

Cidade e Políticas Públicas: A Questão da Saúde Pública

O Rio de Janeiro contemporâneo como discussão pontual

Vanderlei Martins

Resumo

O artigo discute a cidade contemporânea e, no caso específico, o Rio de Janeiro como foco central. O eixo temático aqui privilegiado entende a cidade como centro de convivência sócio-institucional que aglutina interesses políticos, econômicos e culturais específicos, mas nem sempre tratados com o devido equilíbrio, principalmente equilíbrio político. Nesse sentido, a coisa pública, síntese dessa convivência institucionalizada no espaço urbano da cidade, é tratada pelas autoridades responsáveis de uma forma que não atende devidamente aos interesses da população em sua totalidade, no caso, específica e principalmente, as camadas sociais mais desfavorecidas. Objetivamente, o trabalho se volta para analisar a questão da saúde pública no Rio de Janeiro, tentando demonstrar que o colapso no setor é decorrência direta da ausência de uma política pública eficiente associada ao descaso e ao descompromisso social e cultural com as camadas pobres da população urbana.

Palavras-chave: Cidade; políticas públicas; sociedade; saúde pública; cultura; Rio de Janeiro; ética.

Abstract

The article discusses the contemporary city and, in the specific case, the Rio de Janeiro as the central focus. The main theme here privileged understands the city as socio-institutional community center that brings together political, economic and cultural interests specific, but not always treated with the right balance, especially political balance. In this sense, public affairs, synthesis of this institutionalized living in urban areas of the city, is treated by the authorities in a way that does not meet adequately the interests of the population as a whole, in the specific case, and especially the most disadvantaged social strata. Objectively, the work turns to consider the issue of public health in Rio de Janeiro, trying to show that the collapse in the sector is a direct result of the absence of an efficient public policy associated with the neglect and social and cultural lack of commitment to the poor layers of the population urban.

Keywords: City; public policy; society; public health; culture; Rio de Janeiro; ethics.

A questão da saúde pública na cidade do rio de janeiro contemporâneo

Basta a chegada do verão no Rio de Janeiro para que o grave problema da saúde pública na cidade fique devidamente exposto e denuncie essa grave anomalia que tornou-se normalidade na convivência sócio-institucional urbana rotineira, ou seja, o descaso com a saúde pública por parte das autoridades responsáveis pela saúde da cidade. Mais uma vez, como ocorre em todos os verões, o chamado “mosquito da dengue” nos desafia ao deixar devidamente claro nosso desprezo por uma política de saúde preventiva, fundamental em qualquer espaço urbano de grande concentração populacional. No Rio de Janeiro, ao invés disso, as medidas tomadas para se conter o surto que a todo ano se anuncia desencadeiam-se através do poder público, em multirões e campanhas publicitárias de teor educativo para conscientização da população por meio da mídia oficial. Dinheiro (público) que poderia ser usado ao longo do ano em programas preventivos contra tal anomalia. Hoje, como novo desafio e descrença em nossa capacidade de controle da saúde pública, o ‘mosquito da dengue’ nos oferece a Zika, nova forma de contaminação derivada do mesmo mosquito. Fato que dá mais amplitude à incompetência e descaso das autoridades que se apresentam como públicas.

Segundo o advogado Paulo Marcos Senra Souza (2016), presidente da Associação Para a Saúde Populacional, pouco se investe em prevenção, cuidamos mais da doença do que da saúde. Para ele, o surto da hora dá mais uma oportunidade para que se enfrente de frente e seriamente a questão, aglutinando sobre o mesmo problema diversos atores sociais diretamente ligados à mesma questão de saúde pública. Governo, hospitais, operadoras de planos de saúde, médicos e, claro, a população urbana de uma maneira geral. É falso considerar que apenas com médicos e hospitais o problema será resolvido, pois exige uma mobilização de maior alcance e abrangência, diferente das medidas que são postas em prática de forma corriqueira e convencional, como, por exemplo, no caso do surto da Zika que ora penaliza a cidade.

“A doença é transmitida por um mosquito conhecido, cuja forma de prevenção é conhecida, depois de anos de combate à dengue e fumacê. Trata-se de conter a proliferação do mosquito, evitando-se depósito de água parada, como fez com sucesso Oswaldo Cruz no século passado ao acabar com a febre amarela. É tarefa de todos e de cada um de nós. O governo precisa difundir tais informações. E acionar os agentes sanitários, se necessário com logística e suporte de segurança pública. Médicos e hospitais devem orientar os pacientes. As empresas podem informar seus funcionários. E cada caso deve ser notificado, para se formar um banco de dados sobre a doença. No caso da zika, há uma população especialmente vulnerável, a de mulheres grávidas, que correm o risco de gerar crianças com microcefalia. O cuidado é maior, e todos os agentes devem se mobilizar para garantir que as mulheres com manchas vermelhas no corpo em algum momento da gravidez sejam encaminhadas a atendimento especializado para o devido tratamento. Como se vê, nem o governo sozinho, nem os hospitais e planos de saúde conseguirão enfrentar o problema por sua conta. Como de resto está demonstrado que não serão capazes de enfrentar problemas crônicos como obesidade, pressão alta, aids, cancer ou diabetes, entre tantos outros, agindo de forma descoordenada” (SOUZA, 2016:13).

Vale dizer, ainda segundo Senra Souza, que Estados Unidos e Inglaterra, exemplos de países que se deparam com problemas de saúde pública, estão reunidos na ASAP, Aliança Para a Saúde Populacional, criada em 2012 com intuito de implantar uma ação conjunta através de uma medicina mais moderna e universal, onde a integração de todos aqueles agentes de saúde é o ponto de partida principal. A ideia da Aliança é identificar a origem do problema e estabelecer ações objetivas e diretas por intermédio de uma medicina basicamente preventiva e social. O custo de projetos dessa natureza é, certamente, menos oneroso para os cofres públicos do que o montante que se gasta com a cura das doenças instauradas. O que os grandes centros populacionais urbanos pós-modernos necessitam, inclusive a cidade do Rio de Janeiro, são de programas de saúde pública efetivos e de natureza sócio-preventivas e não de ações emergenciais voltadas para prestar atendimento precário para uma realidade onde as doenças são inesgotáveis.

Fazendo um breve histórico sobre o assunto, no caso do Rio de Janeiro, a opção feita pelo estado foi adotar um modelo de terceirização da saúde pública com a regulamentação em 1998 das Organizações Sociais,

que passaram a ser as principais responsáveis pela gestão da saúde pública do estado. O primeiro grande erro de avaliação cometido pelo governo pode ter sido justamente esse, apostar nas OSs como solução final para administração da saúde pública, considerando-as, a partir de então, como regra definitiva. A partir dessa concepção, a maior parte da rede pública foi entregue à essas entidades.

A presença das Organizações Sociais na saúde pública do estado vem desde 1998, quando a lei 9.637 definiu as OSs como pessoas jurídicas de Direito Privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. O texto original da lei era exatamente esse. Na esfera municipal, a implementação das OSs ocorre desde 2009, mas no âmbito estadual as modificações começaram a ocorrer a partir de 2012, quando as OSs passaram a adotar um modelo de natureza empresarial e, paulatinamente, deixaram de cumprir a missão à elas destinada, ou seja, que não faltariam quadros nas unidades de saúde, que não faltariam médicos e equipamentos e que não haveria corrupção. No entendimento de Felipe Asensi,

“As OSs funcionam, em última instância, como empresas. A questão do lucro é ‘sutileza jurídica’, afirma. O advogado refere-se ao fato de que juridicamente as OSs não podem ter fins lucrativos. Mas isso não significa que elas não tenham receita maior que despesa, e sim que a receita tem que ser revertida para a própria OS. Distribuição de lucro não pode, mas há mecanismos para existirem pagamentos mais pomposos para o corpo diretivo, por exemplo” (FRAGA, 2016: 6).

O que se discute em relação à isso é a falta de transparência na gestão financeira das OSs, uma vez que não se sabe como a Secretaria de Saúde atua internamente no monitoramento das agências, já que, externamente, a responsabilidade é do Ministério Público e do Tribunal de Contas do Estado. O fato é que a a prática mostra desvio de conduta àquilo que se propõe juridicamente as organizações em relação à oferta de serviços de saúde para a população do estado, em que artifícios são empregados para contornar o que legalmente está estabelecido como responsabilidade médico-social das OSs.

Fato também relevante é que o Conselho Estadual de Saúde representa a sociedade na discussão, proposição, deliberação, acompanhamento e fiscalização da política de saúde. Contudo, apesar dessas atribuições, o Conselho fica à margem, não sendo envolvido nas decisões e práticas adotadas pelas OSs. Segundo Solange Belchior, membro do conselho, a Secretaria de Saúde dificulta o máximo o envio de dados financeiros sobre tudo aquilo que envolve as Organizações.

Já a Secretaria de Saúde se defende argumentando que há rigor na fiscalização interna que é feita por Comissões Técnicas de Avaliação (CTA) e das coordenadorias regionais de urgência e de atenção primária. Segundo a secretaria, as CTAs são compostas por 130 servidores públicos que fiscalizam mensalmente todas as contas, notas fiscais, gastos e indicadores sociais assistenciais das organizações contratadas. Ainda segundo a SMS, as coordenadorias regionais fiscalizam os itens assistencialistas e, quanto à disponibilidade desses relatórios, a secretaria informou, laconicamente, que “está trabalhando nessa questão”. Como se vê, há enormes lacunas que precisam ser devidamente revistas, ajustadas, preenchidas, afinal de contas, quando se fala que as OSs buscam, através de suas gestões, atingir metas qualitativas, é preciso que essas idealizações atinjam todas as unidades da rede, seja, por exemplo, para o Instituto do Cérebro, seja para um hospital da baixada fluminense.

