEZES, MORETTI, REIS 2019).

Enfatizar que os serviços públicos em saúde se permeiam pela responsabilidade do estado, empregando o que descreve na Constituição Federal de 1988, no seu “Art. 196 -A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (MENEZES, MORETTI, REIS 2019).

A credibilidade social pelo trabalho social realizado por entidades sociais foram alicerces que contribuíram para o crescimento do terceiro setor, que reforça os valores tradicionais da cultura brasileira e assim houve aperfeiçoamento e fortalecimento destas que se tornou parte dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme previsto nas legislações e políticas públicas de saúde (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

ESTABELECIMENTO E ORGANIZAÇÃO DAS CONTRATUALIZAÇÕES

Conforme os termos do art. 198 da Constituição Federal e do art. 4º da Lei nº 8.080, de 1990, o SUS é constituído pelas ações e serviços de saúde, prestados pelos órgãos e entidades públicos federais, distritais, estaduais e municipais, prevista a participação da iniciativa privada de forma complementar, por meio de parcerias ou da compra de serviços (SALGADO, 2017).

Situações concretas e emergentes no País no campo da saúde devido às demandas crescentes e mais complexas exigiram alternativas jurídico-administrativas para o fornecimento de serviços à população e a complementação à atuação direta do Poder Público. A cooperação público-privada necessita da utilização de métodos e instrumentos de gestão, que requer a superação das metas previamente estabelecidas, se destacando a importância de garantir orientação técnica e instrumentalização adequadas aos profissionais, servidores e gestores públicos que conduziram os processos de planeja-



mento, negociação, implantação, monitoramento, avaliação, supervisão e controle de resultados destes contratos (SALGADO, 2017).

São vários os modelos de contratualização se desempenho institucional no SUS. A figura abaixo busca indagar e exemplificar dois destes modelos através de um fluxograma, como acontece e como se demonstra funcionalmente importante.

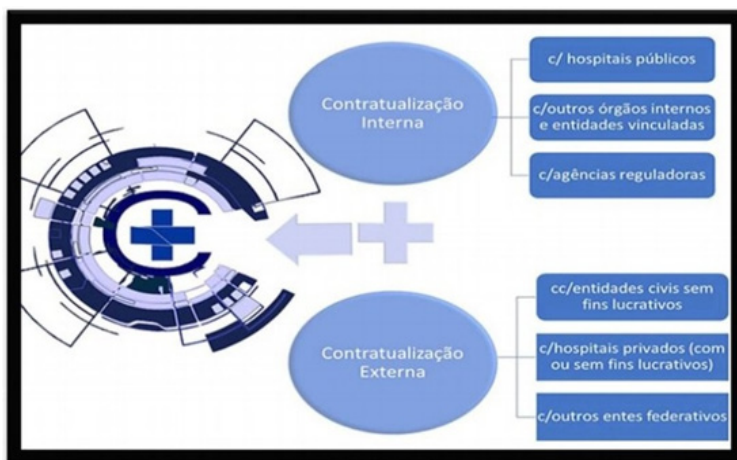


Figura 1. SALGADA, Valeria. Contratualização no SUS. Modelos de contratualização. Disponível em: <https://www.contratualizacaonosus.com/documentos-1>. 2017.

O Fluxograma apresentado estratifica a contratualização interna e externa e apresenta de maneira explicativa as diferenças entre estas, sendo: 1) contratualização interna o modelo que acontece através de contrato de gestão ou intermédio semelhante dentro da administração, entre o gestor do SUS e entidades vinculadas as Secretárias de Saúde, com finalidade de atender às metas de desempenho previamente estabelecidas. Importante ressaltar a suas funções de coordenação e supervisão administrativas previstas no inciso I do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal e nos Art. 19 a 28 do Decreto-Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967. Seu objeto é estimular o órgão ou entidade contratualizado a adotar o modelo de gestão por resultados; e ampliar a capacidade interna do governo de implantar as políticas públicas de saúde, de forma coordenada e sinérgica; 2) contratualização externa que ocorre entre o gestor do SUS e entidades privadas, preferencialmente aquelas sem fins



lucrativos também com modelo de contratos públicos diretamente com os seguintes: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde e suas entidades vinculadas, provendo o cumprimento do objeto contratual, cabendo os pactos e acordos entre as partes. Está prevista no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, e nos contratos firmados com os gestores do SUS (SALGADO, 2017).

TERCEIRIZAÇÃO REFORÇA O NEOLIBERALISMO EXISTENTE

Para entender e distinguir o liberalismo e o neoliberalismo, é importante notar que o liberalismo clássico defende que o governo não intervenha na economia, respeitando o funcionamento do mercado de forma livre e não regulada (REIS, 2018). Já no neoliberalismo, ocorre uma inversão desse princípio, em que o mercado se torna o padrão de regulação das práticas governamentais, limitando a intervenção estatal (REIS, 2018).

No início do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) em 1995, o país enfrentou uma greve geral dos petroleiros que teve um impacto significativo. Esse movimento deixou uma marca duradoura no programa de governo de FHC e revelou os interesses políticos que dominavam o Executivo. O neoliberalismo, que teve início de forma discreta com Fernando Collor de Mello, se manifestou de maneira mais dura durante o governo de FHC, resultando na derrota do movimento sindical dos trabalhadores e evidenciando a presença do neoliberalismo no Brasil (REIS, 2018).

