

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

FERNANDA APARECIDA DA SILVA FERNANDES

ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NA GESTÃO DA SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE AS CONCEPÇÕES DOS ASSISTENTES
SOCIAIS DA REGIÃO NOROESTE PAULISTA

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

SÃO PAULO
2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

FERNANDA APARECIDA DA SILVA FERNANDES

ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NA GESTÃO DA SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE AS CONCEPÇÕES DOS ASSISTENTES
SOCIAIS DA REGIÃO NOROESTE PAULISTA

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Serviço Social, sob a orientação do Professor Doutor Ademir Alves da Silva.

SÃO PAULO

2014

BANCA EXAMINADORA

Dedico este trabalho ao meu marido Darley Paulo. E a todos que contribuíram para a realização desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Ingressar no mestrado sempre foi um dos meus maiores sonhos, agora, estar prestes a terminar é, sem dúvida, uma grande vitória, que não seria possível sem a ajuda e o apoio de pessoas que me acompanharam nesse processo.

Agradeço a todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para a concretização desse estudo.

Agradeço, imensamente, ao meu orientador, Prof. Dr. Ademir Alves da Silva, por mostrar os caminhos e dividir seu imenso conhecimento.

Agradeço à banca de qualificação, a Profa. Dra. Maria Carmelita Yazbek e a Profa. Dra. Maria Olinda Costa Santos Carreira, pela leitura, discussões e sugestões quanto ao trabalho ainda em construção.

Agradeço ao meu maravilhoso marido Darley Paulo, que, em todos os momentos, esteve e está ao meu lado me incentivando e dando forças, sem dúvida, meu grande motivador e meu espelho de perseverança.

Meus pais, que sempre me apoiaram nos estudos, mesmo sem terem a oportunidade de acessá-los.

Aos colegas da PUC, Adriano Borges, Anoel Magri e Cláudia Rodrigues, com quem compartilhei as angústias, os medos e também as alegrias.

As colegas de trabalho do curso de Serviço Social da UNIFEV.

Agradeço a todas as assistentes sociais que participaram da pesquisa, que têm meu grande respeito pelo trabalho desenvolvido na área da saúde.

Enfim, agradeço ao CNPQ pelo apoio financeiro de grande importância nessa trajetória.

A todos, muito obrigada e minha eterna gratidão.

FERNANDES. F. A. S. Entre o público e o privado na gestão da saúde: Um estudo sobre as concepções dos assistentes sociais da região noroeste paulista.

RESUMO

Esta dissertação pretende aprofundar conhecimentos sobre as transformações societárias decorrentes da crise capitalista contemporânea, as tendências neoliberais e os novos modelos de gestão da saúde pública. Objetiva, também, apresentar a pesquisa realizada na região noroeste paulista com os assistentes sociais que atuam na área da saúde, a fim de saber o que pensam a respeito das parcerias público/privado na gestão da saúde e os rebatimentos nas intervenções profissionais. Iniciamos o trabalho apresentando as crises cíclicas do capitalismo, suas consequências e as tendências neoliberais presentes na atualidade. Posteriormente, discutimos as políticas sociais, especificamente, a política de saúde e os novos modelos de gestão da saúde pública, principalmente o *mix*, que é tão presente na gestão da política de saúde, ou seja, as parcerias público/privado na execução dos serviços de saúde. O trabalho do assistente social, na área da saúde, também é discutido, levando-se em consideração os diversos espaços de atuação profissional na saúde, além das referências legais que regem a profissão. A metodologia adotada abrangeu a pesquisa bibliográfica, documental e a pesquisa de campo quanti-qualitativa com os profissionais que atuam na área da saúde, a fim de conhecer sua opinião a respeito das parcerias público/privado na gestão da política de saúde e, também, os rebatimentos para a categoria profissional. Todo esse percurso permitiu concluir que os tempos presentes são de preocupação diante dos rumos que a sociedade está seguindo e que as parcerias público/privado são estratégias neoliberais que favorecem interesses privados, em desacordo com a concepção de saúde como bem público, direito do cidadão e dever do Estado.

Palavras-chave: Crise Capitalista, Reforma do Estado, Modelos de Gestão, Política de Saúde, Serviço Social.

FERNANDES. F. A. S. Between the public and private health management: A study on the concepts of social worker of the northwest region in São Paulo state.

ABSTRACT

This dissertation aims to deepen knowledge about society transformations resulting from contemporary crises, the neoliberal trends and the new models of public health management. It also aims to show the research conducted in the Northwest region in São Paulo state with social workers who work in healthcare, in order to know what they think about the public / private partnerships in the health management and their repercussions on professional interventions. We start this research by presenting the cyclical capitalist crises, its consequences and the neoliberal trends nowadays. Subsequently, we discuss social policies specifically health policy and the new models of public health management, especially the mix that is so present in the health policy management, that is, public / private partnerships in the implementation of health services. The work of the social worker in health is also discussed, considering many spaces of professional activities in health, beyond its legal apparatus governing the profession. The methodology included the bibliographical, documentary and quantitative and qualitative field research with professionals who work in healthcare in order to know their opinion about the public / private partnerships in the health policy management and also the repercussions to the professional category. All this displayed route was necessary to conclude that the present times are preoccupation times in front of the direction the society is heading, and that public / private partnerships are neoliberal strategies that favor private interests at odds with the concept of health as a public good, a citizen's right and duty of the state.

Keywords: Capitalist Crisis, State Reform, Management Models, Health Policy, Social Work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIDS – Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida
AME – Ambulatório Médico de Especialidades
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
CF/1988– Constituição Federal de 1988
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
EUA – Estados Unidos da América
FATEC – Faculdade de Tecnologia do Estado de São Paulo
FEF – Fundação Educacional de Fernandópolis
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FIFE – Faculdade Integrada de Fernandópolis
FMI – Fundo Monetário Internacional
FUNEC – Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul
ICMS – Imposto sobre Circulação de mercadorias e prestação de serviços
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA – Imposto sobre a propriedade de veículos automotores
LBA – Lei Brasileira de Assistência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OS – Organização Social
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIB – Produto Interno Bruto
PIS – Programa de Integração Social
PT – Partido dos Trabalhadores

PUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PUC/SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

RDH – Relatório de Desenvolvimento Humano

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD– Tratamento Fora de Domicílio

UNATI – Universidade Aberta à Terceira Idade

UNESP – Universidade do Estado de São Paulo

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNICASTELO – Universidade Camilo Castelo Branco

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UNIFEV – Centro Universitário de Votuporanga

UNIJALES – Centro Universitário de Jales

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Estado de São Paulo: Região Noroeste Paulista	69
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade	79
Gráfico 2 – Estado Civil	79
Gráfico 3 – Década da Formação Profissional	80
Gráfico 4 – Tempo de Atuação na área da Saúde	81
Gráfico 5 – Especialização na área da Saúde.....	82
Gráfico 6 – Forma de Admissão na Instituição.....	83
Gráfico 7– Vínculo Empregatício.....	83
Gráfico 8 – Renda Mensal.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de habitantes e a distância em Km da capital do Estado	70
Tabela 2 – Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios pesquisados	70
Tabela 3 – Serviços de Saúde e Assistentes Sociais.....	77
Tabela 4 – Modalidades de serviços e profissionais entrevistados	78

“Sem compreendermos o capitalismo, não podemos compreender a sociedade humana da maneira que ela actualmente existe”

George Bernard

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I	
CRISE CAPITALISTA MUNDIAL NA CONTEMPORANEIDADE	19
1.1 Transformações societárias	19
1.2 As diversas crises do capital	22
1.2.1 A crise de 1929	25
1.2.2 A crise da década de 1970.....	27
1.2.3 A crise de 2008	28
1.3 Tendências neoliberais	32
CAPÍTULO II	
AS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL	37
2.1 Seguridade Social	39
2.2 Saúde.....	41
2.3 Reforma do Estado e Modelos de Gestão.....	44
2.4 As parcerias Público/Privado na Gestão da Saúde Pública	47
CAPÍTULO III	
SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	51
3.1 Contexto histórico do Serviço Social na área da Saúde.....	56
3.2 Referencial legal-normativo do Serviço Social na área da Saúde.....	59
3.3 Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação.....	63

CAPÍTULO IV

GESTÃO DA SAÚDE NA REGIÃO NOROESTE PAULISTA	68
4.1 A região Noroeste Paulista: Votuporanga, Fernandópolis, Jales e Santa Fé do Sul	68
4.1.1 Votuporanga.....	71
4.1.2 Fernandópolis	72
4.1.3 Jales.....	73
4.1.4 Santa Fé do Sul	74
4.2 Metodologia e análise dos dados	75
4.3 Gestão da Saúde na região Noroeste Paulista	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	106
Anexo1 – Questionário e Roteiro da Entrevista.....	107
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	109
Anexo 3 – Solicitação de Autorização para Realização da Pesquisa.....	110
Anexo 4 – Resolução n.º 218, de 6 de março de 1997	111
Anexo 5 – Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999.....	112
Anexo 6 – Projeto de Lei Complementar n. 92/2007	114
Anexo 7 – Ação Direta de Inconstitucionalidade n.1.923-5	116
Anexo 8 – Carta aos Ministros do STF e as assinaturas do Movimento contra a Privatização da Saúde.....	121

INTRODUÇÃO

A sociedade é afetada por céleres mudanças, e, geralmente, não nos questionamos sobre os motivos de tal transformação.

Diante disso, o maior questionamento a respeito do tema abordado traz como preocupação as transformações na área da gestão da saúde pública. Com o conhecimento profissional na área da saúde, percebemos que, muitas vezes, presenciamos mudanças na gestão, nos prédios, nos administradores, nos processos de contratação e nem sempre compreendemos as causas ou determinações para tais decisões e medidas adotadas em nossos municípios, região e, até mesmo, em nosso país.

Diante disso, o estímulo em realizar o trabalho foi a necessidade de entendimento das tendências neoliberais que estamos vivendo no dia-a-dia do trabalho do assistente social.

Vivenciamos a implantação do AME no município de Votuporanga em meio a contradições. Por um lado, oferta de serviços mais ágeis, exames de alta tecnologia, profissionais especialistas com diagnósticos rápidos e precisos, sem a necessidade de encaminhamento para centros de referências, além de estruturas físicas com qualidade e modernização no atendimento à população.

Por outro lado, podemos perceber que a forma de gestão da saúde não era mais executada diretamente pelo Governo do Estado de São Paulo, e sim por uma Organização Social que recebe os recursos financeiros do Estado e realiza a prestação dos serviços de saúde, bem como as contratações e a oferta dos serviços pactuados junto ao Estado.

Isso fez com que algo mudasse na realidade da saúde no município, na região e no Estado, e constatamos que é uma nova política de gestão que está sendo adotada por demais municípios do Estado, não apenas em Votuporanga, mas na região noroeste paulista e no Estado.

Esse acontecimento nos fez refletir sobre as novas formas de gestão da saúde pública e o trabalho do Serviço Social. Decorrente da vivência profissional,

este trabalho surge para buscar respostas científicas para as indagações sobre o objeto de estudo.

Procurando situar o contexto histórico da crise capitalista contemporânea, buscamos referências desde o surgimento até os dias atuais e apontamos as principais crises vivenciadas pelo capitalismo contemporâneo.

Assim, com os rebatimentos das crises, vêm as transformações contemporâneas que afetam o mundo do trabalho, seus processos e sujeitos, além de provocar redefinições profundas no Estado e nas políticas sociais, desencadeando novas requisições, demandas e possibilidades ao trabalho do assistente social no âmbito das políticas sociais.

Dessa forma, a pesquisa teve o objetivo de identificar e analisar os rebatimentos da crise capitalista na gestão da política de saúde e na prática profissional do assistente social da área, na região noroeste paulista, especificamente nos municípios de Votuporanga, Fernandópolis, Jales e Santa Fé do Sul, a partir das seguintes hipóteses:

- O sistema de saúde público é diretamente afetado pela crise capitalista e pela gestão neoliberal das políticas públicas, seja pelas restrições orçamentárias ou pelo processo de terceirização e de privatização;
- Os contratos de gestão com as Organizações Sociais constituem uma estratégia de semiprivatização do sistema de saúde público;
- A gestão privada não favorece a participação popular nas decisões e no controle social;
- Os assistentes sociais sentem e reproduzem os impactos das estratégias neoliberais, podendo assumir posições de crítica e resistência ou de resignação frente a elas.

Para dar respostas às questões levantadas, a pesquisa foi dividida em duas etapas, sendo a primeira a pesquisa bibliográfica e documental dos temas referentes ao assunto. Já a segunda etapa foi desenvolvida por meio de coleta de dados na região e de entrevistas com os sujeitos da pesquisa empírica. Dessa forma, apresentamos o trabalho em quatro capítulos:

No primeiro capítulo, *Crise capitalista mundial na contemporaneidade*, discutimos o atual cenário da sociedade e buscamos, na história, as principais crises cíclicas do capital para a compreensão das transformações vividas.

No segundo capítulo, *As Políticas Sociais no Brasil*, realizamos a apresentação das políticas sociais existentes no país e os rumos que estão percorrendo, principalmente com a Reforma do Estado e as parcerias estabelecidas entre os órgãos públicos e o setor privado.

Já no terceiro capítulo, *Serviço Social e Saúde*, aproximamos a profissão e a política de saúde, por meio do contexto histórico, dos aparatos legais e das diversas atuações que o assistente social desenvolve na área da saúde.

E finalizando o trabalho, no quarto capítulo, *Gestão da Saúde na Região Noroeste Paulista* apresentamos a região noroeste paulista, os municípios pesquisados e a análise dos dados alcançados com a pesquisa empírica.

Vale ressaltar a rica experiência vivida no planejamento, execução e conclusão do trabalho, assim como o conhecimento obtido em todo o processo de estudo.

CAPÍTULO I

CRISE CAPITALISTA MUNDIAL NA CONTEMPORANEIDADE

Neste capítulo, o objetivo é entender o contexto atual das transformações da sociedade no aspecto econômico através das crises cíclicas do capital até as tendências atuais com o neoliberalismo.

Não pretendemos esgotar o assunto em questão, mas buscar respostas para as mudanças vivenciadas na sociedade, pois se acredita que as trajetórias históricas dos processos econômicos e sociais são a chave para a compreensão dos fatos no presente.

Utilizaremos o referencial marxista como eixo norteador para o desvendamento dos caminhos sócio-históricos até os dias atuais.

1.1 Transformações societárias

É notório que, nas últimas décadas, o mundo presenciou diversas transformações da sociedade no campo econômico, político, cultural e social, assim como se nota que a globalização e as novas tecnologias foram motivos para tais mudanças.

Com base na história da sociedade, constata-se que, a partir do século XV até, o século XVIII, a grande transformação econômica no mundo consistiu na mudança do sistema feudal para o sistema capitalista, marcando, assim, o surgimento do capitalismo.

Martinelli (2011, p. 31) descreve a alteração do modo de produção, bem como das relações sociais:

Nas sociedades medievais com sua economia natural, as relações de troca eram simples, e tal subordinação não ocorria de forma contratual e muito menos compulsiva. O intenso desenvolvimento do capitalismo, em sua fase mercantil, se fez acompanhar da criação de uma força de trabalho assalariada e destituída de meios de produção.

As alterações das relações de trabalho foram significativas para a sociedade, principalmente, para a classe trabalhadora, que sentiu, diretamente, a mudança do modo de trabalho na vida cotidiana e nas relações sociais.

No período de transição, as famílias viviam na zona rural, trabalhavam para seu próprio sustento, diferente do período de expansão do capitalismo, em que houve grandes mudanças nas estruturas familiares.

Martinelli (2011, p. 32) relata que houve a passagem do trabalhador do campo para tecelão industrial e, posteriormente, o homem se tornou um trabalhador assalariado.

No século XVIII, com a Revolução Industrial, as famílias mudaram para as cidades, e, com o crescimento do mercado de trabalho, os homens, as mulheres, os jovens, os idosos, assim como as crianças entraram nas fábricas para vender sua força de trabalho em troca de salários, conforme descreve Martinelli (2011, p. 43).

Um novo sistema econômico foi instaurado na sociedade ocidental, o capitalismo, que teve sua origem na Inglaterra e foi, em seguida, estendido por toda a sociedade.

Martinelli (2011, p. 28), citando Karl Marx, diz que o capitalismo é um determinado modo de produção, marcado não apenas pela troca monetária, mas, essencialmente, pela dominação do processo de produção pelo capital. O objetivo do capitalismo é a geração de lucro.

Tal lucro é resultado das relações de compra e venda da força de trabalho, conforme Marx demonstra em seus estudos.

Além do lucro nas relações entre compra e venda da força de trabalho, ocorre, também, a exploração do capitalista para com o trabalhador, ou seja, as relações não são justas, e isso implica, diretamente, na divisão de classes.

Com o passar das décadas, os ideais do capitalismo não se modificaram. Ao contrário, o capitalismo se desenvolveu por meio de técnicas inovadoras com o objetivo de aumentar a produção e o lucro.