Todavia, é pertinente que seja dito nesse momento de colapso institucional que a crise na saúde pública no Rio de Janeiro é fato recorrente, espécie de moléstia crônica, usando linguagem médico usual. Em todos esses momentos, o ponto em comum está na falta de recursos financeiros para o setor. Pablo Vasquez, presidente do Cremerj, diz que na crise atual, houve um diferencial mais grave, a possibilidade de fechamento de TODOS os hospitais e emergências do estado, fato que só não ocorreu por conta de ajuda federal.

Para ilustrar a crise na saúde do Rio de Janeiro como fato recorrente, pode-se tomar como exemplos os anos de 1999/2003/2005/2006/2008 e 2012. Saulo Pereira Guimarães em matéria para o boletim digital VOZARIO de 07/01/2016, intitulado ‘Saúde na UTI: Uma Doença Crônica do Rio’, apresenta alguns episódios pontuais considerados por ele como casos agudos na saúde do estado, relatados a seguir:

1999: Caos no Getúlio Vargas. Ao tomar posse em janeiro de 1999, o governador Anthony Garotinho cancelou contratos de terceirização de sete hospitais estaduais que haviam sido firmados seis meses antes pelo seu antecessor Marcelo Alencar. Como reflexo imediato, dois meses depois, a falta de profissionais fez com que o Hospital Getúlio Vargas entrasse em colapso. Os médicos deixaram de atender após ficarem três meses sem receber salários por conta da mudança no tipo de gestão. Médicos da Polícia Militar substituíram os grevistas. Um acordo foi firmado entre o estado e o município passando o segundo a administrar os hospitais Rocha Maia, Carlos Chagas e Getúlio Vargas.

2003: Manobras Fiscais Com o Fundo Estadual de Saúde. Na edição de 30/08/2003, o Jornal do Brasil noticia que o remédio Interferon e outros medicamentos de uso contínuo estão em falta nas farmácias do estado. No mesmo dia, O Globo publica que dois tomógrafos, de última geração, estão parados no Instituto Estadual de Cardiologia no Humaitá e no refeitório do Hospital Getúlio Vargas. A governadora Rosinha Garotinho alegou não ter recursos para instalá-los. Contra essa alegação, o Ministério Público acionou a governante por usar recursos do Fundo Estadual de Saúde nos programas sociais Restaurante Popular e Cheque Cidadão. Rosinha encaminhou, então, à Alerj projeto de lei que tornava legal a manobra fiscal. O projeto foi aprovado em primeira votação, mas foi vetada através de uma liminar expedida pela juíza Georgia de Vasconcellos.

2005: Intervenção Federal nos Hospitais. Seguindo na matéria de Saulo Pereira Guimarães, o fechamento das emergências dos hospitais Cardoso Fontes e do Andaraí foi o estopim da crise da saúde de 2005. A falta de repasses por parte do governo federal foi pelo descumprimento, por parte da prefeitura, de metas estabelecidas por um acordo firmado em 1999. A persistência no impasse no início de 2005 deu origem a uma decisão radical por parte do governo federal, qual seja a decisão de intervir nos hospitais federais do Andaraí, Cardoso Fontes de Ipanema e Hospital da Lagoa e nos hospitais municipais Miguel Couto e Souza Aguiar. Para tentar amenizar a crise, foram montados hospitais de campanha da Aeronáutica e Marinha na Barra da Tijuca e outro no Campo de Santana. Mediante intervenção do STF, a prefeitura deixou de administrar os hospitais federais e em contrapartida prometeu ampliar o Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro.

2006: Saúde no Improvise. Ainda segundo a matéria, a intervenção federal de 2005 não foi capaz de resolver a crise da saúde na cidade. A falta de materiais básicos e equipamentos em vários hospitais passou a ser rotina. Tal precariedade fazia com que os médicos improvisassem, na hora de prestarem atendimento aos pacientes. Para ilustrar melhor tal penúria, fazer uma citação direta é mais interessante para entendimento de tal realidade:

“No Salgado Filho e no Rocha Faria, tomografias computadorizadas são substituídas por desenhos de papel e caneta em função da ausência de filmes para impressão. Fios de cobre comum são usados para intubação de pacientes no Lourenço Jorge, já que o material indicado para esse tipo de procedimento não estava disponível. Um aparelho remendado com esparadrapo foi encontrado no Cardoso Fontes. Internações em cadeiras e corredores e até colares cervicais feitos de papelão foram alguns dos achados inacreditáveis da comissão (de vereadores) que percorreu quatorze hospitais durante três meses” (GUIMARÃES, 2016: 7).

2008: Todos contra a dengue. Seguindo a cronologia estabelecida pelo autor, os hospitais da capital não estavam preparados para a maior epidemia de dengue da história do Rio de Janeiro, registrada em 2008, em que só em janeiro teve cerca de 3 mil pessoas contaminadas pelo vírus. Tal quadro obrigou um trabalho de contenção para enfrentamento da doença entre os governos federal, estadual e municipal e, outra vez, hospitais de campanha das três armas foram instalados em vários bairros da cidade, além de tendas de hidratação montadas em vários pontos da região metropolitana a mando do governador Sérgio Cabral. A situação se normalizou em maio, quatro meses após o surto inicial. Vale dizer que em todos os episódios relatados até aqui, o uso de contêineres passou a ser medida adotada com regularidade para funcionarem como emergência nos hospitais do R. de Janeiro, como no episódio seguinte.

2012: Contêineres em Bonsucesso. Como solução alternativa para não interromper o setor de emergência do Hospital Geral de Bonsucesso, três contêineres foram instalados na unidade por conta de uma obra no hospital com previsão para durar nove meses. Tendo em vista a suspeição de irregularidades, o Ministério da Saúde determinou suspensão das

obras em março, tornando, assim, a alternativa que seria provisória em solução definitiva. O fato é que, no mês de junho, 74 pessoas disputavam 30 leitos disponíveis nos contêineres. Tal quadro de penúria fez com que o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro visitasse o hospital em outubro, quando se constatou aquilo que já era notório: a unidade estava com superlotação. Em novembro, o impasse foi resolvido com a promessa do Ministério da Saúde feita junto ao Cremerj de que respeitaria o limite de internações, providenciaria a contratação de novos funcionários, além de se comprometer que, com a devida urgência, uma nova empresa seria contratada para concluir as obras iniciadas no começo do ano. Ao longo de 2012, portanto, o Hospital Geral de Bonsucesso teve o seu setor de emergência atendendo em três contêineres instalados no pátio da unidade.

“...O acumulado de 2015 é uma carga pesada de um ano que aprontou demais, deixando como saldo uma confluência inédita de crises simultâneas: econômica, política, social, moral, ambiental. Para quem mora no Rio, a mais angustiante de todas elas é com certeza a crise da saúde pública, que parece se encontrar em estado terminal. É de cortar o coração ver as imagens de pacientes morrendo sem assistência na porta de hospitais ou estirados nos corredores à espera de uma cirurgia de urgência que não acontece ou mães com crianças no colo atrás de vacinas que o governo alega não ter dinheiro para comprar. E se não bastasse tudo isso, há um país amedrontado por um mosquitinho quase invisível que produz um surto de febres exóticas de difícil combate: dengue, zika, chicungunha... Até essa animação pré-carnavalesca e pré-olímpica da cidade soa como uma metáfora de mau gosto do naufrágio do Titanic. Deus nos livre” (VENTURA, 2016: 21).

Tomando como referência o exposto acima, pode-se buscar um melhor entendimento para o colapso pelo qual passa a saúde pública no Rio de Janeiro atualmente. É lugar comum o diagnóstico há muito conhecido, ou seja, o descaso com o setor da saúde pública é uma prática antiga que chega hoje à uma condição que põe a saúde pública em incontestável e impiedoso estágio terminal, graças à inobservância no atendimento dos sintomas básicos provocadores de tal estágio. Um péssimo modelo de gestão e a crise econômica que tomou conta do país são fatores que,

associados, desencadearam o agravamento da saúde pública da cidade. Associa-se a isso, segundo especialistas, a absorção por parte dos estados da prestação de serviço de atenção básica, antes atribuição dos municípios, a partir do surgimento das UPAs, desde 2007, bem como da implementação das organizações sociais (OS), como referências de gestão, que, sem uma devida disciplina controladora, se transformaram em organizações de alto custo para os estados, uma vez que só as despesas de manutenção dos serviços da Secretaria consumiram setenta e um por cento do orçamento em 2015. Se não bastasse, o fisiologismo político-partidário interfere no quadro já caótico, colocando interesses políticos individuais acima dos interesses públicos, no caso interesses de saúde pública.

Observando mais detalhadamente cada um desses pilares básicos responsáveis pela crise na saúde pública, mencionados acima, em uma reportagem feita pelo jornal O Globo, em sua edição de 27 de dezembro de 2015, intitulada 'A Penúria da Saúde. O Diagnóstico da Crise', a questão é tratada a partir dos referidos pilares, entendidos como a razão maior do estágio terminal em que chegou a saúde pública na cidade do Rio de Janeiro.