FHC passou a ser visto como inimigo dos trabalhadores, o que contribuiu para a eleição e vitória de Luiz Inácio Lula da Silva como presidente em 2002. Lula assumiu seu primeiro mandato em 2003 com a expectativa de trazer mudanças sociais marcantes para o Brasil. No entanto, mesmo com a vitória do Partido dos Trabalhadores, não foi possível impedir a política de privatização do Estado e as reformas impostas pelo FMI. O setor da saúde também foi afetado por essas reformas (REIS, 2018).

Durante a segunda década do século XXI, de 2016 a 2022, o neoliberalismo na área da saúde se manifestou de forma intensa, evidenciando a atuação do Estado em favor do mercado. Um exemplo



disso foi a adoção, no governo Temer, de uma política econômica baseada na austeridade, em detrimento das políticas sociais. Além disso, destaca-se a implementação de uma política de ajuste fiscal, que congelou as despesas públicas por até 20 anos. Esse cenário foi estabelecido pelo Novo Regime Fiscal (NRF), instituído pela Emenda Constitucional (EC) 95, revelando os elementos do novo projeto neoliberal na saúde brasileira (MENEZES, MORETTI, REIS, 2019).

Desde a gestão de Temer, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido alvo de propostas de mudanças estruturais, sendo o teto de gastos utilizado como uma forma de controlar e expor publicamente os gastos visíveis, estabelecendo uma conexão entre a austeridade e o interesse coletivo. A EC 95 criou uma sensibilidade em relação à expansão das despesas, tornando as políticas sociais meramente objeto de controle (MENEZES, MORETTI, REIS, 2019).

O orçamento da saúde em nível federal foi congelado por 20 anos, sendo reajustado apenas com base na inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A EC 95 desconsiderou as necessidades de saúde da população, o crescimento populacional, a transição demográfica, a expansão necessária da rede de saúde e a incorporação de tecnologia na área da saúde (MENEZES, MORETTI, REIS, 2019).

As mudanças no perfil assistencial, com o aumento da prevalência de doenças transmissíveis, não transmissíveis e causas externas, juntamente com a inflação na área da saúde, superior a outros setores da economia, levaram a uma desvinculação dos gastos sociais em relação ao crescimento da receita nos próximos 20 anos. Mesmo com um aumento na arrecadação federal, não haveria recursos adicionais para investimentos nas políticas sociais. O princípio básico da EC 95 foi evitar que os ganhos reais provenientes do crescimento econômico fossem automaticamente direcionados às despesas primárias (MENEZES, MORETTI, REIS, 2019).

Se essa situação persistir, com ações de subfinanciamento, é possível que o SUS se torne cada vez menor e mais precário do que atualmente disponibilizado para a população brasileira. Essas premissas apontam para um possível retorno a um sistema de saúde excludente, beneficiando apenas alguns. Mesmo com os projetos de terceirização no modelo neoliberal, não é possível prever os



critérios que seriam propostos para a estratificação da população, nem a abrangência e qualidade do cuidado que seriam proporcionados (MENEZES, MORETTI, REIS, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos apresentados até agora remetem a um passado em que a política social não visava garantir direitos, mas sim manter uma lógica individual baseada na dependência da caridade social, mediada pelo poder aquisitivo da burguesia. Pode-se argumentar que, para um país com um histórico de escravidão e exploração de mão de obra barata, o desafio não é fazer com que os gastos sociais caibam no orçamento público, mas sim fazer com que os direitos universais sejam internalizados pela elite, que se mostra indignada diante dos direitos básicos oferecidos à classe trabalhadora.

Nesse contexto, surgem as imagens veiculadas pelas propagandas, que apenas perpetuam a luta contra o racismo e outras questões sociais do antigo mundo, disfarçadas de novidade. Nele, o orçamento público se desvincula de obrigações e compromissos sociais, servindo apenas para naturalizar a exclusão dos trabalhadores e atender aos interesses do mercado.

O mercado, por sua vez, observa a ineficácia e insuficiência do poder público em fornecer serviços de saúde e passa a utilizar as leis como guias para se aprimorar diariamente, oferecendo oportunidades de negociação e terceirização na área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PIALARISSI, Renata. Precarização do trabalho. *Revista de Administração em Saúde*, v.17, n.66, 2017.

REIS, Ana Terra. A DESERTIFICAÇÃO NEOLIBERAL NO BRASIL (COLLOR, FHC E LULA). *PEGADA-A Revista da Geografia do Trabalho*, v. 19, n. 1, 2018.

AZEVEDO, Braynna Barbosa. Terceirização no Brasil: uma análise das alterações trazidas pela Lei



n.13.439/2017.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trabalho, educação e saúde, v. 14, p. 15-43, 2016.

ORGANIZACIONAL, Dutra Gestão. Desafios da parceria governo e terceiro setor. Revista de administração, v. 33, n. 1, p. 12-19,1998.

SANTOS,Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23,p. 1729-1736,2018.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública-austeridade versus universalidade. Saúde em debate, v. 43, p. 58-70, 2020.

SALGADA, Valeria. Contratualizacao no SUS. Modelos de contratualização.Disponível em: <https://www.contratualizacaonosus.com/documentos-1>. 2017.