Surgiram mudanças na relação do trabalhador com o objeto, desenvolvidas por Frederick Taylor – com o taylorismo, e Henry Ford – com o fordismo,

disciplinando os trabalhadores nas novas formas de organização racional da produção.

Esses dois métodos tinham o mesmo objetivo, a ampliação do lucro dos detentores dos meios de produção, a ampliação e a agilidade na produção e a diminuição do tempo livre da jornada de trabalho, mas sem considerar os direitos trabalhistas ou as condições oferecidas aos trabalhadores.

Com a melhoria e a rapidez na produção, esses modelos se reproduziram com velocidade e foram instalados em diversas indústrias, principalmente automobilística, exigindo do trabalhador o controle de tempo e a produção em série.

Esse padrão produtivo vigorou até as décadas de 1970 e 1980, quando houve um progresso tecnológico com a automação, a robótica e a microeletrônica, que modernizaram ainda mais as indústrias em todo o mundo.

Iamamoto (2001, p. 33) reconhece o grande avanço tecnológico na sociedade, mas, em contrapartida, as inovações trazem consequências.

Vive-se hoje uma terceira revolução industrial acompanhada de profundas transformações mundiais. Assim como em etapas anteriores do desenvolvimento industrial, radicais mudanças tecnológicas envolveram uma ampla expulsão da população trabalhadora de seus postos de trabalho. Atualmente, segmentos cada vez maiores da população tornam-se sobrantes, desnecessários.

Com os avanços tecnológicos, a classe trabalhadora foi atingida diretamente, e ocorreu a perda de postos de trabalho pela substituição por máquinas computadorizadas.

Antunes (2011, p. 23) diz que a classe-que-vive-do-trabalho¹ foi a mais afetada nesse contexto de transformação, pois, com a modernização das máquinas, os homens foram substituídos por computadores e robôs, que exercem funções semelhantes, mas com um gasto financeiro menor, além da rapidez na execução das mercadorias.

O capitalismo contemporâneo, assim denominado por Netto (2012, p. 416), proporciona transformações vinculadas ao mundo do trabalho, como a precarização das relações trabalhistas, com informalização, terceirização, insegurança, contratos temporários, desproteção dos trabalhadores, trabalho parcial, entre outras formas

¹ Termo utilizado pelo autor para denominar os trabalhadores que necessitam do trabalho para sua sobrevivência.

que expressam a precarização a que são submetidos os trabalhadores no mundo do trabalho.

Diante disso, a saga do capitalismo é cheia de paradoxos. Do lado positivo, tem-se um grande avanço na sociedade em bens materiais, avanços tecnológicos, viagens, comunicações instantâneas entre outros.

Já do lado negativo, é nítida a consequência causada na sociedade pela desigualdade social, pela divisão de classes sociais, além das crises econômicas periódicas e guerras mundiais devido à luta pelo poder.

O que se acentua na discussão das transformações societárias são as interferências que o capitalismo causa na dinâmica da vida social. Netto (2012, p. 419) diz que os processos sociais são afetados, diretamente, pela cultura do capital, pelos “meios eletrônicos”, pela “sociedade do consumo”, entre outros fatores que a sociedade incorpora para poder sentir-se parte do meio em que vive.

A contextualização desse conjunto de transformações societárias é necessária para a compreensão do significado histórico das crises capitalistas e dos impactos causados por elas na sociedade contemporânea, pois pensar o mundo do capital é pensar no sentido destrutivo das relações, conforme será apresentado a seguir.

1.2 As diversas crises do capital

Sabe-se que é da natureza do capitalismo sofrer crises cíclicas no decorrer da história. Para tal compreensão, é preciso pensar sobre o significado da palavra crise, que remete a algo que não está normal. De acordo com o dicionário da língua portuguesa, Ferreira (2010, p. 209), crise é a manifestação repentina de ruptura do equilíbrio, ou fase difícil, grave na evolução das coisas, dos acontecimentos, das ideias.

Crise é algo que não se espera, ou que não está planejado e afeta as relações. No caso ora estudado, a crise está inserida no contexto capitalista, assim como Motta (2009, p. 53) apresenta que as crises expressam um desequilíbrio entre a produção e o consumo, comprometendo a realização do capital.

Na concepção de Netto e Braz (2009, p. 156), o desenvolvimento do capitalismo a partir da consolidação do comando da produção pelo capital é a história de uma sucessão de crises econômicas na sociedade.

Dessa forma, pode-se afirmar que a crise econômica se dá no contexto capitalista, ou seja, a sociedade capitalista está submetida a um cenário de crise, embora com oscilações e tentativas de equilíbrio na economia e da acumulação do capital.

Miranda (2009, p. 09) apresenta que a crise econômica, originada no centro nervoso do sistema capitalista mundial, atingiu todo o planeta e provocou a retração da atividade econômica.

Mas, que capital é esse que causa a crise? Marques e Nakatani (2009, p. 09) definem o capital como uma relação social. Isso significa que o capital é produto de uma determinada formação social e econômica, isto é, de uma forma específica do desenvolvimento das forças produtivas, bem como das relações que se estabelecem entre os homens no processo produtivo que lhe é característico.

Já Harvey (2011, p. 07) diz que o capital é o sangue que flui através do corpo político de todas as sociedades que chamamos de capitalistas, espalhando-se, às vezes, como um filete e, outras vezes, como uma inundação, em cada canto e recanto do mundo habitado.

O mesmo autor (2011, p. 41) ainda diz que o capital não é uma coisa, mas é um processo em que o dinheiro é perpetuamente enviado em busca de mais dinheiro. Os capitalistas compram barato e vendem caro, a fim de realizar a geração de lucros.

Dessa forma, a denominação pode ser apresentada de diversas formas como: capital comercial, capital industrial, capital portador de juros, capital fictício, capital bancário, entre outras terminologias, mas, de todas as formas, o objetivo do capital é gerar mais-valia e acumular mais capital ainda.

Mészáros (2011, p. 76) relata que Karl Marx estava muito interessado em apreender as especificidades históricas das várias formas do capital e suas transições de uma a outra, na fase clássica da formação capitalista. E assim o fez, descrevendo todas as relações entre o capital e o homem, as produções de valor e, sobretudo, as implicações que isso gera.

Karl Marx investigou a exploração do trabalhador, que vende sua força de trabalho para o capitalista em troca de salário. Como apontado por ele, esta relação

é extremamente desigual, injusta e explorada pelo capitalista, tudo por conta do lucro, do capital e do poder.

A acumulação do capital impacta fortemente na classe operária, pois os homens tornaram-se trabalhadores assalariados com a conversão da força de trabalho em uma mercadoria capaz de produzir o excedente para o capitalista, gerando, assim, a mais-valia.

Netto e Braz (2009, p. 135) destacam, ainda, que os trabalhadores experimentam, nas relações trabalhistas, processos de pauperização os quais decorrem, necessariamente, da essência exploradora da ordem do capital. É constatada, historicamente, nos países capitalistas, uma maior incidência de trabalhadores em situações de miserabilidade, devido às precárias relações de trabalho oferecidas no mundo capitalista.

Dessa forma, é evidente que “não existiu, não existe e não existirá capitalismo sem crise”, Netto e Braz (2009, p. 157), crise essa que é perceptível nas relações entre capital – trabalho com consequência direta na sociedade através de mudanças e transformações.

Motta (2009, p. 55) mostra a diferença dos impactos da crise na vida do trabalhador e no capitalista.

Vale salientar que os impactos das crises apresentam-se diferenciados para os trabalhadores e os capitalistas. Para os capitalistas, trata-se do seu poder ameaçado; para os trabalhadores, da submissão intensificada. Estes últimos são frontalmente penalizados na sua materialidade e subjetividade posto que afetados pelas condições do mercado de trabalho, com o aumento do desemprego, as perdas salariais, o crescimento do exército industrial e o enfraquecimento das suas lutas e capacidade organizativa.

Isso significa afirmar que as crises ocorrem e geram consequências sérias para a sociedade em diferentes níveis. Para o capitalista, é o poder ameaçado, já para a classe trabalhadora, estão diretamente relacionadas ao modo de trabalho, como a redução salarial, os precários contratos entre outros.

Assim, todos na sociedade sofrem com os efeitos provocados pela crise. Nota-se, entretanto, que o trabalhador é o mais atingido. Diante disso, é preciso realizar uma retomada do processo histórico da sociedade para o entendimento das fases cíclicas que a crise capitalista percorreu.

Escolhemos como ponto de partida a crise de 1929, denominada por muitos como a Grande Depressão, devido às consequências catastróficas que a sociedade presenciou.

1.2.1 A crise de 1929

A crise de 1929 pode ser considerada o marco de uma das maiores crises da história do capitalismo. O ano marca o momento em que os Estados Unidos foram abalados por uma grave crise econômica que repercutiu no mundo inteiro, devido ao excesso de produção de mercadorias e a baixa exportação para a Europa.

No pós I Guerra Mundial², os Estados Unidos tornaram-se a maior potência econômica do mundo. Em 1920, a indústria norte-americana produzia quase 50% de toda a produção industrial do mundo. O país e o povo americano passaram por um período de prosperidade financeira e econômica.

Por quase toda a década de 1920, o equilíbrio econômico gerou, nos norte-americanos, um clima de grande euforia e de consumo desenfreado, gerando o modo de vida americano - *American way of life*³ como modelo de progresso. Viver bem significava consumir cada vez mais. Essa era a ideologia pregada pelos americanos.

Porém, no final da década de 1920, a produção norte-americana atingiu um ritmo de crescimento muito maior do que a demanda por seus produtos, gerando uma crise de superprodução. A queda no comércio interno fez com que os salários fossem reduzidos. Com isso, os trabalhadores perderam o poder de compra.

Em 1929, os Estados Unidos conheceram uma profunda crise econômica, com a queda da Bolsa de Valores de Nova York, que gerou uma grave crise interna, um alto índice de desemprego e acabou afetando vários países do mundo. Como Behring e Boschetti (2009, p. 68) apontam:

Esse período também conhecido como a grande depressão foi a maior crise econômica mundial do capitalismo até aquele momento. Uma crise que se

² A primeira guerra mundial ocorreu nos anos de 1914 a 1918 devido a conflitos de ordem política, econômica e cultural entre os países da Europa.

³ Expressão utilizada pela população para mostrar ao mundo a cultura americana com ar de superioridade.

iniciou no sistema financeiro americano, a partir do dia 24 de outubro de 1929, quando a história registra o primeiro dia de pânico na Bolsa de Nova York.

Mesmo diante do caos, o governo procurava manter a ilusão de que tudo ia bem para, com isso, proporcionava novas oportunidades de negócios fáceis para os americanos. Assim, membros do governo, políticos e outras pessoas influentes, através dos jornais e do rádio, mantinham a imagem de prosperidade.

Além disso, as manifestações dos desempregados e as greves por melhores salários eram reprimidas com violência.

A crise atingiu o mercado de ações e, em 24 de outubro de 1929, a quinta-feira negra⁴, ocorreu o *crack* - quebra da Bolsa de Valores de Nova York. Assim como Behring e Boschetti (2009, p. 69) descrevem:

O crack de 1929 foi uma expressão típica e paradigmática da operação da lei do valor e esteve na base dessa passagem, da mudança de ciclo do processo de acumulação capitalista.

Era na Bolsa de Valores que as grandes empresas americanas negociavam suas ações. Então, muitas empresas foram à falência, e o valor das ações na Bolsa caiu assustadoramente de um dia para outro.

Isso repercutiu na maioria dos países capitalistas, muitas pessoas perderam grandes quantias de dinheiro, e, conseqüentemente, houve pânico, desespero e foram constatados altos índices de suicídios.

A crise de 1929 se espalhou em todo o mundo, mas, na América Latina, seus impactos foram devastadores, pois os países forneciam, basicamente, produtos agrícolas e matérias-primas aos Estados Unidos.

Com a crise, os Estados Unidos reduziram ou cortaram as compras que faziam desses países. Com menos dinheiro, os países latino-americanos deixaram de investir, gerando, portanto, desemprego e miséria.

O Brasil também foi afetado pela crise de 1929. O café era o principal produto de exportação brasileiro, e os Estados Unidos, o nosso principal comprador. Em razão da crise, houve a redução das compras de café, provocando o aumento dos estoques do produto no Brasil.

⁴Quinta-Feira Negra também conhecida como Grande Quebra e Quebra do Mercado de Ações de 1929, foi o crash do mercado de ações mais devastador na história dos Estados Unidos, levando em consideração a extensão e a duração das suas conseqüências.

Após esta marcada crise na história dos Estados Unidos que repercutiu para o mundo, houve um processo de intervenção estatal como estratégia e tentativa de equilibrar o processo vivenciado pela população, como o desemprego, o pauperismo e a retração da economia.

As ações colocadas em prática foram o aumento do investimento público e a redução das taxas de juros, conforme Conceição (2009, p. 19) apresenta, assim como as políticas do Estado de Bem Estar Social (*Welfare States*), pós 1945, a política previdenciária, a proteção contra o desemprego entre outras, que ficaram conhecidas como os “anos gloriosos” de crescimento do mundo capitalista.

1.2.2 A crise da década de 1970

A estabilização na economia não durou muito após a crise de 1929 e a consolidação do Estado de Bem Estar Social após a Segunda Guerra Mundial. No final da década de 1970, o aumento da inflação e os crescentes déficits públicos fizeram com que outra crise se alastrasse pelos países capitalistas.

A desestabilização no sistema monetário e o alto valor do petróleo foram os grandes motivadores da crise da década de 1970, resultando na falência de indústrias e nas altas taxas de desemprego.

Harvey (2011, p. 66) evidencia que a crise de 1970 teve, também, características ambientais, devido ao alto valor do petróleo e à grande exploração de recursos naturais. Assim, o autor argumenta que o capitalismo atinge todas as formas de exploração, seja humana ou da natureza.

Netto e Braz (2009, p. 215) apresentam que, devido ao momento vivenciado, o alerta vermelho é acionado no mundo do capital. No final da década de 1970, governantes de todo o mundo adotam medidas restritivas de intervenção social.

Como exemplo, podem ser citadas as ações de Margareth Thatcher na Inglaterra e de Ronald Reagan nos Estados Unidos, que reduziram as ações estatais por meio de cortes no orçamento público e de redução de benefícios sociais oferecidos à população.

Para enfrentar a crise de 1970, os capitalistas também desenvolvem algumas estratégias, como o acirramento na exploração da força de trabalho e a diminuição

nos investimentos na atividade produtiva, buscando outras formas de atividade financeira.

Raichelis (2013, p. 610) demonstra que a crise que se iniciou nos anos de 1970, indicando os primeiros sinais de esgotamento da fase do desenvolvimento capitalista na pós-Segunda Guerra mundial, foi responsável direta pelas transformações do Estado e pela reconfiguração das políticas sociais, as quais serão aprofundadas no item 1.3, no contexto das tendências neoliberais que a crise capitalista proporcionou.

Diante do contexto, é importante ressaltar que a crise dos anos 1970 teve uma dimensão significativa na sociedade, devido às primeiras iniciativas de redução do Estado perante a sociedade, ou seja, a partir desse momento histórico, já são praticadas as primeiras ações neoliberais que os países capitalistas vivenciarão no decorrer da sua trajetória.

Logo a seguir, discorreremos a respeito da mais recente crise financeira vivida nos Estados Unidos, a qual teve repercussão em todo o mundo.

1.2.3 A crise de 2008

Seguindo a trajetória das principais crises capitalistas vividas na história, abordaremos a crise de 2008, iniciada nos Estados Unidos, no setor imobiliário, e que se estendeu a todo o sistema financeiro.

Harvey (2011, p. 10) descreve o maior desastre financeiro ocorrido nos Estados Unidos:

No outono de 2008, no entanto, a “crise das hipotecas subprime”, como veio a ser chamada, levou ao dismantelamento de todos os grandes bancos de investimentos de Wall Street, com mudanças de estatuto, fusões forçadas ou falências.

A crise atual é considerada por economistas como a mais cruel e devastadora de toda a história, devido às consequências causadas e aos altos índices de perdas no sistema econômico, como bancos falidos e desemprego.

Mas, para compreensão de toda a crise estrutural do sistema financeiro causada pelas hipotecas *subprime*⁵ no ano de 2008, é preciso retornar ao ano de 1980, quando os bancos privados eram regulados e tinham normas que o Estado estabelecia com vigor, ou seja, de certa forma, havia a proteção do governo para mediar e estabelecer limites nas relações financeiras dos bancos.

Com a intenção de expandir os mercados e gerar mais lucro, o Estado assumiu um grande risco e deixou de regular, diretamente, os investimentos dos bancos. Ou seja, houve o livre acesso a negociações, transições e investimentos financeiros.

Desse modo, o Estado já não realizava regulações diretas como antes, não protegia e não estabelecia limites na economia.