Segundo a reportagem, o governo do estado assumiu o serviço de atenção básica com a criação das UPAs(Unidades de Pronto Atendimento), de forma quase irresponsável, pois não tinha garantias ou condições administrativo-financeiras de bancá-las e/ou mantê-las. Recebidas como solução importante, pois sua idealização visava desafogar a demanda pesada dos hospitais, essas unidades de atenção básica foram exportadas para outros estados, inclusive para a Argentina, sendo inclusive assumida como bandeira de campanha nas eleições para o governo do estado, ao ser proclamada como uma 'grande conquista da população carioca'. E, assim, foram criadas 29 UPAs em diferentes bairros do Rio de Janeiro e outras 28 em diversos municípios do estado, por parte do governo estadual, apesar da responsabilidade pelo serviço de atenção básica ser uma atribuição dos municípios . Além dessas Unidades, criou-se ainda o Hospital da Mulher e o Instituto Estadual do Cérebro.

Ainda segundo a reportagem, as 29 UPAs, em um ano, consumiram cerca de 740 milhões da verba da Secretaria de Saúde, incluindo-se aí o repasse às 28 unidades municipais. Sem recursos, o sistema entrou em

colapso, obrigando o estado a recuar e rediscutir as atribuições que, de fato, são de sua responsabilidade. Aqui um parênteses, apoiado na reportagem: de acordo com a legislação do SUS, ao estado, assim como à União, cabe o atendimento de média e alta complexidade. Por outro lado, municípios de médio e alto porte ficam responsáveis pelos setores de emergência e atenção básica à população. Essa norma regula os repasses federais correspondentes. Ao assumir a responsabilidade que lhe cabe nesse colapso, o governo do estado já admite que o porte da rede de saúde do estado precisa ser reduzido, principalmente naquilo que, de fato, é atribuição do estado. O que se discute, nesse momento, é a devolução ou não das UPAs aos municípios.

“Para o vereador e médico Paulo Pinheiro (PSOL), presidente da Comissão de Saúde da Câmara Municipal do Rio, o governo estadual deveria ter uma previsão de quanto o custeio de hospitais inaugurados poderia onerar à pasta, que, na análise dele, teve motivações políticas:

‘O governador... começou a vender essa ideia e fazer a secretaria maior do que ela poderia ser. Montou uma rede de saúde acima da sua capacidade de resolução. Se fosse cumprida a regra (que normatiza as atribuições dos entes), isso não teria acontecido” (BACELAR,2016:8).

As Organizações de Saúde(OSs), como já dito, surgiram com a finalidade de tornar mais rápidos e dinâmicos os serviços de saúde, haja vista que não dependem, por exemplo, de licitações públicas para compra de materiais, bem como têm maior liberdade para contratação de médicos especialistas. Mas foi justamente tais facilidades que transformaram as OSs em grave problema, uma vez que, em decorrência de desmandos administrativos em sua má gestão, se tornaram vilãs, bem como uma das principais causas da falência da saúde pública. A falta de uma fiscalização mais aguda por parte do estado passou a ser um facilitador para os desmandos administrativo-financeiros. Tal como ocorre com as UPAs, o governo não tem recursos suficientes para mantê-las operando de forma eficaz. Em números, a mesma reportagem do jornal O Globo mostra que a dívida com as OSs já chega a R\$ 710 milhões. Em 2015, de R\$ 3,8 bilhões pagos pela Secretaria de Saúde, R\$ 2,1 bilhões foram destinados às OSs.

Outro desmando importante cometido pelas Organizações Sociais que também merece ser citado: segundo o Sindicato dos Médicos do Rio, enquanto um profissional concursado ganha em média R\$ 2,3 mil, um contratado pelo regime CLT recebe, por mês, R\$ 6 mil. A constatação que se chega é que as OSs só funcionam à base de muitos recursos, mas isso é justamente o que mais falta nos cofres do estado. Um outro equívoco que se cometeu com as OSs foi a implantação dessas em larga escala, sem serem devidamente testadas de forma pontual e restrita. Devido à essa expansão precoce, as despesas (e as dívidas) também se processaram em larga escala, entrando em colapso. No dizer do Professor e Chefe do Serviço de Infectologia Pediátrica da UFRJ, Edimilson Migowski, especializado em gestão hospitalar, as OSs podem segurar profissionais experientes e mais caros no serviço público: ‘É uma administração mais ágil. A OS tem uma agilidade administrativa que todo gestor público gostaria de ter. Eu acho que o problema é falta de fiscalização’, diz ele. Já o governo estadual pensa em uma solução alternativa para a gestão, pois não é tarefa simples manter especialistas como o neurocirurgião Paulo Niemeyer Filho, que atende pelo SUS na rede de saúde pública do estado. Apenas como ilustração concreta dessa grave crise institucional, instaurada em um setor público básico e fundamental na vida da população urbana do Rio de Janeiro, pode-se citar o Hospital Albert Schweitzer, complexo mantido por OS, que entrou em colapso, ficando no centro da crise por deixar de prestar assistência hospitalar a centenas de cariocas diariamente.

“Os sintomas que levaram o estado e, principalmente, a prestação de serviços de saúde à insolvência financeira não surgiram por acaso. Turbinado pelo boom do setor de óleo e gás e pelas receitas de royalties, o governo aumentou gastos nos últimos anos. Só para citar o caso específico da saúde, o número de cargos comissionados, ocupados por pessoas que não têm concurso público, saltou de 613 em dezembro de 2014 para 689 esse ano, de acordo com reportagem da TV Globo, quando o colapso do setor já se desenhava” (BACELAR, 2016: 8).

Em relação aos royalties do petróleo como garantia de um programa sólido em saúde e em educação para estados e municípios brasileiros, a euforia tomou conta das autoridades brasileiras; afinal de contas, recursos não faltariam para tal empreitada. Como medida inicial, o governo federal

criou, em 2013, a estatal Empresa Brasileira de Administração de Petróleo e Gás Natural S.A.(PPSA), de amplos poderes para agir em nome do governo, sendo responsável pela exploração e produção de todo petróleo extraído da camada pré-sal. Criada com essa finalidade, mas com a nobre missão de alimentar financeiramente os programas idealizados para a saúde e a educação, a estatal, dois anos após sua criação, não conseguiu decolar, contribuindo, assim, com a falência dos sistemas de saúde e educação dos estados e municípios brasileiros.

Infelizmente, não é apenas o alto custo de manutenção que obstrui o pleno funcionamento das OSs. Irregularidades em contratos firmados em alguns municípios são práticas usuais em razão de um sistema de fiscalização ineficiente. Em matéria publicada pelo jornal O Globo de 20 de janeiro de 2016, essa questão foi abordada. Segundo o jornal, a Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), selecionada pela prefeitura do Rio para assumir a gestão da Clínica da Família Estácio de Sá, recém-inaugurada no Rio Comprido, faz parte de uma lista de oito Organizações Sociais investigadas pelo Ministério Público. Ainda segundo o jornal, contra ela há uma ação civil pública e outros cinco procedimentos no MP por irregularidades em contratos com o município, como falta de médicos e atendimento feito por seleção. Se não bastasse, a SPDM também responde à uma ação ligada à um contrato com a Secretaria de Saúde do estado.

Vale dizer ainda sobre a SPDM que ela foi a pioneira nesse tipo de gestão na cidade, pois foi a primeira OS contratada pela prefeitura, logo após a criação da lei federal, abrindo caminho para a inclusão de outras OSs no programa. A SPDM, segundo a mesma matéria, recebeu dos cofres da prefeitura, entre 2009 e 2015, algo em torno de R\$ 1,3 bilhão. Constam, na lista de postos/unidades sob a responsabilidade da SPDM, 26 Clínicas da Família, distribuídas pelo Centro, Meier e Zona Oeste da cidade. Além dessas unidades, também é responsável pela gestão das Unidades de Pronto Atendimento(UPAs) de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba. Estão também sob responsabilidade da SPDM os Centros Emergenciais Regionais(CER)

de Santa Cruz e Leblon. Mesmo sob investigação do Ministério Público, a SPDM continua a merecer a confiança da prefeitura do município do Rio de Janeiro, o que, segundo o MP, pode provocar a inclusão da prefeitura como ré no processo, como afirma o promotor Silvio Ferreira Neto, do Grupo de Atuação Integrada na Saúde do MP: “O nosso objetivo é excluir aquelas organizações sociais que não estão prestando serviço de forma adequada. Se o município resiste, a investigação pode enveredar para atos de improbidade administrativa”.

Outra OS envolvida em irregularidades administrativas é a Biotech Humanas, responsável pela gestão do Hospital Pedro II em Santa Cruz. Após ter tido presos oito de seus administradores na Operação Ilha Fiscal, a prefeitura do Rio de Janeiro se viu obrigada a suspender o contrato e excluir essa OS de seu quadro de gestores de saúde. Para substituí-la, foi contratada, de forma emergencial, a SPDM.

“TRIBUNAL ANALISARÁ PRESTAÇÕES DE CONTAS DE CONTRATOS COM 15 HOSPITAIS ESTADUAIS. Um dia depois de a Assembleia Legislativa do Rio (Alerj) anunciar uma comissão especial para fazer auditorias em todos os contratos do governo com OSs, o TCE decidiu agir: divulgou uma devassa em todas as seis OSs que administram hospitais estaduais. O objetivo é evitar que o estado continue repassando recursos públicos à organização que descumpre metas contratuais” (BOTTARI, 2016: 18).