Nesse momento, iniciou-se um novo processo financeiro, sem a interferência direta do Estado ou de agências controladoras. Diante disso, eram perceptíveis os riscos de investimento que os bancos ou as financeiras poderiam oferecer ao mercado.

Foi proporcionada, então, certa facilidade aos bancos e às seguradoras, que começaram a criar monopólios de instituições no mundo todo. Iniciaram-se as transações e os investimentos arriscados a fim de lucro e retorno financeiro para o banco.

Na época, analistas financeiros eram pagos para estudar e descrever a economia do país. Então, eles diziam que estas relações e transições financeiras estavam bem e não iriam causar nenhum problema para a economia do país. Assim, facilmente, ocorriam fraudes, corrupção e lavagem de dinheiro neste sistema.

É neste cenário que foi desenvolvido um grande projeto que foi oferecido à população americana para ter acesso à hipoteca. Ou seja, por meio dessa dívida, os bancos utilizavam estes financiamentos e investiam em ações – para gerar seguros e, posteriormente, renda/dinheiro.

A hipoteca era um instrumento que os bancos utilizavam para investir em outras ações e com a garantia das seguradoras.

Assim, caso a população não conseguisse pagar a hipoteca, o banco não perderia, pois o dinheiro estava investido nas seguradoras.

⁵É um crédito de risco, concedido a um tomador que não oferece garantias suficientes para se beneficiar da taxa de juros mais vantajosa.

Esse processo financeiro facilitou o acesso ao crédito imobiliário para boa parte dos americanos. Prova disso é que as hipotecas, no ano de 2000 a 2003, quadruplicaram.

Diante da situação, era notório que os bancos sabiam que, em alguns casos, seria arriscado oferecer e financiaras hipotecas para algumas famílias que não dispunham de renda suficiente para realizar os pagamentos mensais, entretanto era autorizado e realizado o processo.

Com tanta facilidade no acesso às hipotecas, a população americana iniciou a procura pelas casas. Consequentemente, o valor das residências deu um salto na economia, e, com este aumento de preços, os economistas investiam mais em ações e meios para proteger seus derivativos, que são os seguros que os bancos adquiriam para não perderem as hipotecas. Portanto, caso a população não pagasse, as ações e os seguros cobririam.

Harvey (2011, p. 10) descreve o fato como:

No epicentro do problema estava a montanha de títulos de hipoteca “tóxicos” detidos pelos bancos ou comercializados por investidores incautos em todo o mundo. Todo mundo tinha agido como se os preços dos imóveis pudessem subir para sempre.

Essa fase foi considerada a “bolha” por conta do inchaço no âmbito imobiliário e da facilidade em ter acesso à hipoteca e adquirir imóveis no país.

Diante de toda a estrutura, fica evidente que o Estado não regulamentou essas ações e não criou formas de frear os bancos, mesmo com economistas e agências especializadas alertando o governo para tal crise e demonstrando os riscos para a sociedade.

Além disso, as instituições financeiras dobraram sua renda, e os investimentos geraram um valor altíssimo. Consequentemente, os banqueiros de Wall Street afirmaram seu poder.

Mas, toda essa estrutura articulada entre os bancos e as seguradoras não durou muito. No ano de 2008, a crise foi considerada em seu auge, ou seja, a bolha estourou. Com ações de alto risco, os bancos privados iniciaram o processo de falência e, sem dinheiro e sem receber as hipotecas, os bancos pediam ajuda para o governo para criar meios de sobreviver diante do caos.

Bancos sem dinheiro e a instabilidade financeira demonstraram resultados contrários a apontamentos realizados por Agências de *Rating* e estudos de Universidades como de Harvard e de Columbia, as quais apresentaram que o sistema financeiro estava indo bem e estável. Contudo, a realidade era contrária, com graves consequências para a população.

A realidade vivida era de famílias morando em cabanas sem condições para pagar suas hipotecas e sendo despejadas de suas casas. Com índices de desemprego chegando a 10%, cerca de nove milhões de famílias americanas perderam suas casas somente no ano de 2008.

O número de desempregados, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), subiu de 190 milhões para 210 milhões em todo o mundo, devido à crise financeira de 2008 que teve reflexo em todos os países capitalistas.

Enquanto isso, no Brasil, no mesmo ano, o Presidente em exercício, Luís Inácio Lula da Silva, afirmava que, no Brasil, a crise chegou sob a forma de “marolinha”, o que significa dizer que seus efeitos não seriam devastadores como ocorreu em outras partes do mundo (Boschetti, 2010, p. 64).

Mas, não demorou muito para sentir os efeitos da crise, contrariando a afirmação do presidente em exercício. O Estado adotou medidas para o enfrentamento da crise mundial como a redução dos impostos, a exemplo do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), com o objetivo de aquecer a produção e a venda de mercadorias como carros e eletrodomésticos.

Essas ações possibilitariam o aquecimento da economia, que estava passando por maus momentos, devido à desaceleração da atividade econômica em todo o mundo.

Com isso, a economia do Brasil foi, diretamente, afetada pela crise, causando, entre outros prejuízos, o desemprego, a inflação e a instabilidade bancária.

Boschetti (2010, p. 81) relata que a redução nos impostos e o estímulo ao consumo interno provocaram o aumento dos gastos, resultando, conseqüentemente, no endividamento das famílias.

O fato é que a crise transformou o cenário da sociedade, seja ele político, econômico ou social.

David Harvey (2011, p. 18) retrata que as crises financeiras servem para racionalizar as irracionalidades do capitalismo, pois, a cada crise, as manobras sempre se reverterem em ganho para o capital, nunca para a classe trabalhadora.

Assim como Mézaros (2011, p. 45) diz, toda crise é estrutural, expansionista, destrutiva, no limite e incontrolável, devido a suas consequências.

Salvador (2010, p. 614) diz que, quando a crise se instala, todo o discurso e a luta pela defesa da eficiência do mercado, da privatização e da desregulamentação são evidenciados, gerando, assim, novas formas e estratégias para o enfrentamento das crises capitalistas.

A única certeza que se pode ter quando se discute a crise, é que, quando ela existe, seu contágio será em esfera global. Consequentemente, surgiram formas e estratégias para amenizar os impactos causados por ela, e essas formas serão empregadas pelo mundo inteiro, como será apresentado a seguir:

1.3 Tendências neoliberais

Considerando-se as interpretações e as causas das diversas crises vivenciadas no mundo capitalista, passamos, agora, às alternativas para superá-las e as estratégias para a construção de novos modelos de administração na sociedade.

Com isso, as principais estratégias utilizadas pelo Estado e pelos capitalistas são as mudanças estruturais no modo de gestão do país. Como exemplo, após as consequências da crise de 1929 e da crise da década de 1970, as quais desencadearam grandes índices de desemprego e níveis baixos de consumo no mercado, as principais estratégias utilizadas foram às modificações nas relações entre Estado e sociedade civil, criando novas diretrizes políticas nas relações.

Um exemplo de enfrentamento e de estratégia utilizada pelos Estados foi o encontro realizado em Washington para discussão do assunto e os ideais propostos:

Conforme os parâmetros estabelecidos pelos organismos internacionais, a partir do Consenso de Washington, em 1989, que recomendam uma ampla reforma do Estado, segundo as diretrizes políticas da raiz neoliberal (IAMAMOTO, 2001, p.112).

O Consenso de Washington é considerado um momento histórico, no qual os economistas reuniram-se na capital americana Washington D.C., no ano de 1989, a fim de discutir medidas para enfrentar as consequências da crise capitalista e o endividamento dos países.

O Fundo Monetário Internacional- FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, presentes no encontro, formularam um conjunto de medidas que os países em desenvolvimento ou em dificuldades financeiras deveriam seguir.

Montaño e Duriguetto (2011, p. 211) apresentam as 10 recomendações impostas aos governos pelos órgãos financeiros:

- 1– disciplina fiscal;
- 2– reduções dos gastos públicos;
- 3– reforma tributária;
- 4– juros de mercado;
- 5– regime cambial de mercado;
- 6– abertura comercial;
- 7 – eliminação de controle sobre o investimento direto estrangeiro;
- 8– privatizações;
- 9– desregulação de leis trabalhistas;
- 10– institucionalização da propriedade intelectual.

Os ajustes propostos pelo comitê criaram a possibilidade de solução para a situação crítica vivida pelos países capitalistas, principalmente os endividados. Dessa forma, o receituário neoliberal devia ser colocado em prática por meio das indicações realizadas.

Iamamoto (2001, p. 113) denominou as medidas sugeridas pelo Consenso de Washington como “terapia neoliberal” para os países devedores, resultando na reforma do Estado.

Diante disso, o neoliberalismo invadiu a sociedade com a estratégia de retirar as obrigações sociais do Estado. Em lugar da intervenção estatal, é repassada a responsabilidade para a sociedade civil, por meio das Organizações Não Governamentais (ONGs), das parcerias entre público e privado, além de outras formas.

Com efeito, a ofensiva neoliberal, aos poucos, foi instaurada nos países, ora com maior, ora com menor intensidade.

O neoliberalismo vem à contramão do “Pacto Keynesiano”, com base no pensamento de John Maynard Keynes (1883-1946), que informa o *Welfare State* (Estado de Bem Estar Social) com o objetivo de proteger, de forma integral, os trabalhadores inseridos no sistema capitalista, o Estado Provedor.

Montaño e Duriguetto (2011, p. 194) citam exemplos do ajuste neoliberal na sociedade como: o golpe de estado de Pinochet ao governo eleito de Salvador Allende em 1973 no Chile; os triunfos de Margaret Thatcher em 1979 na Inglaterra e de Reagan em 1980 nos EUA. Todos esses governos utilizaram as estratégias neoliberais para o enfrentamento das crises as quais estavam vivenciando.

Mediante uma rápida análise, podemos afirmar que o neoliberalismo não é um modelo de *desenvolvimento* para a sociedade, pelo contrário, provoca profundos impactos e efeitos deletérios na sociedade e, principalmente, na classe trabalhadora.

Além das perdas e dos esvaziamentos das políticas sociais que estudaremos no próximo capítulo, é evidente que o Estado também cria estratégias para o enfrentamento das crises cíclicas na sociedade.

A estratégia neoliberal assumida pelo Estado é, visivelmente, constatada pelas reformas e propostas de mudança em seus governos.

Montaño e Duriguetto (2011, p. 203) denominam a Reforma do Estado e mostram seus objetivos:

A chamada Reforma do Estado funda-se na necessidade do grande capital de liberalizar – desimpedir, desregulamentar – os mercados. Assim, concebe-se como parte do desmonte das bases de regulação das relações sociais, políticas e econômicas.

Registrou-se a reforma do Estado com semelhanças, claras e diretas, entre a ofensiva neoliberal e o Consenso de Washington, reproduzindo os ideários das propostas instruídas pelos órgãos financeiros, a fim de buscar soluções e alternativas para a crise capitalista.

O Estado, por sua vez, iniciou os ajustes estruturais com as seguintes ações apresentadas por Montaño e Duriguetto (2011, p. 263), já sendo executados em países da América Latina, especificamente, com:

- privatizações e desnacionalização de empresas públicas;
- redução e restrição do gasto público-social;

- desregulamentação das relações de trabalho;
- desobrigação, desoneração e remuneração do capital especulativo.

Já no Brasil, Silva (2010, p. 115), em seu profundo estudo sobre a gestão da Seguridade Social, citando Soares (1999, p. 44-45) diz que:

Os postulados neoliberais na área social são:

- a) o bem-estar social pertence à esfera privada da família, da comunidade e dos serviços privados; b) o Estado só deve intervir para aliviar a pobreza extrema e produzir serviços que o setor privado não quer ou não pode fazer; c) os direitos sociais e a obrigação de garanti-los por meio do Estado, bem como a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais são abolidos.

Fica evidente que a estratégia neoliberal orienta-se pelo princípio da isenção do papel do Estado na garantia dos direitos sociais de forma integral.

Outra meta do neoliberalismo é a privatização, que se caracteriza pela transferência de instituições públicas para o mercado privado ou para corporações e/ou investidores. Assim, é realizada a abertura de recursos públicos para o mercado privado.

Um exemplo de instituição pública que passou pelo processo de privatização no Brasil é a Vale do Rio Doce, privatizada no ano 1997. É considerada uma das maiores mineradoras do país, é uma empresa privada e teve seu capital aberto para investidores.

Além dessa empresa, podemos citar diversas instituições governamentais que passaram pelo processo de privatização como nos setores bancário, energético, telefônico, ferroviário, passando pelas rodovias até os transportes públicos.

Não há um marco específico do início das privatizações no Brasil, mas, a partir da década de 1980 e 1990, com os presidentes Fernando Collor de Mello, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, ficaram mais evidentes e numerosas as parcerias e a abertura para o mercado privado.

Os governos do PT, de Luís Inácio Lula da Silva e da presidenta Dilma Rousseff, também não ficaram fora da estratégia neoliberal, pois seguiram o mesmo modelo dos governantes anteriores, a exemplo da privatização de aeroportos e de portos em todo o país.

Outra forma que tem características neoliberais são as parcerias entre público e privado, que são uma tendência como parte da reforma do Estado. Essa

conversão, segundo Silva (2010, p. 141), é respaldada por lei promulgada em 1998 e 1999, as quais estabelecem ações entre o Estado e organizações da sociedade civil prestadoras de serviços sociais.

A legislação específica autoriza as parcerias entre instituições públicas e privadas, estabelecendo assim a articulação entre ambas.

No Brasil, a Lei n. 9.637 de 15 de maio de 1998 autoriza e qualifica como organizações sociais 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.

Com isso, novamente, evidenciam-se as estratégias de privatização por meio das parcerias entre público e privado.

As parcerias e transferências de responsabilidades do Estado para a sociedade observam normas estabelecidas pelo próprio Estado, ou seja, as parcerias, o *mix* entre público e privado, conforme se apresenta acima.

Já no Estado de São Paulo, as parcerias são mais comuns na área da saúde, cujas ações governamentais são transferidas para instituições privadas sem fins lucrativos a fim de desenvolver o atendimento e os serviços ligados ao Sistema Único de Saúde – SUS, assunto que será aprofundado no próximo capítulo.

Será discutida, também, a trajetória das políticas sociais desde sua regulamentação até o presente momento.

CAPÍTULO II

AS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

A intenção, nesse capítulo, é apresentar um breve histórico da política social no Brasil e pontuar as conquistas e os desafios enfrentados para a efetivação das políticas sociais, especificamente, a política de saúde, além de discutir sobre a Reforma do Estado e suas consequências para a saúde pública no Brasil, constituindo novos modelos e formas de gestão da saúde.

Não se pode pensar a política social fora do contexto capitalista, como Behring (2004, p.163) apresenta:

As políticas sociais ou padrões de proteção social se desenvolveram como respostas à questão social, ou seja, á mobilização operária do final do século XIX em resistência á exploração do capital e seus desenvolvimentos ulteriores no século XX.

A política social está diretamente associada à constituição da sociedade burguesa e ao reconhecimento da necessidade de intervenções estatais perante a questão social.

Dessa forma, entende-se que a política social é uma estratégia utilizada pelo Estado para amenizar as sequelas causadas pelo capitalismo.

Com isso, o Estado tem um papel primordial na execução das políticas sociais, pois, é um órgão mediador, civilizador e responsável por realizar o equilíbrio social.

Pereira (2009, p. 293) conceitua a função do Estado:

Portanto, estudar o Estado é estudar uma arena tensa e contraditória, na qual interesses e objetivos diversos e opostos se confrontam. No contexto capitalista, coexistem, nessa arena, interesses tanto de representantes do capital, em se reproduzir e se ampliar à custa do trabalho, quanto dos trabalhadores, em partilhar da riqueza acumulada e influir no bloco no poder.

Assim, na arena de conflitos, as estratégias utilizadas pelo Estado são as políticas sociais, que têm como função restabelecer o equilíbrio social e reduzir os impactos do capitalismo, realizando intervenções e estimulando a demanda por bens e serviços sociais.

No Brasil, as primeiras iniciativas da intervenção social do Estado de abrangência nacional se dão nas décadas de 1920/1930. A conjuntura nesse período é caracterizada com a expansão da industrialização, reivindicações dos trabalhadores, aceleração da urbanização e precária condição de vida da população.

A Lei Eloy Claves de 1923 foi um marco importante na política social no Brasil, pois é a primeira legislação que previa a criação de caixas de aposentadorias e pensões para algumas categorias de trabalhadores. Posteriormente, são criados o Ministério do Trabalho e a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), que tinham por finalidade atender a família com distribuição de benefícios sociais.

Sobre tal realidade, Behring e Boschetti (2009, p. 104) afirmam que, num intenso aparelhamento, nos anos de 1930, a política social brasileira, teve seus fundamentos agregados, em alicerces formais, a direitos sociais reivindicados por trabalhadores organizados.

Deve-se considerar que as primeiras intervenções do Estado foram produto de reivindicações dos movimentos dos trabalhadores e não foram oferecidas pelo Estado de forma passional.