Dentro desse objetivo, a incursão do Tribunal de Contas do Estado vai analisar contratos e prestações de contas de 15 hospitais, além de vistorias. Entre os hospitais elencados estão o Getúlio Vargas (Penha), Carlos Chagas (Marechal Hermes), Azevedo Lima (Niterói), Adão Pereira Nunes (Caxias) e o Hospital da Mulher (São João de Meriti). De acordo com o TCE, na matéria do Globo, desde 2011, auditorias apontam transgressões em várias unidades geridas por OSs. Em 2014, foram encontrados casos de hospitais com leitos em condições inadequadas, sem medicamentos para distribuição e com falhas no abrigo de resíduos. Em outra auditoria, foram identificados pagamentos irregulares à uma organização social. O agravamento na saúde do estado foi a principal razão para o desencadeamento dessas auditorias, quadro que penaliza pacientes que ficam sem atendimentos e funcionários sem salários.

Ao se pronunciar, o presidente do Tribunal de Contas do Estado, Jonas Lopes de Carvalho, disse na mesma reportagem que, “desde 2011, o Tribunal de Contas vem auditando a área de saúde, incluindo contratos feitos com organizações sociais e a gestão de pessoal na Secretaria Estadual de Saúde. Em unidades de pronto atendimento, verificamos, por exemplo, que faltam aparelhos de refrigeração e revestimento de proteção na área de radiologia”. As seis organizações sociais que terão os contratos fiscalizados pelo tribunal são: Pró Saúde, Associação Congregação de Santa Catarina, associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus, Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, Instituto D’or, e Instituto Sócrates Guanaes.

O futuro secretário de saúde do estado – que assumirá o posto deixado vago pelo antecessor que irá concorrer como candidato à prefeitura de Niterói nas próximas eleições municipais – chega ao cargo prometendo amenizar a crise, já admitindo que o estado não tem mais condição financeira de bancar a ‘grande rede’. Não tendo outra coisa a prometer, promete sérios estudos sobre a grave crise que assola a saúde pública. Em entrevista ao Globo em 28/12/2015, Luiz Antônio Teixeira Junior informou que nesses estudos vai analisar e priorizar o que se pode pagar e quais os serviços que o estado tem condição de assumir nesse momento. A ideia inicial é rever e refazer contratos, mas já sinalizando que cortes haverá, com certeza. Aqui um comentário oportuno: quando uma autoridade pública sinaliza cortes no orçamento de uma instituição pública que cuida da saúde, significa dizer que um determinado segmento da população ficará privado de algum tipo de serviço essencial nessa área, lamentavelmente.

Na mesma entrevista, o novo secretário disse ainda que a capacidade financeira do estado no momento em que criou a rede viabilizava o projeto, mas a realidade dos cofres públicos hoje é outra. Luiz Antônio Teixeira Junior não critica de forma direta as OSs, ao não mencionar desmandos ou irresponsabilidade administrativa no uso do dinheiro público por parte dessas gestoras, indo mais além ao dizer que não é sua intenção fechar unidades, mas que vai verificar aquilo que é possível manter em funcionamento. Evasivo e contraditório, excessivamente político, para quem está para assumir uma secretaria estadual importante e sob suspeita no Ministério Público e no Tribunal de Contas do Estado.

Indagado se pensava em passar as Unidades de Pronto Atendimento(UPAs) para o município, o secretário não confirmou nem descartou a ideia, preferindo um diálogo inicial com o secretário de saúde do município, adiantando que tem um projeto na cabeça para pôr em discussão. Sobre o projeto, ele explica (insistindo em não mencionar desmandos e irregularidades administrativas) que

“É a redistribuição de serviços. A gente vai fazer UPAs especializadas, como UPAs infantis. Fazer o atendimento infantil diferenciado. É um projeto que a gente pode fazer, separar o adulto do infantil. Eu não posso fazer em lugar igual à Mesquita, que só tem uma UPA, ali tem que ser adulto e infantil. Não é questão de tirar serviço, é otimizar. Não adianta você ter vários lugares fazendo a mesma coisa” (BACELAR, 2015: 7).

Pelas palavras do futuro secretário de saúde do estado do Rio de Janeiro, não há esperança de que a grave crise que assola a saúde pública da cidade vá ser revertida, pelo menos à médio prazo. Excessivamente vago, Luiz Antônio em nenhum momento da entrevista concedida tocou nos pontos nevrálgicos que envolvem o caos financeiro na área da saúde do Rio de Janeiro, conforme já exposto em vários momentos do texto em questão.

Enquanto isso, o Hospital Pedro Ernesto, referência enquanto hospital-escola na cidade, agoniza por conta dos atrasos nos repasses de recursos para pagamento de salários dos funcionários terceirizados, situação que acaba se refletindo diretamente na questão da higiene com a sujeira que se propaga e que é provocada pelo acúmulo de lixo hospitalar na unidade. Como decorrência da crise, o hospital se viu obrigado a suspender todas as suas cirurgias em razão do alagamento de seu centro cirúrgico provocado por fortes chuvas ocasionais. Esse vem a ser apenas mais um problema provocado pelo descaso do estado em relação ao Hospital Pedro Ernesto. A falta de material básico, como gaze e fralda geriátrica também já faz parte da rotina do hospital. No caso do Pedro Ernesto, não se deve falar em má gestão da unidade, pois o problema maior do hospital é falta de repasse dos recursos financeiros por parte do estado para que a unidade funcione regularmente e retome sua condição de hospital-escola referência no estado. A questão da formação de futuros médicos também é afetada, pois, segundo o presidente da Academia Nacional de Medicina,

Francisco Sampaio, tanta deficiência estrutural provoca deficiência na capacitação dos médicos-residentes do hospital. Segundo ele, a residência é fundamental para a formação do médico e não se está concluindo essa etapa de maneira correta, posto que está sendo ministrada sem rigor e o devido apuro acadêmico-científico.

Ainda sobre o Hospital Pedro Ernesto, também por conta do caos, o hospital se vê obrigado a antecipar altas de pacientes por falta de insumos de uso contínuo e falta de higiene por conta da paralização de funcionários terceirizados que estão com salários atrasados. Enquanto o reitor da UERJ, Ruy Garcia, diz que, no auge da crise em meados de janeiro de 2016, apenas 200 pacientes estavam ocupando os 300 leitos do hospital, o médico ortopedista Renato Graça contradiz afirmando que o Pedro Ernesto tem 500 leitos e que, no mesmo período, somente 100 estavam ocupados. Assim é que rouparia, limpeza, segurança, manutenção, engenharia e administração, todos terceirizados, funcionam, quando funcionam atualmente de forma precária, situação que faz com que a rotina do hospital se dê de forma inadequada e sem o devido controle habitual. Tal anomalia provoca uma outra tão grave quanto, ou seja, a rapinagem de materiais e equipamentos do hospital, para piorar o que já está pior, conforme relato a seguir:

“A polícia civil abriu inquérito ontem para investigar CONSTANTES (o grifo é nosso) furtos de equipamentos no Hospital Pedro Ernesto. Segundo depoimento de uma testemunha à polícia, médicos constataram pela manhã que faltavam dois aparelhos de colonoscopia utilizados em exames no intestino. O hospital não tem câmeras em seu interior e apenas três dos dez seguranças escalados para a madrugada estavam trabalhando. De julho de 2015 até agora, diversos computadores, uma impressora, um aparelho de oftalmologia e até papel toalha foram furtados do Pedro Ernesto, de acordo com registros feitos na delegacia” (BACELAR, 2016: 17).

Nesse momento, a circulação de médicos, funcionários e pacientes por corredores e alas do hospital é quase nenhuma. No início de 2015, o Pedro Ernesto tinha 500 leitos, quase todos estavam ocupados; com a crise, no início de 2016, uma enfermaria com vinte vagas abriga apenas 2% dessa capacidade. No geral, em janeiro de 2016, apenas 30% da capacidade

do hospital está sendo utilizada e pacientes, sem risco de vida, têm alta antecipada por não haver previsão para realização de cirurgias. Uma médica, que não quis se identificar, confirma essa decisão ao desabafar que “os leitos estão vazios porque os pacientes foram mandados para casa. Não existe uma ordem por escrito para isso, mas não faz sentido ele ficar internado, à espera de cirurgia, se não há previsão para ser operado. Se não for urgente, o procedimento não ocorre”, disse ela ao Globo em 28/01/2016.

O que é incontestável nesse momento do Pedro Ernesto é uma realidade caótica que abarca os cinco andares do hospital, tornando-o totalmente insalubre e onde pacientes com doenças infectocontagiosas, como Aids e tuberculose, se misturam com o lixo não recolhido devidamente, o que obriga médicos e enfermeiros a limparem setores onde há pacientes internados. Esses, inclusive, pedem aos familiares que tragam fraldas para seus parentes que estão internados. Assim é que o Hosp. Universitário Pedro Ernesto está parando. E com ele param transplantes, cirurgias cardíacas neurocirurgias, tratamentos de câncer, de recém-nascidos de muito baixo peso e gestantes de alto risco, de acordo com os médicos-professores Ricardo Chaves e Henrique Aquino, da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

Em artigo publicado no Globo de 07/02/2016, estes dois professores explicam, em tese, a sistemática de funcionamento da saúde pública. Expõem que, a partir de 1988, o Brasil adotou o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, integral e igualitário para atendimento em todo o território nacional. Neste sistema, se devidamente organizado, a ‘porta de entrada’ são os postos de saúde e as unidades de emergência, responsáveis por 15% dos atendimentos primários. Se contarem com equipes eficientes, mais de 85% dos casos são resolvidos nesse nível primário de atendimento.