Ainda na década de 1930, o Brasil apresentava características econômicas e sociais que requeriam grande atenção, devido às transformações na vida cotidiana da população, principalmente com o êxodo rural, o crescente número de indústrias, a urbanização e a ampliação da massa trabalhadora.

Diante disso, são implantadas as campanhas sanitárias e criados os serviços de saúde contra endemias, além da formação específica de profissionais da área da saúde.

Já no período de 1950 e 1960, a história mostra que houve a tentativa de implantar um projeto nacional de desenvolvimento econômico e político no Brasil. Por conta desse intuito, ficou conhecido como *Período do Desenvolvimentismo*.

Os gastos do Estado com a área social cresceram consideravelmente, mas sem propostas efetivas para o cumprimento da demanda social.

Em 1964, instaurou-se a Ditadura Militar, até o ano de 1985 o país passou por profundas mudanças econômicas e políticas. O Estado foi caracterizado como autoritário, houve censura, ausência de eleições e controle pelo poder militar.

Por outro lado, isso significou, para o país, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social a fim de criar um novo país. A política de saúde, especificamente, teve ênfase mais curativa, individual e assistencialista e não mais por meio de campanhas e de orientações à sociedade.

Luz (1991, p. 80) diz que esse momento histórico caracterizou-se como um impasse estrutural, pois havia interesse em melhorias na política de saúde, mas, por outro lado, havia conflitos de ordem institucional e política no país.

Com o fim da Ditadura Militar, o Brasil iniciou o processo de democratização e as lutas para a criação de propostas de regulamentação de um sistema de saúde único, gratuito e universal. As articulações iniciaram-se com os movimentos sociais e a busca de discussões no Congresso Nacional por meio de Conferências e de Fórum para debater o tema.

Bravo (2007, p. 94) afirma que as lutas e as propostas que foram apresentadas não foram aprovadas de forma integral e o texto abriu brecha para a privatização da saúde.

Na década de 1960, houve a unificação dos institutos previdenciários, criando o Ministério da Previdência e Assistência Social com a incorporação da LBA.

Já na década de 1980, foi um período de grande mobilização política, tanto pela luta pela democracia como pelos direitos sociais.

Assim, somente na Constituição Federal de 1988, as políticas sociais de previdência, saúde e assistência social foram aprovadas e reconhecidas como direito social.

Com isso, a grande conquista das políticas sociais no Brasil é a promulgação da Constituição Federal de 1998, conhecida também como Constituição Cidadã, que denomina Seguridade Social o conjunto de políticas sociais, que veremos a seguir.

2.1 Seguridade Social

O conceito de Seguridade Social foi instituído na Constituição Federal de 1988, garantindo o direito à saúde, assistência social e previdência social.

Conforme o Artigo 194:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 ART. 194)

Assim, a Seguridade Social compõe o conjunto de políticas de proteção social, que integra o tripé das políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

O Estado passou a ter a responsabilidade de desenvolver ações para a efetivação das políticas sociais integradas pela Seguridade Social, conforme a lei maior estabelece.

Yazbek (2012, p. 301) comenta o avanço:

A noção de Seguridade que emerge na Constituição brasileira apresenta-se como um sistema de cobertura de diferentes contingências sociais que podem alcançar a população em seu ciclo de vida, sua trajetória laboral e em situações de renda insuficiente.

Assim, a Seguridade Social foi um grande avanço na sociedade brasileira, pois, além da efetiva regulamentação do sistema protetivo, há, também, a centralidade da responsabilidade do Estado na regulação, normatização, proposição e implementação das políticas públicas.

Este grande avanço comemorado por todos os brasileiros quanto à regulação dos direitos da seguridade social é uma estratégia utilizada pelo Estado em cenário de contradição, conforme Motta (2007, p. 40):

Trata-se de uma contradição da sociedade capitalista, cujas mediações econômicas e políticas imprimem um movimento dinâmico e dialético: se do ponto de vista lógico, atender as necessidades do trabalho é negar as necessidades do capital, do ponto de vista histórico, a seguridade social é por definição esfera de disputas e negociações na ordem burguesa.

Neste contexto de contradições, a autora é clara quando afirma que a Seguridade Social teve de se adequar para servir às necessidades do capital, como exemplo, as reformas previdenciárias, as condicionalidades em programas sociais e a privatização da saúde.

Nessa perspectiva, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, mas não podem alterar a estrutura do capitalismo.

Motta (2007, p. 42) critica a Seguridade Social pela falta de articulação entre as três políticas sociais, pois não há interlocução entre elas. Cada política tem um rumo diferenciado, por exemplo, a previdência social é mercantilizada, e a assistência social é tratada como assistencialismo.

Já a Saúde é uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. Mas, a situação mais preocupante são os rumos que a Seguridade Social pode seguir como a privatização, ou seja, a abertura para o mercado privado.

Essa questão constitui o foco de nossa pesquisa, as parcerias entre público e privado, especificamente na saúde, que veremos a seguir.

2.2 Saúde

Como já foi citada, a saúde compõe o tripé da Seguridade Social, que foi legitimada na Constituição Federal de 1998.

No artigo 196, a Saúde é apresentada como direito social:

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 de promoção, proteção e recuperação.

Com a Constituição Federal de 1988, as ações e os serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder estatal sua regulamentação, fiscalização e controle. É, portanto, entendida como um direito de todos e dever do Estado.

A Constituição Federal de 1988, além de regulamentar a Seguridade Social, também apresenta um mecanismo de participação direta dos cidadãos nas decisões políticas, que são os Conselhos Gestores de Políticas Públicas. Estes espaços denominados espaços democráticos são de extrema importância, além de ser um mecanismo de controle social, uma vez que a Lei 8.142/1990 dispõe sobre a

participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, proporcionando um canal de comunicação nas políticas de saúde, além do processo de tomada de decisões.

Com a implantação dos mecanismos de controle social, é efetivada a possibilidade de participação social e a consolidação da democracia. Com isso, a sociedade é chamada a discutir e debater o tema.

A área da saúde foi pioneira em tratar o tema em questão, controle social, que é sinônimo de participação social nas políticas públicas. Como a legislação exige o processo de participação, o Brasil conta com os Conselhos e as Conferências como espaço de discussão e de participação popular.

Além da Constituição Federal, a saúde é regulamentada pela Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde, que dispõe a saúde como política social pública no campo de direitos.

Vale ressaltar que a Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo n. 3, apresenta a saúde com avanços, pois deixa o foco da doença especificamente e diz:

Artigo 3º

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Assim, pensar a política de saúde é ampliar as perspectivas, ir além da ausência de doenças, como culturalmente é conhecida, bem como visualizar os fatores condicionantes e determinantes que a própria legislação conceitua.

Conforme consta da Lei 8.080/90, fica determinada a hierarquização dos atendimentos, ou seja, é estabelecida por meio do artigo 8º da Lei 8.080/1990, que apresenta as ações e os serviços que serão executados pelo Sistema único de Saúde (SUS).

Artigo 8º

As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Nesse artigo da legislação, fica evidente que o SUS organizará a saúde em níveis específicos de ação e de serviços. Assim, são classificados os níveis primário, secundário e terciário, que são definidos pelo Ministério da Saúde.

Nível Primário- Atenção Básica à Saúde

O Nível Primário constitui-se o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da Saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. É, preferencialmente, a “porta de entrada” do sistema de saúde. Por meio dele, a população tem acesso a especialidades básicas, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia. Estudos demonstram que a atenção básica é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e dos problemas de saúde. Cabe, ainda, à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos pacientes para os atendimentos de média e de alta complexidade caso haja necessidade.

Nível Secundário – Média Complexidade

O Secundário é um dos três níveis de atenção à saúde que são considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde e compõe os seguintes serviços: procedimentos especializados realizados por médicos e outros profissionais de nível superior e nível médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, exames radiodiagnósticos, fisioterapia, entre outros.

Nível Terciário – Alta Complexidade

O conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve a alta complexidade é o nível terciário do sistema de saúde. Tem como objetivo oferecer à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde. As principais áreas que compõem a alta complexidade são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (procedimento de hemodiálise e diálise), assistência a pacientes oncológicos, cirurgias vascular e cardiovascular, assistência neurológica, terapia nutricional, entre outros serviços.

Alguns autores denominam o modelo assistencial oferecido pelo Sistema Único de Saúde apresentado acima como a figura clássica de uma pirâmide para representar as ações e os serviços do SUS.

Assim, na base da pirâmide ficam localizados os atendimentos das unidades de saúde (nível primário); no meio da pirâmide, fica localizado o nível secundário, intermediário, que representa os atendimentos especializados e os serviços ambulatoriais e de diagnóstico. Já o topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade.

Esse sistema de hierarquização oferecido pelo SUS representa a racionalização do atendimento e estabelece um fluxo de pacientes ordenado de baixo para cima, conforme as necessidades de cada paciente.

Embora se reconheça a importância da organização na oferta dos serviços oferecidos pelo SUS, nas últimas décadas, a política de saúde tornou-se alvo de grande ofensiva do ajuste neoliberal, assim como a reforma do Estado, para facilitar parcerias e abertura para o mercado privado.

Diante disso, veremos, a seguir, as principais mudanças na gestão da saúde pública do Brasil.

2.3 Reforma do Estado e Modelos de Gestão

Nos anos de 1990, mais especificamente em 1995, o Brasil teve como marco institucional a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado e a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, por meio dos quais se desencadeou a ofensiva governamental no sentido de impor as mudanças que se seguiram.

O processo se deu com o envio, para o Congresso Nacional, da emenda constitucional n. 19, a qual possuía três objetivos:

Primeiro: a dimensão institucional-legal, voltada à descentralização da estrutura organizacional do aparelho do Estado mediante a criação de novos formatos organizacionais, como as agências executivas, regulatórias e as organizações sociais.

Segundo: a dimensão gestão, definida pela maior autonomia e pela introdução de três novas formas de responsabilização dos gestores – a administração por resultados, a competição administrada por excelência e o controle social – em substituição parcial dos regulamentos rígidos, da supervisão e da auditoria, que caracterizam a administração burocrática.

Terceiro: a dimensão cultural, de mudança de mentalidade, visando a transformar a desconfiança generalizada que caracteriza a administração burocrática em uma confiança maior, ainda que limitada, própria da administração gerencial.

Denominadas Reforma do Estado, as intenções acima propostas fazem parte do processo da reforma do Estado, que teve como principal eixo a redução das responsabilidades do Estado na abrangência institucional, assim como a redefinição de seu papel.

Com esse objetivo, enquanto empreende uma luta ideológica que apresenta os direitos sociais como privilégios e entraves ao desenvolvimento econômico, também promove a desregulação da economia e a flexibilização da legislação do trabalho, a diminuição dos gastos públicos, a privatização das empresas estatais, a abertura do mercado aos investimentos transnacionais, dentre outras medidas.

Assim, a Reforma do Estado de 1995 envolve, basicamente, a descentralização dos serviços sociais e a delimitação da atuação do Estado. O presidente em exercício era Fernando Henrique Cardoso, e o ministro da Administração e Reforma do Estado era Luiz Carlos Bresser Pereira. Por conta disso, a reforma do Estado é conhecida, também, como Reforma Bresser Pereira.

Um dos princípios fundamentais da Reforma de 1995 é o de que o Estado, embora conservando e, se possível, ampliando sua ação na área social, só deve executar, diretamente, as tarefas que são exclusivas do Estado, que envolvem o emprego do poder de Estado, ou que apliquem os recursos do Estado.

Por outro lado, é visível que há abertura para o setor privado, desde os serviços mais simples como segurança e limpeza até os serviços mais complexos como execução de políticas sociais e o atendimento de saúde, por exemplo.

A privatização, com a Reforma do Estado de 1995, bem como a terceirização, tem como objetivo transferir, para o setor privado, serviços de responsabilidade do Estado.

A análise de Silva (2010, p. 141) é:

No Brasil a reforma do Estado significou desestatização. Em nome da eficiência, da produtividade e da qualidade, a produção estatal de determinados bens e serviços é transferida para os agentes do setor privado, inclusive na área das políticas sociais.

Bresser Pereira afirma, em sua página de internet, que é contrário à proposta neoliberal, que o “objetivo não é enfraquecer o Estado, mas fortalecê-lo”, permitindo a combinação e a complementaridade entre o mercado e o Estado como pressuposto básico ao bom funcionamento do sistema econômico e do regime democrático.

Outro argumento que Bresser Pereira utiliza é que, com a Reforma do Estado, é possível “estimular e preparar as empresas e o país para a competição generalizada”. A reforma do Estado passou, necessariamente, pela “recuperação da poupança pública e superação da crise fiscal; redefinição das formas de intervenção no econômico e no social através da contratação de organizações públicas não estatais para executar os serviços de educação, saúde, e cultura; e reforma administrativa pública com a implantação de uma administração pública gerencial”.

Com esses ideais, ocorreu a Reforma do Estado. A partir daí, foram promulgadas, em 1998 e 1999, leis voltadas para a efetivação e a regulamentação de organizações sociais (OS), organizações filantrópicas e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), como descreve Silva (2010, p. 141) em seus estudos.

A Lei n. 9.637 de 15/05/1998 dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, sob a gerência de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, para desenvolver atividades de ensino, pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico para proteção e preservação do meio ambiente, da cultura e da saúde.

Já a Lei n. 9732 de 11 de dezembro de 1998 dispõe sobre as organizações filantrópicas, incluindo o certificado de Entidade Filantrópica para a isenção de impostos.

E, finalmente, a Lei n. 9790 de 23 de março de 1999, que regulamenta as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP). Com isso, qualquer instituição que queira prestar atendimentos e realizar parcerias com o Estado é protegida por lei.

Dessa forma, as parcerias público/privado vêm crescendo devidamente regulamentadas e por iniciativa do Estado, conforme veremos no item a seguir.

2.4 As parcerias Público/Privado na Gestão da Saúde Pública

A Constituição Federal de 1988, como a Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde, até as legislações mais recentes da reforma do Estado, já demonstram indícios de parcerias público/privado na gestão da saúde pública.

Os artigos abaixo apontam o fato:

Constituição Federal:

Artigo 199 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada^{1º} As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Lei n. 8080 – Lei Orgânica da Saúde

Artigo 46:

O Sistema único de Saúde (SUS) estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde do Estado, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Isso demonstra a abertura para a iniciativa privada, portanto, as parcerias entre o público e o privado já eram vislumbradas. Consequentemente, os novos modelos de contratos e gestão regulamentados na década de 1990, com as legislações já apresentadas no capítulo anterior, permitem a inserção das Organizações Sociais (1998).

Com isso, novas modalidades surgem como novas formas de gestão na execução dos serviços de saúde.

O setor privado, quando contratado pelo SUS, deveria atuar com as mesmas normas do serviço público como, por exemplo, atender a todos, atuar de maneira integral e ser descentralizado, democrático, racional, eficaz e igualitário.

Cria-se uma nova combinação entre o mercado e o Estado como Andreazzi (2012, p. 30) aponta:

Pode-se aventar que o termo *mix*, ou combinação público-privado, bastante utilizado atualmente na literatura internacional e nacional sobre os sistemas de saúde, parte de uma necessidade de existência de instrumentos, mais que tudo descritivos, acerca da existência de espaços privados de produção, consumo e troca de espaços não submetidos a essa lógica, que possam estar organizados pelo Estado.

Esse termo caracteriza as relações entre Estado e serviços privados, no caso de saúde. Mas, além dessa combinação, existem entidades sem fins lucrativos, Organizações Sociais e Instituições Filantrópicas que, também, têm objetivos semelhantes.

Refere-se à privatização através de terceirização e concessão de serviços estatais a empresas lucrativas e não lucrativas; entre esses, as inovações gerenciais do tipo Fundações Privadas de Direito Privado e Organizações Sociais (ANDREAZZI, 2012, p. 31)

Posteriormente à reforma do Estado na década de 1990, em 2007, ocorre a aprovação do Projeto de Lei Complementar (PLC n. 92/2007) no governo Lula, que

cria as Fundações Estatais de Direito Privado, dando continuidade à concepção neoliberal disseminada pelos organismos financeiros internacionais, além de abrir as portas para a iniciativa privada, como consta no anexo n. 06 a integra do Projeto de Lei Complementar n. 92/2007.

Teixeira (2012, p. 56) pontua as perspectivas da aprovação do Projeto de Lei como:

Defendemos que o PLC N. 92/2007 funda-se no ideário neoliberal, ao separar financiamento de provisão e considerar a saúde como atividade “não exclusiva do Estado”, confirma que a perspectiva é de continuidade da privatização do Estado brasileiro.

Com isso, os impactos para as políticas sociais, entre elas a de saúde, são evidentes. Com relação ao distanciamento entre o SUS real e o SUS constitucional, assim apresentado por Bravo (2007), os governantes não fazem questão de buscar as mudanças necessárias e reafirmam as estratégias neoliberais.

Essa combinação entre público e privado constitui a partilha do Estado com o mercado privado, a Reforma do Estado e as estratégias utilizadas para a efetivação do neoliberalismo.