Prosseguem eles na explanação que, como suporte para essas unidades primárias, devem existir as policlínicas, centros de referências de especialidades médicas para atendimentos ambulatoriais mais complexos, referenciados pelas unidades básicas, num sistema de mão dupla.

Além disso, eles afirmam que, na retaguarda dessas estruturas, estão os hospitais gerais e os especializados, fazendo a atenção daqueles que precisam de tratamento em nível de internação hospitalar, e na alta, os encaminhando às policlínicas ou às unidades básicas, conforme o caso. Na

explicação, os professores Chaves e Aquino explicam, em seguida, o real papel dos Hospitais Universitários no Sistema Único de Saúde (SUS), que é buscar a melhoria desse sistema através da formação de recursos humanos de qualidade, capaz de dar soluções efetivas ao sistema, à pesquisa, ao desenvolvimento de novas técnicas, à avaliação e incorporação de novas tecnologias, terapias e procedimentos de alta complexidade, medindo seu impacto e seus custos para o SUS. Esse é o real papel dos HUs.

Entretanto, arrematam os professores, há total e absoluta negligência por parte dos governos estaduais que se sucedem quanto à importância dos Hospitais Universitários para o Sistema Único de Saúde, sendo que a situação do Hospital Pedro Ernesto, para eles, é emblemática, ou seja, uma unidade de 500 leitos – com pessoal técnico altamente capacitado, grande formador de recursos humanos, engajado em diversos projetos de pesquisa e tratamentos de alta complexidade – encontra-se paralisada por falta de pagamento de pessoal de limpeza, lavanderia e segurança. Milhares de usuários necessitando de tratamento estão deixando de ser atendidos simplesmente por falta de insumos básicos. Vale lembrar que o Pedro Ernesto é o primeiro hospital universitário do Rio de Janeiro considerado “Amigo da Criança” pelo Unicef, mas que nesse momento está parando de funcionar.

Drama semelhante vive o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Faculdade de Medicina da UFRJ, obrigado a suspender as aulas práticas da faculdade à qual pertence. Tal medida é, ao mesmo tempo, lamentável e trágica, pois trata-se de uma das poucas instituições de ensino de excelência na área médica do Rio de Janeiro.

Segundo o diretor geral do Hospital Universitário da UFRJ, Eduardo Côrtes, para o Globo na edição de 29/01/16, “é penoso ter que tomar essa decisão. Mas também é preciso reconhecer que, se continuarmos sem verbas e investimentos, corremos um sério risco de comprometermos a formação de nossos alunos, tradicionalmente entre os mais bem preparados do país”. O hospital tem capacidade para 500 leitos, mas no momento utiliza apenas 170, para um contingente de 1.200 acadêmicos, o que é impraticável para uma boa preparação acadêmico-profissional. O atraso no repasse de verbas, bem como a falta de investimentos são os responsáveis por esse quadro caótico. A atual direção tem buscado apoio

junto a parlamentares com intuito de conseguir verbas para manutenção e ampliação do hospital, de enorme relevância principalmente para a população da Baixada Fluminense.

Enquanto isso, voltando ao comentário inicial desse trabalho, de forma paralela e inapelável, o mosquito da dengue não dá tréguas e se prolifera pela cidade de forma preocupante. No início de 2016, em uma semana, houve um aumento de 200% em casos de dengue no Rio de Janeiro, segundo a Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Secretaria Estadual de Saúde. Como alento, de acordo com artigo publicado no jornal o Globo de 20/01/2016, Ruben Berta informa sobre um projeto que está em desenvolvimento na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no Rio de Janeiro. Relata o autor que o projeto ‘Eliminar a dengue: Desafio Brasil’, parte da liberação de mosquitos adultos e de ovos com uma bactéria chamada Wolbachia. Os estudos demonstraram que os insetos infectados reduzem a transmissão da dengue, febre amarela, chikungunya e zika. As primeiras liberações foram feitas entre setembro de 2014 e janeiro de 2015, no bairro da Ilha do Governador. Ao final de 20 semanas, 65% dos mosquitos *Aedes aegypti* da região continham a bactéria, o que configurou um resultado satisfatório. O projeto também está sendo testado agora em Jurujuba, Niterói.

Para a bióloga uruguaia, radicada nos Estados Unidos, Mercedes Pascual, “o mosquito da dengue pode também estar nos transportes públicos, ele também anda de ônibus. É preciso analisar seu ciclo e o do parasita. A evolução do inseto é muito mais rápida que a nossa capacidade de desenvolver métodos de combate... Mudar o comportamento de uma população é muito difícil. Se as cidades continuarem crescendo, os problemas sociais associados às mudanças climáticas vão impor um desafio ainda bem maior à saúde pública” (DALE, 2016: 2).

Nesse momento, fica claro que a preocupação maior das autoridades brasileiras no controle da evolução dos focos transmissores da dengue/zika é muito mais por conta dos Jogos olímpicos de 2016 do que propriamente com a população do Rio de Janeiro. Há uma nítida intenção de agir no sentido de aplacar o medo e a preocupação dos países que participarão dos Jogos, principalmente os países mais ricos.

Nesse sentido, o Comitê Olímpico Brasileiro, ao mesmo tempo que cobra medidas imediatas às autoridades brasileiras, tenta tranquilizar o Comitê olímpico Internacional garantindo que o surto está sob controle e que todas as instalações dos Jogos não correm riscos de contaminação. Dentre os países presentes nas Olimpíada, os Estados Unidos é o mais incisivo e exigente nos pedidos de providências urgentes. Na argumentação do COB, através do médico da Rio-2016, João Grangeiro, o mês de realização das competições o Rio de Janeiro tem clima seco, o que praticamente acaba com a incidência de proliferação do *Aedes aegypti*. Para ele, o grande problema não é o zika. O grande problema é o vetor, o *Aedes*, que com o clima seco não prolifera de maneira descontrolada.

Apesar dessa argumentação, no Reino Unido há verdadeira comoção, com jornais e televisão abrindo espaço para a epidemia, colocando o Brasil como principal foco do vírus, alertando para as Olimpíadas, conforme o Globo de 27/01/2016. A maioria das matérias publicadas tem teor alarmista e ao mesmo tempo fatalista, pois associam a morte à um surto supostamente incontrolável pelas autoridades brasileiras. Manchetes do tipo ‘fique longe do Rio se estiver grávida’, ‘se a viagem for inadiável, fazer uso de repelente’, além de fazerem reportagens exibindo depoimentos de mães com baixa auto estima, sofridas, sem o devido atendimento médico nos hospitais no Brasil e ilustrado por fotos de bebês nascidos com microcefalia em Pernambuco. Não é difícil imaginar o tom de superioridade dado pelos britânicos na execução dessas reportagens, em que é provável que prevaleça muito mais o desprezo e a frieza do que a compaixão e solidariedade à população atingida.

Alguns especialistas brasileiros em saúde pública foram ouvidos para opinarem se realmente há razão para tanto temor com a propagação dos surtos de dengue e zika. Para o virologista do Instituto Evandro Chagas do Pará, Pedro Vasconcelos, por exemplo, a situação é grave no mundo e não apenas no Brasil. A dengue mata entre 25 e 50 mil pessoas no mundo atualmente, sem que não haja uma comoção mundial contra esse fato. Para o virologista, os focos estão nas casas, por isso não se deve deixar a zika invadir as residências, o deve ser a conscientização em massa a ser empreendida junto à população. O especialista do Instituto Adolfo Lutz de São Paulo, Akemi Suzuki, pensa igual, ao afirmar que a situação precisa ser alardeada para que a população se volte contra o problema, que só se

tornou grave por conta do descaso com o perigo que o mosquito representa. Para ele, que também considera que a maioria dos focos está dentro das casas, não se levou a dengue à sério e o mosquito se proliferou, tornando a situação quase incontrolável. É preciso envolver a população no combate ao mosquito a partir das próprias residências.

Por outro lado, o virologista Amilcar Tanuri, do Laboratório de Virologia Molecular da UFRJ, considera um exagero o alerta internacional decretado pela IMS, pois ainda não se tem certeza absoluta de que a microcefalia é causada pelo vírus zika. No entendimento do médico, ainda existem muitas pesquisas a serem feitas, argumentando ainda que ‘o vírus da dengue já foi encontrado na placenta de gestantes, e isso não prova que dengue provoca microcefalia, não havendo portanto, motivo para pânico’. É preciso combater e acompanhar, mas fora de um clima de comoção nacional ou internacional. O infectologista e epidemiologista da UFRJ, Celso Ramos Filho, segue o mesmo raciocínio, ao considerar que há um alarde exagerado dentro e fora do Brasil sobre o assunto, principalmente por conta das Olimpíadas. Os Jogos serão realizados em período seco, quando o mosquito tem menos possibilidade de se desenvolver e demora mais para chegar à forma adulta. (Os depoimentos dos quatro especialistas aqui mencionados, foram dados ao jornal O Globo em sua edição de 29/01/2016).