A parceria público/privado pode ser definida como o processo pelo qual o Estado, sob o pretexto de alcançar maior qualidade, repassa a uma organização social privada um determinado serviço ou a produção de um determinado bem. Assim, tem-se a divisão de responsabilidades.

Teixeira (2012, p. 58) diz que a privatização e as parcerias público/privado não são satisfatórias para o sistema de saúde no país.

Esse fenômeno combinou-se ao gradativo abandono e sucateamento da rede pública de saúde, a uma política racionalizada fundada na seletividade da atenção, contribuindo de forma direta e indireta para a instalação e expansão da rede privada.

É importante, ainda, destacar que as primeiras propostas da reforma do Estado, na era FHC, têm sequência nas propostas atuais como nos governos Lula e Dilma.

Além do distanciamento entre o SUS real e o SUS constitucional, Raichelis (2007, p. 74) apresenta, em seus estudos, a necessidade e a possibilidade da

participação da sociedade civil no processo de democratização das políticas sociais, tanto no processo de definição como de implementação destas.

Por exemplo, as propostas de privatização, terceirização e incentivo à criação de Organizações Sociais e à flexibilização da gestão pública são discussões recentes, em que a sociedade civil vem perdendo espaço, mas isso não ocorre por falta de conhecimento e/ou falta de informação.

É neste contexto de grandes transformações e de notória saída do Estado e avanço do setor privado que o assistente social desenvolve seu trabalho na área da saúde.

A diversificação entre público/privado na execução das políticas de saúde traz novos impactos no acesso da população à atenção de saúde, além dos novos desafios para o trabalho do assistente social.

No próximo capítulo, abordaremos a atuação do assistente social na política de saúde em suas múltiplas dimensões de intervenção profissional.

CAPÍTULO III

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

Nesse capítulo, pretendemos apresentar a profissão de Serviço Social, seu respaldo legal, a atuação do assistente social na área da saúde, e o contexto histórico da profissão nessa área, além de suas diversas dimensões e possibilidades de prática profissional, com o objetivo de compreender as transformações recentes.

A profissão vive os efeitos da reforma do Estado, assim como as consequências das crises do capitalismo, seja nas relações de trabalho, seja no desenvolvimento de sua intervenção profissional.

Portanto, é importante situar a profissão nesse contexto histórico, uma vez que o fundamento da profissão é a realidade social, que sofre mudanças, transformações e novos cenários. Segundo Siqueira (2013, p. 229):

Os novos cenários repõem ao Serviço Social desafios, cujas novas, antigas e as reatualizadas demandas exigem a compreensão do elemento estrutural que as compõem: a contradição entre capital e trabalho e os limites da atuação das Políticas Sociais na sociedade capitalista.

Assim, entender esses novos cenários da profissão é uma condição para criar estratégias de intervenção e de enfrentamento dos desafios. Mas, para isso, é preciso entender o contexto em que a profissão realiza seu trabalho.

A profissão, desde seu surgimento até os dias atuais, lida, constantemente, com a centralidade e as manifestações da questão social⁶, essa última advinda do sistema capitalista.

Com isso, o Serviço Social no Brasil se inseriu, desde a década de 1930, como uma profissão ligada à questão social e às necessidades e exigências das sequelas do capitalismo e, sobretudo em seu nascimento, teve fortes influências da Igreja Católica.

⁶ Conforme Yamamoto (2001, p. 27) questão social é apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades sociais da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

É uma profissão dinâmica, contraditória e complexa, que perpassa as diferentes conjunturas, estruturas e movimentos da sociedade, expressando modos de ser e de pensar com significados variados de acordo com as expressões da questão social e suas demandas.

Martinelli argumenta que a profissão é fruto da sociedade capitalista.

É uma profissão que nasce articulada com um projeto hegemônico do poder burguês como uma importante estratégia de controle social, como uma ilusão de servir, para, juntamente com muitas outras ilusões criadas pelo capitalismo, garantir-lhe a efetividade e a permanência histórica (MARTINELLI 2011, p. 156)

Partilhamos desse conceito apresentado pela autora, pois a profissão tem sua gênese, primeiramente, na Europa, lugar de origem das primeiras mudanças advindas do capitalismo, e, tardiamente, no Brasil, no qual a industrialização ocorreu a partir da década de 1930.

Diante disso, pensar esta profissão requer entender sua gênese na sociedade capitalista, assim como sua trajetória até os dias presentes.

Yazbek (2009, p. 129) contextualiza a institucionalização da profissão no Brasil:

Sabemos que a institucionalização do Serviço Social como profissão na sociedade capitalista se explica no contexto contraditório de um conjunto de processos sociais, políticos e econômicos que caracterizam as relações entre classes sociais na consolidação do capitalismo monopolista. Assim, a institucionalização da profissão de uma forma geral, nos países industrializados, está associada à progressiva intervenção do Estado nos processos de regulação social.

Diante disso, percebe-se que o Serviço Social, como profissão inserida na sociedade capitalista, vive uma contradição como a mesma autora apresenta:

Assim, podemos afirmar que o Serviço Social participa tanto do processo de reprodução dos interesses de preservação do capital, quanto das respostas às necessidades de sobrevivência dos que vivem do trabalho (YAZBEK, 2009, p. 128).

Analisar o Serviço Social, no contexto capitalista, permite constituir uma unidade contraditória, pois, por um lado, a profissão tem características de enfrentamento à questão social que surge do sistema capitalista, e, por outro lado, é

uma profissão que serve ao capital para a manutenção da ordem burguesa. Como Yazbek afirma:

Não podemos esquecer que, no cotidiano de sua prática, os assistentes sociais mantêm uma dupla vinculação: com as instâncias mandatárias institucionais, que os contratam para realizar um trabalho, mediante assalariamento; e com a população usuária a quem o profissional presta serviços (YAZBEK, 2009, p. 36).

Dessa forma, com referência em Iamamoto (2008), partimos do princípio, de que o Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, participante de processos sociais relacionados à produção e à reprodução das relações sociais. Assim, são as relações sociais concretas que constituem espaço para a profissionalização e o assalariamento do assistente social.

Na atual conjuntura, a profissão mostra-se madura, tendo em vista que, no decorrer das últimas décadas, consolidou-se um Serviço Social conectado com as novas demandas da sociedade.

Como Yazbek (2009, p. 139) nos retrata:

O trabalho do assistente social está profundamente condicionado pela trama de relações vigentes na sociedade e, sem dúvida, o atual cenário do desenvolvimento capitalista coloca para o Serviço Social contemporâneo novas demandas e competências, quer no nível de conhecimentos, quer no plano concreto da intervenção e negociação política no âmbito das Políticas Sociais (YAZBEK, 2009, p. 139)

O assistente social possui habilidades e competências para desenvolver seu trabalho em diversas áreas, como afirma Yazbek (2014)⁷:

- organizações públicas e privadas, como hospitais, centros de saúde, ambulatorios de saúde mental, prontos-socorros, abrigos para idosos e para portadores de deficiência, presídios, albergues, escolas, creches, clínicas, centros comunitários, centros de convivência, serviços de proteção à infância e juventude, empresas, construtoras, usinas sucroalcooleiras, fóruns, universidades, bancos, entidades de prestação de serviços sociais e assistenciais em geral;
- nas administrações municipais, estaduais e federal, no âmbito das políticas sociais de assistência social, saúde, previdência, educação, habitação, justiça, meio ambiente, trabalho e recursos humanos;

⁷ Textos didáticos disponibilizados pela autora no Programa de Pós Graduação em Serviço Social na PUC/SP e ainda não publicados.

- nas ONGs(organizações não governamentais), fundações empresariais e movimentos sociais.

Em seu trabalho, os assistentes sociais manejam:

- métodos, técnicas e instrumentos das áreas de pesquisa, administração, planejamento, supervisão, consultoria e assessoria, comunicação e *marketing* social, educação e organização popular e trabalho social com indivíduos, grupos, famílias e comunidades.

- tecnologias de intervenção, tais como triagem socioeconômica para atendimento em serviços sociais; estudo para caracterização social, econômica, política e cultural de indivíduos, famílias, comunidades e segmentos populacionais; estudo de condições psicológicas e sociais; visita domiciliar; entrevista; relatório social (laudo social, parecer técnico, conforme o caso); reuniões técnico-administrativas; grupos operativos; orientação social e aconselhamento; observação, leitura, registro, organização e sistematização de informação e documentação; psicossociodrama; animação e motivação sociocultural; educação social e política e organização de grupos populares; dinâmica de grupo; contato interprofissional e interinstitucional; cadastro de recursos e serviços sociais públicos e privados; monitoramento de convênios.

Diante disso, é uma profissão que atua em diversas áreas de intervenção profissional, com base em normativas legais, conforme esclarece Iamamoto:

Sendo o Serviço Social regulamentado como uma profissão liberal e dispondo o assistente social de relativa autonomia na condução do exercício profissional, tornam-se necessários estatutos legais e éticos que regulamentam socialmente essa atividade (IAMAMOTO, 2008, p. 214).

A legislação profissional se materializa por meio da Lei 8.662/93, que dispõe sobre o exercício profissional do assistente social, e da Resolução n. 273 de 13/03/1993, que institui o novo Código de Ética Profissional do Assistente Social.

Isso coloca o assistente social como profissional que possui autonomia para desenvolver seu trabalho com respaldo legal e ético. Por outro lado, a profissão de assistente social, assim como os demais trabalhadores inseridos na sociedade capitalista, está sujeita às relações de compra e venda de sua força de trabalho, como Iamamoto descreve:

O exercício profissional não foge a essas determinações sociais. O assistente social, ao ingressar no mercado de trabalho – condição para que possa exercer a sua profissão como trabalhador assalariado – vende sua força de trabalho (IAMAMOTO, 2008, p. 217).

As relações de compra e venda da força de trabalho não são justas. Dessa forma, o assistente social também se expõe ao processo de exploração de sua mão de obra.

Analisar o Serviço Social nesta perspectiva permite, em primeiro lugar, apreender as implicações políticas do exercício profissional que se desenvolve no contexto de relações entre classes. Ou seja, compreender que a prática profissional do Serviço Social é necessariamente polarizada pelos interesses de classes sociais em relação, não podendo ser pensada fora dessa trama (YAZBEK, 2009, p. 128).

O assistente social, em sua prática profissional, faz a opção por uma direção ético-política e teórico-metodológica que será expressa por meio das intervenções profissionais e da qualidade dos serviços prestados à população, em face do compromisso com a classe trabalhadora.

Diante disso, Iamamoto define o assistente social como:

Um trabalhador especializado, que vende a sua capacidade de trabalho para algumas entidades empregadoras, predominantemente de caráter patronal, empresarial e estatal, que demandam essa força de trabalho qualificada e a contratam (IAMAMOTO, 2001, p. 23).

O Serviço Social, ao longo de sua história, tem mostrado inquietação teórica e incansável busca por conquistas e avanços profissionais, assim como Iamamoto (2001, p. 51) relata que a profissão, nas últimas décadas, deu um salto de qualidade, com as conquistas da profissão:

Um olhar retrospectivo para as duas últimas décadas não deixa dúvidas que, ao longo desse período, o Serviço Social deu um salto de qualidade em sua autoqualificação na sociedade (IAMAMOTO 2001, p.51).

O salto qualitativo referido por Iamamoto é um conjunto de conquistas do Serviço Social nas últimas décadas (1990/2000) como a Lei de Regulamentação da profissão, o Novo Código de Ética profissional de 1993, as propostas das novas diretrizes curriculares de 1996 e, por último, a discussão e materialização do Projeto Ético-Político, que expressa o projeto profissional da profissão.

Dessa forma, a atuação profissional, no mundo contemporâneo, requer do profissional uma postura diferenciada e mais que isso. Como Iamamoto (2001, p. 20) relata, deve ser um profissional que desenvolva a capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.

Exige-se um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade (IAMAMOTO, 2001, p.49).

Com essa capacidade, o assistente social tem condições de desempenhar um trabalho crítico e capaz de seguir os princípios e as diretrizes da profissão.

Com base nesses preceitos, a seguir, aprofundaremos a discussão sobre a atuação do assistente social, na área da saúde, apresentando como a profissão se inseriu na área e sua trajetória até os dias atuais.

3.1 Contexto histórico do Serviço Social na área da Saúde

Discorrer a respeito das práticas do Serviço Social na saúde é reconhecer a relação bastante intensa e histórica, como Martinelli trata o tema e apresenta os relatos da primeira inserção do assistente social na área.

Foi, porém, que o Dr. Richard Cabot criou o primeiro Serviço Social Médico de que se tem notícia, inserindo-o na estrutura organizacional do Hospital Geral de Massachussets (MARTINELLI, 2002, p. 2).

Ainda de acordo com a autora, a aproximação do Serviço Social à Saúde iniciou-se nos Estados Unidos. Antes disso, no ano de 1880, o assistente social realizava visita domiciliar juntamente com a equipe de saúde para o tratamento da tuberculose.

O surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil na década de 1930, bem como a ação profissional na área da saúde, mostram alguns caminhos semelhantes.

Dessa forma, a mesma autora apresenta que o Serviço Social insere-se no ambiente hospitalar em 1945 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Desde a inauguração, o referido hospital já contava com a participação de assistentes sociais no quadro de funcionários.

Reconhecendo na ação do Serviço Social valioso instrumento tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento médico-social dos pacientes ambulatoriais ou internados, o Dr. Cabot considerou-o indispensável nas equipes de saúde (MARTINELLI, 2002, p. 2).

Com o grande reconhecimento dos diversos profissionais, o assistente social iniciou seu trabalho na saúde, primeiramente em hospitais, com a demanda de construir um elo da instituição com a família e o usuário, visando a garantir o seu tratamento após a alta, conforme Matos (2013, p.57) contextualiza a história do Serviço Social na saúde.

Para Bravo (2013, p. 92), as ações profissionais, na época, eram:

- Visitas pós-alta aos enfermos;
- Verificação das influências das condições de vida, sociais e econômicas nas enfermidades dos pacientes;
- Explicação à família sobre a natureza da enfermidade e orientação sobre as precauções específicas;
- Obtenção de ajuda financeira para o paciente, por meio das organizações sociais, quando havia necessidade;

Mas, a autora diz que a prática do Serviço Social na saúde, no início de sua sistematização, ocorria sem teoria de suporte. Essa prática se dava por meio de visitas domiciliares e de prestação de auxílios aos usuários, conforme descrito acima.

Posteriormente, as intervenções profissionais eram baseadas no atendimento com a metodologia do Serviço Social de Casos, com o referencial funcionalista. Com o avanço das discussões profissionais quanto à metodologia de trabalho, a assistente social passa a se deparar com uma gama de possibilidades de atuação profissional e com novos referenciais teóricos para embasar a sua prática profissional.

Especificamente, a partir da década de 1970, o Serviço Social brasileiro passou por um importante processo de ruptura com o conservadorismo. O

Movimento de Reconceituação contribuiu para os avanços da atuação profissional, com a aproximação à teoria crítica.

Já os anos de 1980/1990 foram períodos de grandes avanços e direcionamentos aos rumos profissionais. Primeiramente, a Constituição Federal de 1988 regulamentou o direito à saúde por meio da Seguridade Social.

Além disso, a profissão avançou nas discussões acerca dos direitos sociais na área da saúde, pois o assistente social passou a desenvolver funções de caráter educativo e preventivo, pondo em questão a concepção apenas curativa e higienista.

Desse modo, exige-se, do assistente social, na área da saúde, sintonia com a realidade como articulação com os movimentos sociais, defesa intransigente dos direitos sociais, além de ações criativas nas quais a educação permanente seja alvo do seu trabalho, ou seja, o profissional deve estar em permanente aprendizado para facilitar a compreensão dos fatos sociais e econômicos na sociedade.

Assim, a profissão estará sintonizada com a sociedade e, conseqüentemente, será capaz de responder às questões emergentes na sociedade.

A partir daí, a profissão de Serviço Social cresceu, aperfeiçoou-se e continua o trajeto na saúde com avanços e desafios postos pela sociedade.

Entre os avanços, destaca-se a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS, que traz os preceitos e o direcionamento acerca da política de saúde. Para o assistente social, é de extrema necessidade obter conhecimentos acerca do tema, mas, principalmente, sistematizar a prática profissional de acordo com a referida legislação, sendo necessário, também, realizar a interlocução entre a teoria e a prática profissional para atingir os objetivos profissionais.

Outro avanço considerável na profissão é o planejamento das ações profissionais, não só da prática, mas o planejamento institucional, o planejamento técnico e o planejamento das estratégias profissionais e as pesquisas, com grandes melhorias na área da saúde.

Também na década de 1980/1990, foram implantados, no Brasil, os programas de residências multiprofissionais, nos quais o Serviço Social está incluso. Além da capacitação continuada específica na área da saúde, proporcionam a preparação dos profissionais para enfrentar os novos desafios.

Martinelli (2002, p. 10) diz que os programas de residências multiprofissionais em diversas áreas representam um avanço para a sociedade, pois os maiores

beneficiados são os usuários que recebem os atendimentos de profissionais qualificados por meio de trabalho nas equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

Quanto à realização do trabalho em equipes profissionais, Mito e Nogueira (2007, p. 282) argumentam que:

As ações profissionais do assistente social no campo da saúde, assim como em outros, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos/processos à medida que se diferenciam ou se aproximam entre si, e particularmente na saúde integram o processo coletivo do trabalho em saúde.

Dessa forma, o assistente social, na área da saúde, possui diversas possibilidades de desenvolver um trabalho integrado com os demais profissionais que compõem a equipe de trabalho.

Assim, como veremos a seguir, o profissional dispõe de referências legais e normativas para a efetivação de sua prática profissional.

3.2 Referencial legal-normativo do Serviço Social na área da Saúde

Pensar o Serviço Social na área da saúde atualmente é reconhecer a importância da profissão nas intervenções cotidianas, uma vez que o Conselho Nacional da Saúde⁸, mediante a Resolução n. 218 de 06 de março de 1997, reconhece o assistente social, juntamente com outras doze categorias, como profissional de nível superior da saúde (anexo n. 04).

Também a Resolução do Conselho Federal de Serviço Social n. 383 de 29 de março de 1999 (anexo n. 05) caracteriza o assistente social como profissional de saúde, além de considerar que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços.

A Resolução do CFESS destaca, também, que é função do assistente social, enquanto profissional de saúde, intervir junto aos fenômenos socioculturais e

⁸ Conselho Nacional de Saúde é um órgão da gestão pública, de caráter deliberativo, instância de controle social que reúne os representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços para discutirem a situação da saúde e proporem políticas para a área.

econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e /ou recuperação da saúde.

Além disso, a referida Resolução estabelece que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social, sendo que o assistente social deve contribuir para viabilizá-lo. Com base no seu compromisso ético-político, esse profissional deve estimular a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais.

Dessa forma, percebe-se a importância de o assistente social conhecer a realidade para intervir junto a fenômenos que estão diretamente ligados à saúde e/ou à ausência dela. Também é importante a participação direta na efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS, na gestão e/ou efetivação dos direitos garantidos pela Legislação apresentada no capítulo anterior, além de estimular a população a participar dos espaços democráticos como viabilização de garantia de direitos e de tomada de decisões.

Diante disso, é importante destacar que a atuação do assistente social, na área da saúde, comunga com o conceito ampliado de saúde, conforme a Organização Mundial da Saúde (1948)⁹, segundo a qual seu significado consiste em “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Com base nessa definição, a palavra deve ser entendida a partir da concepção do homem como um ser biopsicossocial.

De modo semelhante, Vasconcelos (2003, p. 450) apresenta, em seus estudos, que a saúde não é apenas ausência de doenças, mas é também determinada por ausência de trabalho e pelas condições precárias dele, em educação, saneamento básico, habitação e alimentação adequada, cultura e lazer no cotidiano. Isso significa ausência de saúde.

Bravo (2013, p. 67) apresenta, também, com base nesse conceito, que:

A saúde passa a ser considerada um meio e um fim para o desenvolvimento e o bem-estar. Este novo conceito impulsionou a sistematização das atividades profissionais pertencentes aos ramos das disciplinas sociais e psicológicas.

⁹ Organização Mundial de Saúde – OMS é uma agência da Organização das Nações Unidas - ONU, especializada em saúde, fundada em 7 de abril de 1948, sua sede é em Genebra, na Suíça. Em sua primeira assembléia realizada em Genebra em 1948 formulou o conceito de Saúde.

Com base nesse conceito, o Serviço Social, na área da saúde, atua além do sofrimento físico e psíquico. Ele age, também, no enfrentamento das diferentes expressões da questão social determinantes dos níveis de saúde da população, por meio de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, facilitando e contribuindo para a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Diante dessa concepção ampliada de saúde e como subsídio ao trabalho para a garantia da autonomia do exercício profissional, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em conjunto com os CRESS, desenvolveu, em 2010, um estudo que resultou na publicação dos “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”.

A publicação “tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde” (CFESS 2010, p. 09). Toda a elaboração do documento, segundo o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, foi amplamente discutida por meio de Grupo de Trabalho desde o ano de 2008, com a participação de diversos profissionais que atuam, diretamente, na área da saúde.

Os “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde” apresentam discussões sobre a saúde na atualidade, os movimentos de luta pela Política de Saúde, o Sistema Único de Saúde e os desafios atuais.

Nele, são apresentadas as principais atribuições e competências do profissional que está em consonância com as atribuições privativas do assistente social segundo a Lei n. 8662/93 que regulamenta a profissão de assistente social.

Especificamente, na publicação do CFESS, destacam-se, como atuação profissional, quatro grandes eixos, apresentando as possibilidades de espaços profissionais e campos de trabalho:

Atendimento Direto aos Usuários – atuação do profissional em ações diretas ou indiretas como: Atenção Básica, ações de média e alta complexidade, Programa de Estratégia de Saúde da Família, Postos e Centros de Saúde, Policlínicas, Hospitais, Maternidades, Centro de Apoio Psicossocial (CAPs), Emergências, entre outros serviços. As ações podem ser desenvolvidas por meio de serviços sócio-assistenciais, articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas;

Mobilização, participação e controle social – um conjunto de ações voltadas para a mobilização e a participação de usuários, familiares e trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social. Mostra a importância de o assistente social inserir-se nesses espaços para a luta e a mobilização pelo direito à saúde;

Investigação, Planejamento e Gestão – são as ações para o fortalecimento da gestão democrática e participativa, ou seja, ações profissionais capazes de potencializá-la a favor do usuário mediante a administração, o planejamento e a implementação da política de saúde;

Assessoria, qualificação e formação profissional – são ações que visam ao aprimoramento profissional do assistente social, além da melhoria na prestação dos serviços à população. Os serviços de assessoria possibilitam um conhecimento específico na área para analisar e propor melhorias nos serviços de saúde, assim como o constante aperfeiçoamento profissional.

O documento é completo no sentido de apresentar as ações específicas do profissional de acordo com cada especialidade. Por ser ainda um documento novo, não há bibliografia referente à análise da amplitude e dos resultados, mas percebe-se o grande avanço da categoria profissional em demonstrar o modo pelo qual o Conselho Federal de Serviço Social posiciona-se diante das ações e atribuições profissionais.

Diante do estudo apresentado, fica evidente, em termos gerais, o avanço da profissão na área da saúde, pois, embora o assistente social possua diversos ramos de atuação na política de saúde, destaca-se o posicionamento da profissão em relação ao objetivo central, que é a defesa e a efetivação das políticas públicas de saúde.

A seguir, serão apresentadas as diversas possibilidades de atuação profissional na área da saúde. Conforme discutido, sob os Parâmetros de atuação profissional do assistente social na saúde, há uma gama de caminhos e de demandas para desenvolver suas intervenções profissionais.

3.3 Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação

Na área da saúde, o assistente social possui um diversificado espaço de atuação profissional. O profissional tem a possibilidade de desenvolver suas ações de forma ampliada, conforme Vasconcelos (2003, p. 430) apresenta:

A saúde é um espaço que mais permite a totalização desses processos. O campo da saúde é o campo da vida e, por isso mesmo, está relacionado diretamente com a economia, com o trabalho, com a cultura, com a habitação, com o lazer, com a educação, com a política e com a ética. Assim, a educação em saúde envolve as possibilidades de prevenção não só dos agravos das doenças que os usuários já portam, mas da cobrança e controle social das ações que, extrapolando a saúde, determinam as suas possibilidades, como a infra-estrutura – água, esgoto, iluminação, habitação etc.

Isso mostra que o assistente social pode desenvolver seu trabalho com diversas possibilidades de intervenção, não apenas de forma isolada na instituição em que atua, mas por intermédio de parcerias e de trabalho em rede com os demais recursos do município.

Utilizamos como referência a pesquisa realizada por Vasconcelos (2003), no município do Rio de Janeiro, a fim de conhecer a realidade do Serviço Social no cotidiano dos serviços de saúde.

A autora, em sua pesquisa, define as principais possibilidades de atuação do assistente social na saúde.

A pesquisa aponta a direção profissional do assistente social em três âmbitos de sua atuação profissional: Educativo, Político e Assistencial/Emergencial:

Educativo: ações de orientação e informações sobre os direitos sociais e institucionais, a fim de desenvolver conhecimentos, valores e mobilização social;

Político: ações que proporciam o exercício da cidadania e que necessitem de recursos e de apoio de ordem social, nas esferas municipal, estadual e federal, a fim de acionar o direito já garantido em Lei;

Assistencial/Emergencial: ações de busca imediata, tanto de orientação como de recursos como transporte, alimentação, medicação.

Em face das demandas profissionais na área da saúde, o Serviço Social pode ser organizado por segmentos ou inserido em: Atenção Primária, Secundária ou Terciária, ou em serviços: Unidade Básica de Saúde, Centros de Saúde, Ambulatório de Especialidades, Plantão de Emergência, Hospital Geral, Hospitais Maternidades, Programas Municipais focalizados em determinada demanda. Assim, o desenvolvimento das atividades será de acordo com o segmento a ser trabalhado.

Ainda segundo Vasconcelos (2003, p. 177), as atribuições são:

Hospital: atendimento pós e pré-alta hospitalar, orientação para lidar com determinadas doenças, relacionamento e conflitos familiares, orientação das rotinas hospitalares, orientação sobre os direitos sociais, previdenciários e trabalhistas, comunicação com Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, apoio social e acolhimento, triagem social, acionamento de recursos necessários, autorização para acesso à instituição, conhecimento ou designação de um cuidador, transferência ou remoção de pacientes, localização de familiares de pessoas desconhecidas (sem documentos/emergência), providências quando há suspeita de violência à criança, mulher e idoso, adoção, entre outras;

Programas: grupo sala de espera, orientação de acordo com o foco, encaminhamentos a recursos da comunidade, medicamentos, alimentação, próteses/órteses, transportes, planejamento familiar, gestantes, idosos, considerando-se que cada clínica (pediatria, geriatria, oncologia) possui direitos sociais específicos;

Trabalho com Crianças: incentivo ao aleitamento materno, orientação e prevenção de acidentes domésticos, nutrição (alimentos corretos). Nos casos extremos de violências ou maus tratos, ocorre a comunicação a órgãos competentes como o Conselho Tutelar, Polícia Militar e/ou Promotoria Pública;

Trabalho com Pessoa portadora de Câncer: esclarecimento da legislação específica e direito à Isenção do Imposto de Renda, Isenção de impostos na compra de veículos, IPVA, ICMS, Transporte Público, PIS/PASEP, além de direitos previdenciários como aposentadoria e auxílio-doença;

Trabalho com Pessoas portadoras de doenças graves: cardiopatia grave, hanseníase, tuberculose ativa, alienação mental, cegueira, doença de Parkinson,

nefropatia grave, esclerose múltipla, Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) possui direitos específicos, de acordo com a gravidade e as necessidades de cada enfermidade.

Trabalho com Idosos: orientações sobre o Estatuto do Idoso que estabelece os direitos sociais como a preferência em atendimentos e, também, em casos de suspeita de violência e maus tratos, que devem ser comunicados aos órgãos competentes.

Diante as diversas possibilidades de trabalho para o assistente social, na área da saúde, a profissão busca o aprimoramento profissional com base na educação continuada e no domínio dos conhecimentos específicos que, de acordo com Vasconcelos, são os seguintes:

- levantamentos, estudos e pesquisa identificando e explicitando os fatores condicionantes e determinantes da saúde junto aos próprios assistentes sociais, às chefias de serviço, às direções de unidades nos diferentes níveis de atenção, aos gestores e programadores e, principalmente, junto aos Conselhos de política e de direitos nas suas diferentes instâncias: municipal, estadual e federal;

- contribuição na elaboração de Planos de Saúde e da Política de Saúde em aspectos como: gravidez na adolescência, ameaças de suicídios, distúrbios mentais, entre outros;

- assistência às pessoas por intermédio de ações que, resgatando a saúde, priorizem a promoção e a proteção sem prejuízo das ações assistenciais, o que envolve, a partir das características de cada espaço de trabalho, a democratização de informações e o debate, nas suas relações e conexões, de ações e serviços relacionados à vigilância sanitária (riscos à saúde e problemas sanitários decorrentes do meio ambiente);

- vigilância epidemiológica (fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva); à saúde do trabalhador; à assistência terapêutica integral e à assistência farmacêutica; ao saneamento básico; à alimentação; ao meio ambiente e ao ambiente de trabalho; à política de medicamentos, equipamentos e insumos de interesse para a saúde; à preservação da qualidade dos alimentos, água e bebidas para o consumo humano; ao cuidado com substâncias e produtos psicoativos,

tóxicos e radioativos; ao desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde e à política de sangue e seus derivados;

- efetivação do direito da comunidade em participar na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais – o controle social considerando as diferentes instâncias do governo – municipal, estadual e federal, por meio da criação de espaços que contribuam para facilitar, viabilizar e organizar a participação dos sujeitos sociais nos conselhos de política e de direitos e nas conferências municipal, estadual e nacional; da participação direta nos conselhos e conferências; da criação de espaços de capacitação de conselheiros facilitando a articulação entre representantes de usuários e profissionais; da organização da representação dos profissionais e usuários nos conselhos e conferências; do incentivo, implantação ou rearticulação de Conselhos Gestores de Unidade, mesmo que de caráter consultivo, e dos Conselhos da Seguridade Social. Vale ressaltar, no entanto, que estes últimos não chegaram a ser implantados.

Além dos específicos, podem ser citados os conhecimentos das exigências necessárias e do domínio da Legislação da Área da Saúde como:

SUS – legislação que estabelece o direito ao atendimento universal a todas as pessoas de forma integral como: Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde, além das leis específicas de cada município e estado;

Direitos do Paciente – Portaria do Ministério da Saúde nº 1.286 de 26/10/1993, entre outros.

Tratamento Fora do Domicílio (TFD) – Portaria SAS/SUS nº237 de 09/12/1998, que dispõe sobre a regulamentação de tratamento fora do local de origem, ou seja, quando o município ou o Estado não disponibilizam recurso para determinada doença e o paciente é encaminhado para outra instituição hospitalar. O TFD será concedido somente pela rede pública, esgotados os recursos no próprio município. O paciente e um acompanhante têm direito à viagem de ida e volta (terrestre, área ou fluvial) e diária para alimentação e pernoite, caso não permaneça internado. Em caso de óbito, o TFD será responsável pelas despesas decorrentes;

Direitos dos Pacientes portadores de Doenças Específicas – o assistente social precisa ter conhecimento da legislação específica para, assim, orientar e

realizar os encaminhamentos necessários para a viabilização dos direitos, como o caso das pessoas portadoras de câncer, cardiopatia grave, portadores do vírus da AIDS, entre outros.

Diante disso, percebemos que a atuação do assistente social pode ser por intermédio de ações emergenciais, preventivas e educativas, mas, além de tudo, deve ter uma direção profissional nos seguintes termos:

Desse modo, mais do que a discussão e orientação em relação à doença em si, cabe ao Serviço Social na saúde, tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde, possibilitando a busca da saúde e atenção à saúde pelo paciente/usuário do serviço público mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito às condições de trabalho, às condições e estilo de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado (VASCONCELOS, 2003, p. 442).

No campo da saúde, nota-se uma disputa entre o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, e a postura do assistente social pode favorecer um ou outro projeto. Diante disso, a materialização da intervenção profissional expressará as opções teórico-políticas que o profissional assumirá, expressando em suas práticas profissionais sua direção, assunto que será discutido na análise dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa.

No próximo capítulo, será caracterizada a gestão da saúde na região Noroeste Paulista, assim como a metodologia adotada e os resultados alcançados com a investigação.

CAPÍTULO IV

GESTÃO DA SAÚDE NA REGIÃO NOROESTE PAULISTA

A proposta desse estudo consistiu em conhecer o ponto de vista dos profissionais que atuam, diretamente, na área da saúde, a respeito dos novos modelos de gestão da saúde pública.

Para isso, neste capítulo, apresentaremos o caminho percorrido para o desenvolvimento da pesquisa de campo, além das características da região escolhida.

Trata-se de uma pesquisa que teve início com os questionamentos da prática profissional da autora na área da saúde, com o ingresso no curso de Pós Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado, a escolha das disciplinas cursadas, as publicações dos artigos, as discussões no momento a orientação e a aproximação da bibliografia pesquisada, além do contato com as entrevistadas para realização da pesquisa empírica. Esse conjunto de fatores proporcionou a materialização da pesquisa. A seguir será apresentada a região noroeste paulista, assim como os municípios escolhidos para a realização do estudo.

4.1 A região Noroeste Paulista: Votuporanga, Fernandópolis, Jales e Santa Fé do Sul

Visando uma melhor compreensão do contexto e do espaço em que se dá a pesquisa, consideramos importante apresentar a região e os municípios onde foi realizada a investigação. São abordados, a seguir, uma sucinta apresentação das cidades envolvidas e o mapeamento da rede de atendimento do SUS.