Enquanto isso, seria cômica se não fosse trágica a postura adotada pela maior autoridade da saúde pública do país, o Ministro da pasta Marcelo Castro. Através de algumas de suas declarações veiculadas na grande imprensa brasileira, percebe-se a infelicidade e o quanto foram inoportunas em um momento tão crítico vivido pelo Brasil:

“No repertório de Castro está, por exemplo, a pouca feliz brincadeira de que, na falta de vacina contra zika, seria bom que as mulheres pegassem a doença antes de engravidar e assim ficassem imunizadas. Em janeiro, três novas gafes. A primeira foi durante a reunião da força-tarefa criada para combater o Aedes e a microcefalia, quando ele tentou desconstrair o ambiente e contou uma piada que recebeu a respeito do emprego de forças do Exército nessas ações. ‘Devemos usar a Marinha porque ele(o mosquito) se reproduz em água. E a Aeronáutica, porque ele voa’”. (SOUZA, 2016: 3).

A repercussão negativa após as infelizes declarações de um ministro empossado há apenas quatro meses causou desconforto no governo e sua permanência no cargo ocorreu por conta de ter sido uma indicação feita pelo PMDB para o Ministério da Saúde. A contrapartida para essa indicação, bem como sua manutenção na pasta da saúde, é a garantia de consolidação da maioria parlamentar contrária ao impeachment. Independente dos arranjos políticos, fica evidenciado o total despreparo de Marcelo Castro para uma empreitada de tamanha envergadura, qual seja a de chefiar um dos ministérios mais importantes no momento atual do país. Eduardo Cunha, presidente da Câmara dos Deputados e que está sob pesada investigação por conta de diferentes crimes cometidos contra os cofres públicos, é um dos principais defensores de Marcelo Castro.

Ainda sobre o ministro da saúde, é dele o desabafo ‘estamos perdendo feio para a dengue’. Esta frase também causou um certo mal estar junto ao governo, uma vez que não é comum uma autoridade oficial admitir o fracasso de um programa governamental sob sua responsabilidade. Mas esse desabafo expressa uma verdade que o governo federal prefere não admitir publicamente. Porém, existem ainda outras verdades sobre a realidade de nossas cidades que também precisam ser vistas como ‘derrotas’ a serem transformadas em vitórias. O Rio de Janeiro é uma das cidades brasileiras que, infelizmente, manifesta em seu cenário social maior concentração destas ‘derrotas’ oficiais, não apenas a ‘guerra contra o mosquito da dengue’.

No Rio de Janeiro contemporâneo, apesar de não admitido oficialmente, há a nítida sensação de que se está ‘perdendo feio’ a guerra contra a violência. Esta percepção é decorrência do estado de espírito que tomou conta das pessoas na rotina da convivência social no território urbano. É nítido o clima de insegurança instaurado neste convívio, onde a rua passou a ser local de perigo e não de interação amistosa. A angústia e o medo substituem a paz de espírito e a descontração emocional como elementos determinantes na convivência urbana, que pressupõe aproximação mas acaba por impor aos indivíduos o afastamento e o distanciamento. Condomínios fechados, guaritas nas ruas residenciais e shoppings como local seguro de lazer passam a ser a expressão arquitetônica desse medo e insegurança que se instaurou na cidade.

Além da batalha que se trava (e se perde) no âmbito da saúde pública e da violência, o Rio de Janeiro também ‘perde feio’ na guerra da educação pública, onde falta-se de tudo, inclusive quadros de professores bem preparados intelectualmente e remunerados dignamente. De uma maneira mais abrangente, a educação nacional, das primeiras letras à chamada formação superior, segue ‘ladeira à baixo’, sem que uma política consistente e um projeto pedagógico unificado de educação à nível nacional sejam pensados e instaurados. O discurso oficial atual de fazer do Brasil a expressão de uma ‘pátria educadora’ é apenas e tão somente um discurso. São 50 milhões de brasileiros adultos sem o ensino fundamental que aguardam por esta pátria imaginada pelo discurso oficial. Além disto, as universidades brasileiras não estão institucionalmente preparadas para produzirem conhecimento científico e tecnológico exigidos pela Pós-modernidade contemporânea, competitiva por excelência, como pressuposto obrigatório para atingir o desenvolvimento econômico e social exigido à um país que se pretende moderno.

Uma outra guerra em que o Rio de Janeiro (e o Brasil) também ‘perde feio’ é a da desigualdade social, intimamente ligada às outras batalhas aqui referidas. Zuenir Ventura já disse que o Rio de Janeiro é uma ‘cidade partida’, arquetonicamente simbolizada pelos túneis que ligam ‘o norte’ ‘ao sul’. Fato curioso é que os moradores ‘do sul’ consideram as praias como propriedades próprias, sendo, portanto, absurdamente indesejada a presença dos moradores ‘do norte’ no usufruto dessa natureza (pública). A desigualdade social tem a sua face mais cruel ao mostrar que a cidade (e o país) ainda possui vasto contingente populacional que vive naquilo que sociologicamente é chamado de ‘miséria absoluta’.

Dívida pública, inflação, endividamentos privados e familiares, controle do crescimento urbano, transporte público e a gestão da coisa pública aliada à corrupção institucional e à impunidade, são outras guerras em que a cidade (e o país) continuam perdendo feio. Como cereja de um bolo que desandou, há o iminente perigo de se perder a democracia plena por conta de um movimento elitista que prega a cassação de um governo federal eleito democraticamente, mas que não sabe como lidar com os inimigos que continuam vencendo as guerras citadas acima.

Voltando a falar aqui sobre a questão principal e pontual, a impressão que fica na discussão acerca da saúde pública, seja na área do estado ou na área do município é que, devido à falta de uma fiscalização mais apurada e de forma mais sistemática e ininterrupta, o controle da gestão das OSs fugiu ao controle dos governos estadual e municipal. Ainda segundo reportagem do Globo de 18/01/2016, o que se tem como realidade é que, das dez OSs que atuam na área da saúde do município, oito delas estão sob investigação. Existem, nessas investigações, pontos comuns nos problemas existentes em cada uma delas, ou seja, superfaturamento na compra de remédios com preços até 508% acima da tabela da prefeitura, cobranças indevidas por serviços não prestados pelas OSs, e auditorias que indicam que encargos sociais dos empregados não foram recolhidos, bem como atendimento deficiente aos pacientes no acesso aos serviços nas unidades. Além disso, há casos suspeitos de despesas irregulares como, por exemplo, despesas em churrascarias.

Seguindo a matéria, também, nesses casos, são as ações do Ministério Público e do Tribunal de Contas do Estado, que enfrentam os desmandos cometidos por gestões irresponsáveis nas unidades sob suspeição; todas as investigações tomaram por base auditorias preliminares realizadas pelo Tribunal de Contas do Município. Nas investigações, foram identificadas práticas idênticas àquelas praticadas pelas OSs investigadas pela operação Ilha Fiscal, isto é, devido à inércia governamental no controle dessas organizações, há uma certa “padronização” na prática de ilegalidades, espécie de “manual para atos ilícitos”, haja vista a incidência e rotina com que ocorrem essas transgressões e desvios das metas a que se propõem as OSs. Isso tudo é implesmente lamentável e ao mesmo tempo inconcebível, tendo em vista que é a saúde, bem como a vida da população, a razão maior desses serviços. É muito (recursos) para tão pouco (serviços).

Apenas como ilustração, ainda segundo a denúncia da reportagem, o Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam), uma das oito OSs sob investigação, mesmo não tendo sede no Rio de Janeiro, conseguiu se inscrever na Comissão de Qualificação da Casa Civil e ficou sob sua responsabilidade a gestão das Coordenações de Emergência Regional (CER) do centro da cidade e da Ilha do Governador, bem como do Hospital Evandro Freire também na Ilha do Governador. Pois bem, a grandeza em reais desses contratos assinados em 2012, com a duração de

24 meses, tinha o valor total de R\$ 134.190.792,62. A ousadia (e covardia) na falta de comprometimento com a saúde da população da cidade do Rio de Janeiro é mostrada na citação direta que se segue, mostrando de maneira mais clara tal episódio:

“No caso do Evandro Freire (hospital), a unidade só abriu oito meses depois. Mesmo assim, a Cejam apresentou gastos de custeio vinculados ao hospital e à CER-Ilha, com autorização dos gestores da secretaria municipal, que somaram R\$ 4.928.322,93. Foi apurado que, entre as despesas, estão pagamentos de salários profissionais de saúde e médicos contratados pela OS na quantia de R\$ 2.362.506,01, sem que eles prestassem qualquer atendimento, caracterizando exemplo de má gestão dos recursos públicos. Além disso, como seus profissionais eram de São Paulo e não contratados no Rio, como determina a lei das OSs, a Cejam também apresentou despesas consideradas irregulares, como gastos na Churrascaria Fogo de Chão, táxis, passagens aéreas e taxa de administração, gerando perdas no valor de R\$ 1.262.251 entre abril de 2012 e março de 2014. (...) Até 2015, as oito investigadas foram contratadas para receberem um total de cerca de R\$ 9,2 bilhões” (WERNECK, BOTTARI, 2016: 6).

Se não bastasse a desonestidade que permeia a relação entre estado/município/empresas de saúde, em âmbito interno, o descaso administrativo oficial também contribui para alimentar a crise institucional no setor. Não são raros os casos em que materiais cirúrgicos e medicamentos são esquecidos em depósitos públicos por conta de uma desorganização logística por parte das autoridades que se dizem responsáveis. Em janeiro de 2016, uma fiscalização apurada do Ministério Público encontrou um lote de material desperdiçado na Central Geral de Abastecimento(CGA) da Secretaria de Saúde. Nessa inspeção, foram encontradas 7.510 próteses importadas, além de equipamentos ortopédicos e vasculares com validade vencida, cateteres de coronária, próteses de quadril, além de remédios com prazo de validade expirado para portadores do vírus da Aids, conforme divulgação feita pela grande imprensa da cidade em 23/01/2016.

Tal descaso tem duas agravantes: a primeira diz respeito à não utilização desse material por parte de pacientes necessitados dos mesmos; e a segunda agravante se refere ao prejuízo causado aos cofres públicos com o desperdício, nesse caso, na ordem de R\$ 2 milhões, o que não é pouca

coisa, levando-se em consideração a penúria das finanças públicas, sem falar no prejuízo maior que é a vida da população doente. No caso citado acima, algumas constatações e indagações se fazem pertinentes. O local onde todo esse material se encontrava armazenado estava sob responsabilidade da Log Rio, empresa privada contratada pelo governo do estado para administrar o depósito. Não se sabe ainda o teor desse contrato. É preciso que se saiba, também, de quem é a responsabilidade pela compra desse material estocado, uma vez que trata-se de material importado, logo, de alto custo. De qualquer forma, independente da conclusão que se chegue e da decisão que o governo irá tomar, já está caracterizada improbidade administrativa no controle do material estocado, haja visto que todo o estoque estava armazenado de forma inadequada.

Uma grande contradição, para não dizer extrema irresponsabilidade, perpassa toda essa crise na saúde pública do Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo que se constata escassez de materiais, bem como de medicamentos, ocorre, de forma simultânea, desperdício de materiais e medicamentos, de acordo com o episódio mencionado no parágrafo anterior. Se há escassez, por exemplo, no Hospital Rocha Faria em Campo Grande, há desperdício no depósito da Central Geral de Abastecimento em São Gonçalo. Seria cômico se não fosse trágico, quando o governador do estado diz, nesse mesmo momento, que a dívida com fornecedores da área da saúde é na ordem de R\$ 1,3 bilhão. Na verdade, a falta de comprometimento social, aliada à falta de responsabilidade ética, permeia a gestão da saúde pública, assim como são princípios ausentes no controle administrativo-fiscal por parte do estado e município. Para se ter uma melhor noção da falta de comprometimento e responsabilidade, o Hospital Rocha Faria possui 300 leitos e presta cerca de 10 mil atendimentos por mês, envolvendo emergência e maternidade. A partir de janeiro de 2016, o hospital passou a ser responsabilidade do município do Rio de Janeiro.

Se discute atualmente a política de terceirização da saúde pública adotada no Rio de Janeiro pelo estado e município. Há uma corrente favorável ao modelo, outra nem tanto, pois considera que o modelo é falido. A favor, argumenta-se que há casos de gestão que funcionam satisfatoriamente na prestação dos serviços, mas sem citar um exemplo concreto.

Na defesa que se faz às Organizações Sociais, esse segmento pró aponta para a queda da arrecadação financeira por conta dos royalties do petróleo aliada à crise que se instaurou na Petrobrás com a Lava Jato, a causa maior. Entendem que as denúncias que estão sendo feitas são pontuais e não refletem a totalidade do Programa. Já para a outra corrente que pensa de forma contrária, o programa em si é de teor muito mais patrimonialista do que propriamente sócio-assistencialista, o que transforma tal modelo de gestão em negócio. Segundo o médico e também vereador Paulo Pinheiro, a maioria das Organizações Sociais contrata a totalidade dos serviços continuados sem processo seletivo, ferindo o princípio da impessoalidade. Para ele, é preciso que se mude o modelo de gestão, esclarecendo que sua opinião não é ideológica, mas sim técnica, pois está apoiada em sua experiência como médico e gestor do Miguel Couto durante oito anos.

Em artigo publicado no Globo de 18/01/2016, a Profa. Ligia Bahia da UFRJ argumenta que todas as decisões tomadas pelas autoridades da saúde para contornar a crise no setor são meramente paliativas, que não tratam a questão com a seriedade devida. Tais medidas são improvisadas, carregadas de retórica e que, na verdade, podem acarretar novos problemas mais à frente. Se de um lado se tem um segmento sério que pensa em novas formas sócio-gerenciais-institucionais, de outro lado se tem um segmento comprometido com uma política de corrupção também institucionalizada e que tratam a saúde pública apenas como uma grande oportunidade para negócios. Nessa lógica, as instituições políticas, dominadas por políticos patológicos e aéticos, acabam por obstruir de maneira sistemática o bom serviço e o bem-estar da população.

Dentro desse contexto, não há qualquer tentativa de equilíbrio entre os interesses privados e os interesses públicos. O Estado ao mostrar toda sua incapacidade e inoperância de impor livremente sua autoridade de natureza pública, sucumbe diante dos interesses privados que são conduzidos pela mão pesada do capital.

“Quem se lembra do nome dos últimos secretários de saúde do Rio de Janeiro, a não ser de quem foi acusado de desvios de recursos? A caracterização da saúde como um negócio como outro qualquer, ironicamente, abre alas para o atacado de interesses políticos particularistas. Gurus gerencialistas e seus sempre renovados clichês desenvolvem esforços e agitações respeitáveis.

Contudo, as promessas revolucionárias de poupar gastos desnecessários na saúde não deram certo em lugar nenhum. Acumulam-se evidências sobre a fragilidade de diversas fórmulas tecnocráticas de pagamento de médicos e hospitais e sobre propostas ingênuas de políticas saudáveis (...).

Saúde é um desafio democrático, refere-se à plausibilidade dos compromissos e compatibilidade dos recursos alocados para os efetivar. Nas eleições municipais de 2016, a política de saúde e o SUS podem ser resgatados desde que liberados do confinamento e dos modismos, achismos e pilhagens” (BAHIA, 2016: 12).

Um alento, em razão da grave crise que atravessa a saúde do Rio de Janeiro e muito mais em razão dos desmandos cometidos pelas organizações de saúde: a Secretaria Estadual de Saúde, através de Resolução publicada no Diário Oficial do Estado de 28/01/2016, define e impõe diretrizes que deverão ser seguidas pelas OSs a partir dessa publicação. O objetivo principal da Resolução da Secretaria de Saúde é que as organizações cortem despesas e se enquadrem nas tabelas definidas pelo órgão.

Dentre as normas definidas, vale destacar algumas: a compra de medicamentos não mais poderá ser com preços superiores aos preços pagos pela secretaria; serviços de apoio e manutenção das unidades, tais como fornecimento de alimentos, vigilância de patrimônio, limpeza dos hospitais, lavanderia, engenharia clínica e manutenção dos prédios, também deverão ser serviços contratados de acordo com preços estabelecidos pelo governo estadual. Além dessas medidas, deverão passar por aprovação da Secretaria de Saúde toda e qualquer realização de obras, bem como compras de equipamentos para as unidades sob administração das OSs. Outra imposição importante definida pela Resolução é que os vencimentos dos ocupantes de cargos diretivos não poderão ultrapassar o valor do salário do secretário de saúde. Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior, recém empossado na direção da Secretaria, informou, através da grande imprensa, que a publicação da Resolução é só o início de um grande projeto de reforma institucional, que inclui a criação de um órgão estadual para controlar as OSs. Espera-se que a RESOLUÇÃO não se transforme em resolução.

Enquanto aguardam-se efeitos práticos das novas diretrizes idealizadas para o setor da saúde pública do Rio de Janeiro, “a justiça anula prisão

domiciliar de acusados de fraude na saúde e donos de OS terão que voltar para a cadeia”, conforme noticiado em O Globo de 28/01/2016. Na matéria, para a justiça, o fato dos réus, em telefonemas gravados, terem ocultado os seus verdadeiros endereços, reforçou a necessidade de os irmãos voltarem para o presídio. O revoltante é que, mesmo presos após condenação, a propensão ao crime não se altera enquanto patologia psíquica. Os donos são os irmãos Valter e Wagner Pelegrine, responsáveis pela organização social Biotech, que foram condenados por superfaturamento de contratos enquanto administradores dos hospitais Pedro II (Santa Cruz) e Ronaldo Gazolla(Acari), durante a Operação Ilha Fiscal em 2015.

Curioso é que a prisão domiciliar foi concedida pelo desembargador Ciro Darlan que estava no plantão judiciário. A cassação da liminar que concedeu o benefício da prisão domiciliar foi feita porque ‘não compete ao plantão judiciário apreciar um pedido de habeas corpus que poderia ter sido formulado ao juiz natural do processo’, segundo o relator do processo. A quadrilha, segundo a matéria, supostamente comandada por Valter e Wagner Pelegrine, é acusada de fraudes de mais de R\$ 48 milhões em recursos públicos.

Fazendo uma análise naquilo que caracteriza as Organizações Sociais enquanto entidades jurídicas, elas são entidades privadas que atuam dentro do interesse público que prestam serviços ao chamado bem comum, como saúde, educação ou cultura. Mas, há uma característica própria que a distingue do governo, que também tem essa responsabilidade com o bem comum: as OSs não dependem da legitimidade social ou de eleições, não sendo, portanto, entidades representativas. São organizações de caráter particular que se valorizam pelo trabalho que fazem, ou deixam de fazer.