O Noroeste Paulista é uma região do estado de São Paulo que abrange parte da mesorregião de São José do Rio Preto e é formado pela união de 153 municípios distribuídos em doze microrregiões, como mostra o mapa abaixo.

Tabela 1 – Número de habitantes e a distância em Km da capital do Estado.

Cidades	N. de Habitantes	Distância da Capital
Votuporanga	84.692	500 km
Fernandópolis	64.696	554 km
Jales	47.012	586 km
Santa Fé do Sul	29.239	626 km

Fonte: Dados do IBGE /2010

A região, também, é conhecida pelos melhores Índices de Desenvolvimento Humano – IDH, que aferem a qualidade de vida da população, considerando os aspectos econômicos, sociais, culturais e políticos que influenciam, diretamente, na vida humana. Os números são emitidos pelo Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH), publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD.

O *ranking* nacional varia de 0,862, no município com melhor índice até 0,418. Os dados são referentes ao ano de 2010.

Tabela 2 – Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios pesquisados

Cidades	IDH
Votuporanga	0,790
Fernandópolis	0,797
Jales	0,776
Santa Fé do Sul	0,784

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento -2010

A região possui características de cidades do interior e, ainda, é preservada boa parte das expressões da cultura tradicional paulista, que tem suas raízes, fundamentalmente, em três grandes vertentes: a portuguesa, a indígena e a italiana.

Os costumes culturais como a música, a culinária e os ritos religiosos são mantidos, a exemplo das festas de peão, as festas juninas, as folias de Reis, as quermesses, as romarias e as procissões, que permanecem na região. Mas, os municípios possuem sua especificidade e se diferenciam entre si, como apontaremos.

4.1.1 Votuporanga

Votuporanga, local de residência da autora do trabalho, significa “Cidade das Brisas Suaves” na linguagem tupi-guarani, devido aos indígenas, que foram os primeiros habitantes do local.

É, também, considerada a capital da educação, graças à moderna infraestrutura de seu setor educacional que contempla escolas municipais e estaduais de ensino infantil, fundamental e médio, escolas técnicas e tecnológicas e conta com um grande sistema de educação superior, com a Unifev, que abriga dois *Campi*, a Cidade Universitária e o *Campus* centro, com mais de sete mil alunos e 33 cursos de graduação nas áreas de Biológicas e Saúde, Exatas e Tecnológicas, Humanas e Sociais e, no ano de 2012, iniciou o curso de Medicina.

Conta, também, com a Faculdade Futura, com cursos na área de Administração, e a Fatec – Faculdade de Teologia e Ciências, sendo todas as três faculdades privadas.

O município, com economia sólida e potencial econômico, é um dos maiores pólos moveleiros do país e, ainda, congrega as matrizes das grandes indústrias de implementos automobilístico, Facchini e Truck Galego.

Na área de turismo de eventos, o carnaval tem destaque nacional, sendo considerado um dos melhores do país, com ênfase no Desfile das Escolas de Samba da cidade e no Bloco Oba!, que traz artistas da música nacional e internacional para o Centro de Lazer do Trabalhador.

Votuporanga possui, praticamente, 100% de suas ruas asfaltadas, com redes de água, energia elétrica e esgoto e, além disso, a Estação de Tratamento de Esgoto.

A área da saúde, nos últimos anos, é marcada por uma expansão significativa dos serviços oferecidos à população, principalmente pelas parcerias público/privado como, por exemplo, o Ambulatório Médico de Especialidades – AME, que é uma Organização Social e recebe pacientes de 15 municípios da região para atendimento prestado pelo SUS.

A rede de atenção básica é de responsabilidade municipal e se dá por meio dos Postos de Saúde, do Programa Saúde da Família e das Policlínicas. A cidade conta, ainda, com os serviços da UPA – Unidade de Pronto Atendimento, e do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Existem dois hospitais na cidade, mas somente um presta atendimentos pelo SUS, que é a Santa Casa, instituição filantrópica que se mantém com os repasses de recursos financeiros do Estado e de diversas campanhas de arrecadação financeira.

4.1.2 Fernandópolis

Fernandópolis é conhecida como a cidade das “Águas Quentes” por conta da fonte natural com uma temperatura de 59°C. Devido ao recurso, o município conta com o Água Viva Thermas Clube Hotel, que oferece os benefícios da água pelas ações terapêuticas.

A economia é voltada para os setores de comércio e serviços, indústria e o setor de agropecuária.

A renda que movimenta o setor de comércio e serviços do município é proveniente da agricultura. A produção agrícola do município e região está concentrada em culturas temporárias, com amplo destaque para o cultivo da cana-de-açúcar, representando cerca de 44% do total da área cultivada. Dentre as culturas permanentes, a laranja e outros citros são responsáveis pela maior parte do valor gerado. É, também, de grande importância para a região a bovinocultura de

corte e leite, atividades que atingiram, conjuntamente, mais de 23% do total do valor da produção agropecuária.

O setor educacional é destaque na cidade, contando com três faculdades privadas, a Fundação Educacional de Fernandópolis (FEF), a Unicastelo e a Faculdade Integrada de Fernandópolis (FIFE), todas com uma variedade grande de cursos oferecidos, entre eles, Serviço Social e Medicina.

Fernandópolis teve destaque nacional por adotar o toque de recolher para crianças e adolescentes menores de 18 anos. A medida foi imposta pelo Juiz da Vara da Infância e Juventude, Evandro Pelarin, em 2005, por meio de portaria, para reduzir os índices de violência no município. A medida teve repercussões positivas e negativas junto à população.

Apesar disso, diversos órgãos do governo questionaram a portaria. O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente posicionou-se contrário ao toque de recolher, afirmando que a medida contraria o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Constituição Federal e é uma medida paliativa que esconde os problemas em vez de resolvê-los. O Ministério Público de São Paulo entrou com recurso, e, em 2012, após sete anos em vigência, o Supremo Tribunal Federal cassou a portaria. Porém, a portaria foi revogada pelo próprio juiz que a instituiu, antes da cassação pelo STF.

Na área da saúde, Fernandópolis conta com a rede de atenção básica de ordem municipal, atendimento de especialidade, pelo AME, que é oferecido por uma Organização Social, resultado de parcerias entre o governo estadual e instituição privada. Em âmbito hospitalar, o município conta com a Santa Casa, que realiza os atendimentos pelo SUS, além dos serviços de SAMU e do Hemocentro, que é referência na região em coleta, armazenamento e distribuição de sangue e derivados.

4.1.3 Jales

Jales é considerada um município novo, comparado à história dos demais do estado de São Paulo. Foi fundado em 1941, e, hoje, com 73 anos, tem como economia predominante o comércio e a agricultura.

Possui, em nível educacional, estrutura de educação infantil, básica e fundamental, além do Ensino Superior. A UNIJALES é a universidade privada, que oferece diversos cursos, além da Universidade Aberta, que oferece cursos à distância. Na rede estadual universitária, o município conta com o Centro Educacional Paula Souza que atua com a Faculdade de Tecnologia do Estado de São Paulo – FATEC.

O diferencial do município de Jales é a área da saúde. Além de possuir a rede de atenção básica, a Santa Casa, e o Ambulatório Médico de Especialidade – AME, decorrente de parcerias entre o público e o privado, na cidade, foi instalada, no ano de 2010, uma unidade do Hospital de Câncer de Barretos que é referência em todo o país para atendimento de pessoas com câncer.

A unidade de atendimento é ambulatorial, e a prestação dos serviços é, exclusivamente, para pacientes do SUS. Tem como objetivo seguir os mesmos padrões de qualidade da sede em Barretos, além de ofertar serviços de prevenção, de diagnósticos e de radioterapia e oncologia clínica.

O Hospital de Câncer de Barretos possui oito unidades, é uma entidade beneficente sem fins lucrativos e presta serviços de oncologia para pacientes de todo o Brasil. A instituição é filiada ao SUS e recebe doações e incentivos de artistas e cantores para a manutenção e a expansão do projeto, que teve início na década de 1980.

4.1.4 Santa Fé do Sul

Santa Fé do Sul é um município que faz divisa natural entre os estados de São Paulo, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul.

A economia é voltada para o agroturismo com instalação de hotel-fazenda, ranchos, casas de veraneio e turismo rural com visitas abertas às produções de leite, uva, manga, coco e banana.

A cidade possui importância no transporte fluvial, pois faz parte da região dos Grandes Lagos, que é formada pelas usinas de Ilha Solteira, Jupiá e Água Vermelha e é constituída pelos rios Paraná, Paranaíba, Grande e Tietê.

A Ponte Rodoferroviária idealizada pelo escritor e poeta Euclides da Cunha e a Hidrovia do Tietê-Paraná fazem de Santa Fé do Sul um importante pólo logístico para a indústria, a pecuária, a fruticultura, o turismo, o armazenamento, o transporte e a distribuição, além de ser portal para o MERCOSUL¹⁰.

O turismo é muito apreciado devido a Santa Fé do Sul ser entrecortada por três microbacias: São José dos Dourados, Jacu Queimado e Ponte Pensa, o que atrai grande número de turistas em busca de pesca esportiva - com destaques para os peixes tucunaré e apaiani. Os passeios náuticos em balsa, barco, lancha e campeonatos de *jetski* são alternativas para o lazer na região.

Conhecida como "Capital dos Grandes Lagos", a cidade recebe milhares de visitantes nos finais de semana. Em ocasiões especiais, como o carnaval e épocas festivas, a população aumenta em até 50%.

Na área educacional, a cidade conta com as Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul (Fisa), privada e mantida pela Fundação Municipal de Ensino e Cultura (Funec), oferecendo diversos cursos, sendo que 70% dos seus 3.000 alunos são oriundos de outras cidades e estados. Funciona, também, na Fisa, a Universidade Aberta à Terceira Idade (Unati), com mais de mil alunos com idade acima de 60 anos.

Na saúde, semelhantemente aos demais municípios pesquisados, possui como serviços municipais de atenção básica o Ambulatório Médico de Especialidade – AME, com as parcerias, e apenas um hospital, a Santa Casa, que realiza os atendimentos pelo SUS.

4.2 Metodologia e análise dos dados

Como já exposto anteriormente, é importante acentuar que as raízes e os questionamentos foram construídos cerca de quatro anos atrás, antes mesmo do ingresso na pós-graduação. Como Marsiglia (2007, p. 383) sinaliza:

¹⁰ Significa Mercado Comum do Sul é a união de cinco países: Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela com o objetivo de criar uma associação comercial entre países, tendo por base a eliminação de tarifas alfandegárias, cotas de importação e pela livre circulação de pessoas, capitais e serviços.

A prática profissional representa uma das possibilidades de se produzir conhecimento também. Alguns preferem denominar esta produção como um tipo de saber, e na pós-graduação de algumas áreas mais profissionalizadas, como é o caso do Serviço Social, tem-se valorizado o saber que se origina do fazer profissional.

Diante disso, afirmamos que a prática profissional foi um lócus importante para a elaboração e o desenvolvimento do trabalho, da qual surgiram os primeiros questionamentos acerca do tema proposto.

Posteriormente, a materialização do presente trabalho, se deu por intermédio de pesquisa bibliográfica e documental. Já a pesquisa empírica foi realizada a partir das entrevistas com os profissionais que atuam na saúde.

Optamos pela pesquisa quantitativa para caracterizar o perfil dos assistentes sociais e qualitativa para conhecer a realidade de trabalho e os depoimentos a respeito do tema abordado, com suporte de Marsiglia (2007, p. 388) que relata que nos últimos anos, vem se firmando entre os pesquisadores a idéia de que os métodos quantitativos e os qualitativos devem ser vistos como complementares, o que pode levar a um melhor desenvolvimento das pesquisas com objetos complexos.

Com esse intuito, a pesquisa ora em questão se deu como complementação dos métodos quantitativos e qualitativos, mas com ênfase na particularidade do objeto, como Minayo (1994, p. 21) destaca:

A pesquisa qualitativa responde a questão muito particular. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Diante disso, comungamos com Martinelli (1999, p. 24) quando afirma que não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm em função do que estamos buscando com a pesquisa.

Sendo assim, a pesquisa empírica abrangeu o levantamento das instituições que prestam serviços pelo SUS e do número de assistentes sociais que atuam na área da saúde, especificamente no atendimento aos usuários como o quadro abaixo mostra:

Tabela 3 – Serviços de Saúde e Assistentes Sociais

Cidade	Unidade Básica de Saúde	AME	Hospital
Votuporanga	14	01	01
N. de Profissionais	04	04	05
Fernandópolis	16	01	01
N. de Profissionais	02	02	02
Jales	11	01	02
N. de Profissionais	02	01	05
Santa Fé do Sul	09	01	01
N. de Profissionais	02	01	02
Total de Profissionais =	10	08	14

Fonte: DataSUS e Secretarias de Saúde dos municípios.

Constatamos que o número de assistentes sociais que atuam na área da saúde pública dos municípios pesquisados é de 32 profissionais, ou seja, o universo da pesquisa se constitui por esse segmento de profissionais, considerado pequeno frente às diversas demandas e possibilidades de atuação profissional do assistente social junto aos usuários.

Dessa forma, a constituição da amostra da pesquisa se deu com um número de 12 profissionais. Assim sendo, os sujeitos da pesquisa escolhidos foram três assistentes sociais de cada município. Em cada município, dividiu-se da seguinte forma: um profissional atuante na atenção básica, um profissional do AME e um profissional atuante no âmbito hospitalar.

É importante ressaltar que os profissionais pesquisados atuantes na atenção básica dos municípios pertencem à esfera municipal, já os que atuam nos AMEs possuem vínculo empregatício com as Organizações Sociais, e os profissionais do âmbito hospitalar prestam serviço para entidades filantrópicas.

Após a definição dos números e das instituições, foram realizadas as entrevistas com os profissionais. Conforme questionário pré-estruturado, seguem os

dados extraídos das falas dos assistentes sociais. Como foi solicitado pelos entrevistados decidimos não realizar a segmentação dos profissionais, primeiro pelo vínculo pessoal e profissional entre os assistentes sociais e, segundo em observância ao princípio do sigilo conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A tabela 4 mostra como foi feita a escolha para a realização das entrevistas:

Tabela 4 – Modalidades de serviços e profissionais entrevistados

Município	Atenção Básica	Ambulatorial	Hospitalar	
Votuporanga	01	01	01	
Fernandópolis	01	01	01	
Jales	01	01	01	
Santa Fé do Sul	01	01	01	
Total	04	04	04	= 12

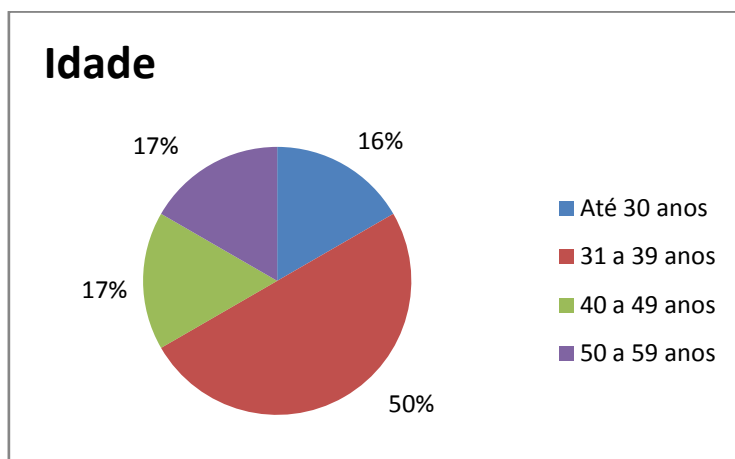
Fonte: DataSUS e Secretarias de Saúde dos municípios.

Após a definição da amostra, a escolha dos profissionais ocorreu de forma aleatória mediante prévio contato telefônico foram agendadas as entrevistas.

Como era de se esperar, constatamos que, por determinações históricas e culturais ainda existe um número significativo de profissionais do sexo feminino na área da saúde. No âmbito dessa pesquisa todas as entrevistadas são mulheres. Por conta disso, nos reportaremos aos sujeitos da pesquisa no gênero feminino.