“Assemelham-se, neste aspecto, às empresas no mercado, com foco nos resultados e na eficácia dos meios para atingí-los. Diferenciam-se, contudo, por serem sem fins lucrativos. Com as OSs, o superávit de uma boa gestão não pode ser apropriado pelos seus sócios e diretores. Ao contrário, deve ser integralmente reinvestido na organização e no seu objeto. As OSs parecem órgãos do governo e parecem também agentes do mercado, mas não são nem um nem outro. Compõem um ‘Terceiro Setor’ (...) As OSs participam de licitações e gerenciam projetos, como as ONGs em geral, mas vão além e se qualificam para a gestão de programas públicos de ampla escala. Desenvolvem uma relação diferente com o Estado, nem

bem subordinação, nem bem terceirização, nem bem contrato, nem bem convênio; aproximam-se de uma corresponsabilidade, onde o governo define objeto e metas, a OS gerencia a execução, o governo financia e fiscaliza, a OS cuida dos resultados” (FERNANDES, 2016: 15).

Segundo Rubem Cesar Fernandes, antropólogo e diretor da ONG Viva Rio, o modelo é amplamente utilizado em outros países, principalmente nos Estados Unidos e Europa, onde museus, bibliotecas, escolas, hospitais também e até penitenciárias são administrados por essa modalidade de gestão e funcionam cumprindo a finalidade a que se destinam. No Brasil, infelizmente não é bem assim. As OSs, por serem ainda muito recentes, não são totalmente confiáveis porque suas gestões e gestores também não são confiáveis, principalmente na qualidade dos serviços a que se propõem administrar.

Não seria fora de propósito dizer que é bem provável, tanto nos Estados Unidos quanto na Europa, que o nível de comprometimento, gestão e fiscalização com a coisa pública seja bem mais rigoroso do que no Brasil; historicamente, o princípio da responsabilidade social com as questões de natureza interna é mais presente entre seus indivíduos. O Brasil, historicamente, sempre foi um país imprevidente no que concerne à civilismo e cidadania, e isso, tal qual o mosquito *Aedes*, torna a vida do brasileiro desprovido em um eterno sofrimento.

Cristovam Buarque faz uma comparação interessante quando diz em artigo que o *Aedes aegypti* é um produto do *Aedes brasilis* e que a consequência do casamento entre esses dois *Aedes* é o sofrimento de milhões de brasileiros contaminados com os vírus transmitidos. O *Aedes brasilis*, continua ele, provoca a interrupção do desenvolvimento do cérebro das crianças brasileiras, quando, por descaso, deixa de lado a educação e deixa de fortalecer a escola enquanto instituição responsável pelo desenvolvimento intelectual das crianças. Por falta desse estímulo, o cérebro de nossa criança carente não evolui plenamente e não acompanha o crescimento do corpo para a fase adulta.

“Desde a Proclamação da República, provocamos várias limitações intelectuais em dezenas de milhões de brasileiros, contaminados pelo *Aedes brasilis*, que induz ao analfabetismo, impedindo brasileiros de reconhecer a

própria bandeira, por não serem capazes de ler ‘Ordem e Progresso’. Este é pois o grau mais violento, mas não é o único, na interrupção do crescimento intelectual do cérebro, provocado pelo *Aedes brasiliis*. Também é vítima do *Aedes brasiliis* cada criança jogada para fora de uma escola de qualidade antes do fim do ensino médio. Ao longo de nossa história, a maioria de nossa população vem sendo contaminada por uma zika social transmitida pelo *Aedes brasiliis*” (BUARQUE, 2016: 17).

Ainda no dizer do senador Cristovam Buarque, a agravante é que, no Brasil, que se diz ser um país republicano, o *Aedes brasiliis* seleciona a vítima conforme a renda familiar. As crianças de alta renda dispõem de recursos para manterem-se afastadas do vírus da microcefalia intelectual, são vacinadas em boas escolas, enquanto as crianças sem esse privilégio são condenadas ao vírus social.

Continuando em sua argumentação histórica, Buarque afirma com muita propriedade que a tragédia pessoal desses milhões de contaminados pelo *Aedes brasiliis* impede o desenvolvimento de seus talentos intelectuais, limitando o aproveitamento de alguns milhares desses cérebros e provocando uma microcefalia social que impede transformar o Brasil em um potente centro de desenvolvimento científico e tecnológico.

Como decorrência direta dessa microcefalia social, se perpetua o atraso econômico e social e obstrui-se o avanço político e a efetivação de uma sociedade verdadeiramente democrática. Além disso, essa formação intelectual historicamente doentia obstrui também a afirmação consistente de se ter, de fato, sistemas de saneamento e educação cívica capazes de barrarem a presença do *Aedes aegypti*.

Finaliza Buarque dizendo que o *Aedes brasiliis* provoca microcefalia social, que termina sendo a principal causa das demais formas de pobreza intelectual e, por decorrência, das doenças que são transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

Em um olhar mais apurado sobre o comportamento dos políticos e administradores da saúde pública, é perceptível a distância que existe entre o discurso e a atuação desses personagens no contexto médico-social. Mentem de maneira cínica e inescrupulosa, pois os discursos são, via de regra, otimistas e moralizantes, mas que logo são desmascarados pela postura prática que assumem diante de uma realidade social carente

de soluções virtuosas. É decepcionante observar que o bem do interesse público, que deveria estar acima dos interesses pessoais, é colocado à margem para que conjecturas político-mercantilistas particulares se realizem de forma sistemática e naturalmente. Então, o que se tem diante dos olhos são duas situações concretas e imutáveis, ou seja, de um lado o que é dito pelo discurso ético-moralizante, e do outro o que se faz através de uma prática antiética e desmoralizante.

Nesse sentido, há absoluta falta de coerência no indivíduo que assume um cargo de natureza pública, mas que, na prática, transforma essa responsabilidade com o bem comum em interesse político-econômico pessoal. Suprassumo do contra-senso, devidamente protegido pela impunidade. O discurso que é bem elaborado e manifesto através de uma retórica empolada, juntamente com a proteção institucional dos gabinetes oficiais de que dispõe, é a arma habilmente utilizada pelos mal-intencionados para impressionar os incautos, desvalidos e miseráveis, no caso o vasto e predominante segmento pobre da sociedade brasileira.

Em meio a tantos desmandos e imoralidades com a coisa pública, no caso a saúde pública, o que se tem como realidade crua e, ao mesmo tempo, cruel é um cenário social desolador em termos de uma política sanitária e de higiene para a população desfavorecida, ignorada no que concerne ao acesso ao saneamento básico, fundamental para preservação da vida, da saúde e do meio ambiente.

Como consequência, seis milhões de brasileiros não têm sequer acesso a banheiros, o que leva o indivíduo ao limite da miséria humana. A esperança de reversão desse cenário triste e vergonhoso vem de alguns setores da sociedade civil, como, por exemplo, a campanha da Fraternidade da Igreja Católica de 2016, que tem como tema o saneamento, ou os sistemáticos apelos da Confederação Nacional da Indústria pela democratização da água e do esgoto.

É preciso que haja envolvimento e comprometimento não só por parte da sociedade civil para superação de tal anomalia, mas também, e principalmente, por parte dos governantes do país de uma maneira geral. Enquanto essa tomada de consciência não ocorrer, os mosquitos e os gestores da saúde pública vão continuar proliferando impunemente, principalmente contra a população brasileira mais pobre.

Referências

- SEBRA SOUZA, Paulo Marcos. Saúde no País Doente. *In O Globo*, 03/01/2016, p.13.
- BACELAR, Carina. A Penúria da Saúde. O Diagnóstico da Crise. *In O Globo*, 27/12/2015, p. 8.
- . Em Crise, Pedro Ernesto Antecipa Alta de Pacientes. *In O Globo*, 29/01/2016, p.17.
- BOTTARI, Celia C. E. TCE Anuncia Devassa em Seis Organizações Sociais. *In O Globo*, 20/01/2016, p.18.
- FRAGA, Isabela. Crise Na Saúde do Rio de Janeiro Suscita Críticas ao Modelo de Terceirização. *In VozeRio*, Pref. Cidade do R.J., Boletim Eletrônico, capturado em 22/01/2016.
- GUIMARÃES, Saulo P. Saúde na UTI. Uma Doença Crônica do Rio. *In VozeRio*, Pref. Cidade do R. J., capturado em 07/01/2016.
- VENTURA, Zuenir. Prece ao Padroeiro. *In O Globo*, 20/01/2016, p. 21.
- BERTA, Ruben. Modificação Genética Reduz Larvas de Aedes. *In O Globo*, 20/01/2016, p.13.
- DALE, Joana. O Mosquito Também Anda de Ônibus. *In O Globo*, 20/01/2016, p.2
- WERNECK, Antonio. BOTTARI, Elenice. Saúde do Rio. *In O Globo*, 18/01/2016, p.6.
- BAHIA, Ligia. Saúde em Quarentena. *In O Globo*, 18/01/2016, p.12.
- CÔRTEZ, Eduardo. O Drama de um Hospital. *In O Globo*, 29/01/2016, p.17.
- SOUZA, André. Uma Epidemia de Frases Infelizes. *In O Globo*, 26/01/2016, p.3.
- FERNANDES, Rubem Cesar. OSs, Entre o Estado e o Mercado. *In O Globo*, 04/02/2016, p.15.
- BUARQUE, Cristovam. Aedes brasiliis. *In O Globo*, 22/01/2016, p. 17.
- . Perdemos Feio. *In O Globo*, 06/02/2016, p.15.
- CHAVES, Ricardo. AQUINO, Henrique. A Agonia do Hospital Pedro Ernesto. *In O Globo*, 07/02/2016, p. 17.