Seguindo os dados, o gráfico abaixo mostra a faixa etária das entrevistadas:

Gráfico 1–Idade

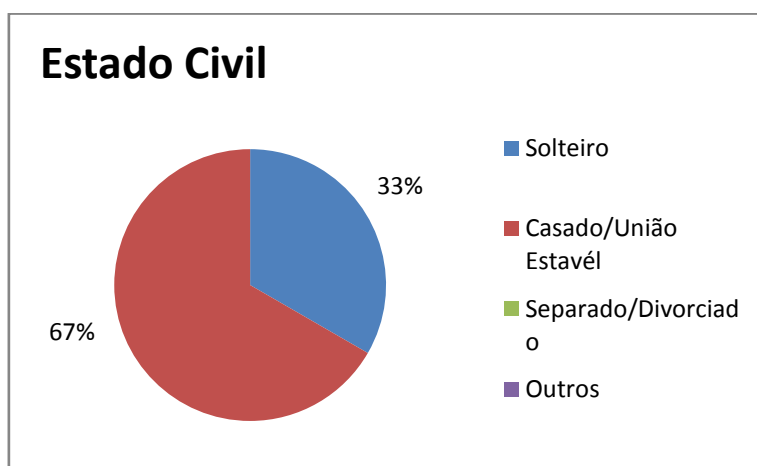


Fonte: Dados da pesquisa

A faixa etária predominante, com 50%, é de profissionais com a idade de 31 a 39 anos, mas, também, os dados mostram a presença de profissionais jovens, com a idade até 30 anos, além daqueles com idade acima de 40 anos. Com isso, a predominância é de profissionais relativamente jovens que atuam na área da saúde.

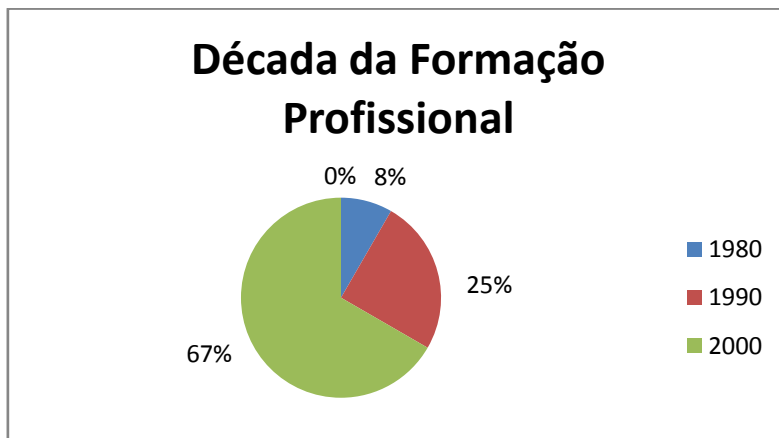
Como mostra o gráfico 2, 67% das entrevistadas declararam ser casadas ou moram junto com seus companheiros, seguidas de 33% de solteiras.

Gráfico 2–Estado Civil



Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 3–Década da Formação Profissional



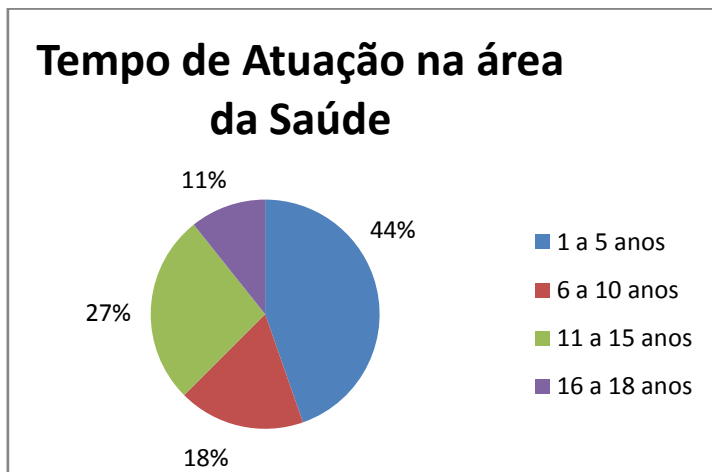
Fonte: Dados da pesquisa

O gráfico 3 apresenta a década da formação dos profissionais. Constatamos que mais da metade, 67%, concluiu a formação profissional após os anos 2000. Esse dado é importante, pois, em 1996, houve a aprovação e implantação das Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social, atualizando a formação profissional dos assistentes sociais e conectando-se com os avanços que a profissão alcançou nas últimas décadas, como, por exemplo, a aproximação com a teoria marxista, além da possibilidade de acesso a informações a respeito da legislação social e profissional aprovada nas décadas de 1980 e 1990.

Posteriormente, verificamos que 100% das entrevistadas concluíram seus estudos em faculdades particulares. Essa informação vem ao encontro dos dados que encontramos na região, ou seja, um número expressivo de faculdades privadas que oferecem o curso de Serviço Social. Mostra, também, a pouca oferta de instituições públicas que possuam o curso de Serviço Social. No Estado de São Paulo, há duas instituições públicas com essa opção, a UNESP, do *Campus* de Franca e a UNIFESP, campus de Santos.

Uma questão importante que buscamos, foi o tempo de atuação na área da saúde, a fim de conhecer e identificar a experiência profissional e a trajetória no setor, conforme demonstra o gráfico 4:

Gráfico 4 – Tempo de Atuação na área da Saúde



Fonte: Dados da pesquisa

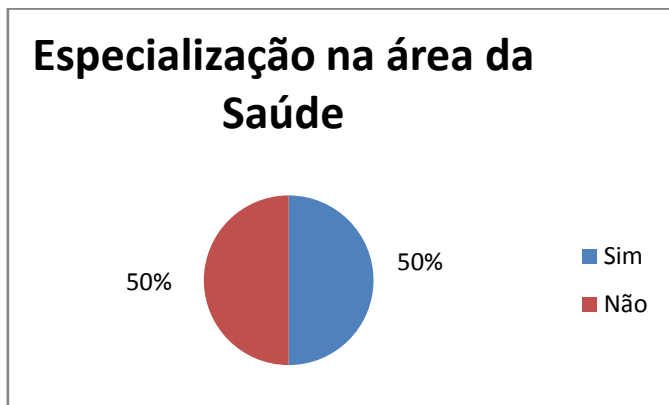
Constatamos que 44% das entrevistadas trabalham na área há menos de cinco anos, 18% atuam de 6 a 10 anos, 27% trabalham de 11 a 15 anos, e apenas 11% atuam de 16 a 18 anos.

Comparando-se ao ano de formação, a pouca vivência na área da saúde é justificável devido à recente formação, mostrando que os profissionais graduados nas décadas de 1990 e 1980 correspondem à porcentagem que está há mais tempo no mercado de trabalho.

Diante esses dados, podemos afirmar que os profissionais não possuem uma longa experiência na saúde. Conciliando a Idade e o tempo de atuação podemos afirmar que a maioria das entrevistadas são jovens, recém-formadas e com pouca experiência na saúde.

Já na questão a respeito da formação continuada, perguntamos se o profissional realizou alguma especialização na área da saúde. O gráfico 5 mostra as respostas:

Gráfico 5 – Especialização na área da Saúde



Fonte: Dados da pesquisa

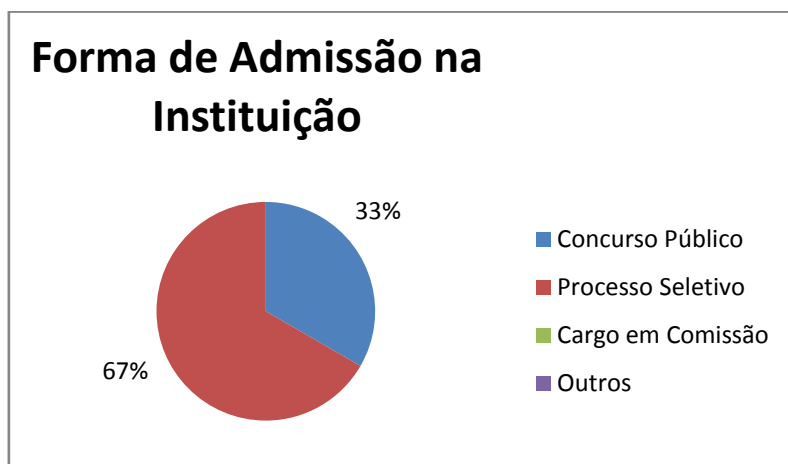
Segundo os dados coligidos, 50% das entrevistadas realizaram cursos de pós-graduação, e 50% declararam não possuir nenhum tipo de especialização, seja em pós-graduação ou cursos afins.

Com base na importância da formação continuada, de capacitações e de cursos na área, Raichelis (2011, p. 436) afirma que, quanto mais os trabalhadores sociais estiverem qualificados, estão menos sujeitos à manipulação e mais preparados para enfrentar o assédio moral no trabalho e os jogos de pressão política e de cooptação nos espaços institucionais.

Isso enfatiza a importância de educação continuada para o aperfeiçoamento profissional e intelectual, além de melhorias na prestação dos serviços à população usuária.

Já no gráfico 6 é apresentada a forma como as entrevistadas foram contratadas pela instituição em que atuam:

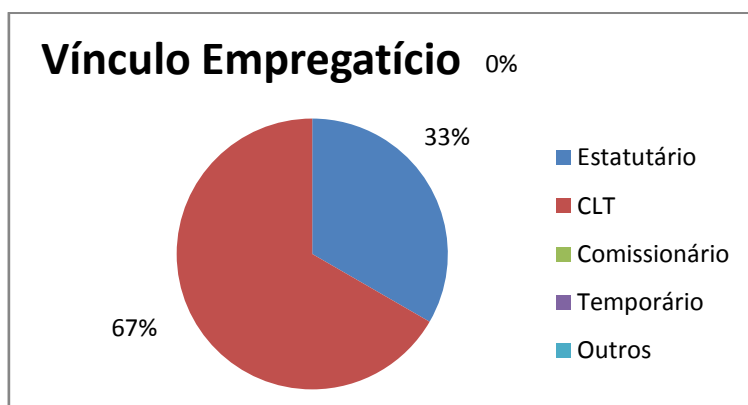
Gráfico 6 – Forma de Admissão na Instituição



Fonte: Dados da pesquisa

A forma de admissão na instituição de trabalho foi apontada pela grande maioria, 67%, como processo seletivo, e 33% declararam que realizaram concursos públicos para trabalhar na instituição. Percebemos, assim, que todas as profissionais entrevistadas nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios, são profissionais concursadas e com vínculo empregatício estatutário, como o gráfico abaixo mostra:

Gráfico 7 – Vínculo Empregatício



Fonte: Dados da pesquisa

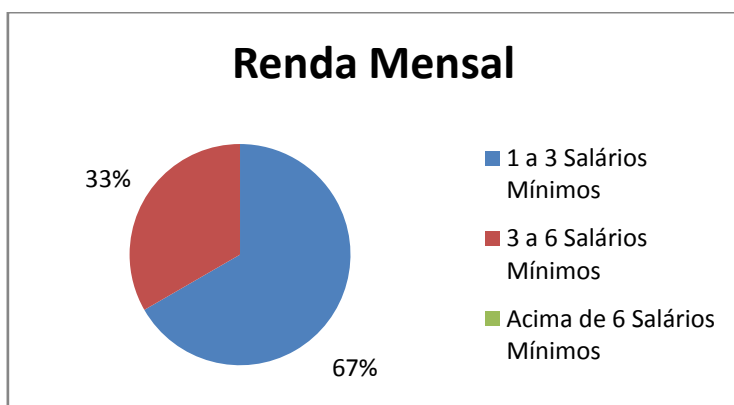
Com isso, aferimos que os dados relativos à atuação nos órgãos públicos são compatíveis com os dados do vínculo empregatício e da forma de contratação.

Devido a isso, concluímos que as instituições que possuem a gestão exclusivamente pública contam com as assistentes sociais concursadas e com as devidas garantias, diferentemente da maior parte das depoentes que declaram ser vinculadas à instituição por CLT.

Já com referência a carga horária de trabalho dos profissionais todas as entrevistadas declararam carga horária semanal de 30 horas. Isso mostra que as instituições de saúde se regularizaram após a aprovação da Lei 12.317 de 27 de agosto de 2010, que estabelece a jornada de trabalho do assistente social em 30 horas semanais, sem a redução salarial.

Quanto à renda mensal, o gráfico 8 aponta as faixas identificadas:

Gráfico 8 – Renda Mensal



Fonte: Dados da pesquisa

Nessa última questão quantitativa, podemos observar que 67% das entrevistadas declararam que a renda mensal é de até três salários mínimos, ou seja, R\$ 2.160,00. Já 33% declararam que a renda mensal é de 3 a 6 salários mínimos, ou seja, de R\$ 2.161,00 a R\$4.320,00. Ninguém declarou ter renda superior a 6 salários mínimos, R\$ 4.321,00.

As entrevistadas que atuam no órgão público aparecem com a renda mensal superior à das demais que atuam em instituição com parcerias público/privado ou entidades filantrópicas.

A precarização do trabalho do assistente social, como a pesquisa mostra, se dá através da renda mensal, das relações trabalhistas e, até, da redução de profissionais que entram no mercado de trabalho sem garantia da estabilidade dos concursos públicos.

Após a caracterização do perfil das entrevistadas, passamos à análise de seus depoimentos.

A primeira questão apresentada às depoentes foi quanto à sua concepção sobre as parcerias público/privado na gestão da saúde.

Algumas declararam as parcerias como algo **negativo** para a gestão da saúde. Seguem os relatos.

“Analiso como interesse político, o processo não é claro, e o Estado não desenvolve seu papel constitucional.”

“Acredito que é mais uma forma de sucatear e mascarar o serviço de saúde pública, tendo em vista que a considerada semiprivatização descaracteriza e desresponsabiliza o Estado como administrador único, restando ao SUS o sucateamento.”

“Não vejo vantagens nas parcerias público/privado. Ficam claras as privatizações do Estado, cada vez mais nulas.”

“As parcerias público/privado na gestão dos serviços de saúde, de modo geral, são apenas algumas características do Projeto Neoliberal que o próprio Estado optou por seguir.”

“Analiso que as parcerias são ruins para a população, pois é uma forma de o Estado não assumir as responsabilidades.”

“Penso que as parcerias são estratégias de privatização da saúde pública, acredito ainda que é dever do Estado garantir a saúde pública e não o mercado privado.”

Notamos que a 50% dos profissionais apontaram o lado negativo das parcerias, mas a outra metade mostrou algo **positivo** a respeito das parcerias na saúde, como os relatos abaixo demonstram.

“As parcerias acontecem para melhorar a gestão da saúde, principalmente aqui no interior que temos mais dificuldades em acesso aos serviços públicos e a grandes tecnologias.”

“É uma estratégia que foi criada para melhorar a qualidade da saúde pública, reconhecendo que o Estado não investe em melhorias na saúde de qualidade.”

“A princípio, eu achava péssimo, mas, com os resultados dos serviços para a população, penso que veio para agregar e melhorar os serviços que o Estado não consegue realizar.”

“É uma nova proposta que o Estado está executando na saúde. Embora ouvimos muitas críticas, está funcionando, a saúde está chegando à população.”

“Vejo que as parcerias têm dois lados da moeda. Primeiro: maior número de funcionários, serviços de qualidade e melhor estrutura, mas, por outro lado, analiso sim o descaso do Estado em não manter a instituição pública, sendo necessárias as parcerias.”

“No início do processo, há três anos atrás, era contrária às parcerias, mas atualmente vi que os resultados estão contribuindo diretamente à população que necessita dos serviços públicos.”

Podemos constatar que houve uma divisão de opiniões dos profissionais. 50% das entrevistadas analisam a parceria público/privado de forma crítica, compreendendo o contexto e os rumos a que a saúde pode ser levada, descaracterizando a responsabilidade do próprio Estado na execução da saúde. Já a outra metade diz que as parcerias podem trazer resultados positivos para a população, como a estrutura física, a rapidez no atendimento e aparelhos de diagnóstico.

A próxima questão tem como objetivo saber se os profissionais consideram as parcerias entre público e privado formas e estratégias de privatização da saúde pública.

“Considero sim formas de privatização, principalmente quando falamos na saúde em âmbito estadual.”

“Sim, sem dúvida, mas, desde a Constituição Federal de 1988, o Estado já declara a abertura à participação do mercado privado nos serviços de saúde.”

“Sim, são estratégias para a privatização – a retirada do Estado.”

“Sim, são mudanças que estão sendo constatadas no atual governo de São Paulo e estão se espalhando por todo o país.”

“Sim, é uma privatização, mas, como no serviço público tudo é lento e burocrático, vejo que, com as parcerias, o acesso fica mais ágil.”

“Sim, pois essas parcerias vieram para que o serviço privado complementasse o público, e, assim, ocupam o lugar do público cada vez mais.”

“Sem dúvida é a privatização da saúde, e, pelo que estamos vivendo, é uma tendência em todo o Brasil.”

“Sim, é uma forma de privatização da saúde, grandes exemplos são os AMEs, principalmente no Estado de São Paulo, com o atual governo Geraldo Alckmin.”

“Completamente é a privatização da saúde pública.”

Todas as entrevistadas afirmaram que as parcerias público/privado são estratégias de privatização da saúde. É importante destacar que algumas entrevistadas deixaram evidente que essas estratégias estão ocorrendo no atual governo do Estado, principalmente nos últimos três anos, e apontam, ainda, que é uma tendência nacional.

Quanto a esse assunto, percebemos que as depoentes concordam e reconhecem que as parcerias entre público/privado são formas de privatização da saúde pública. Dessa forma, acentuamos que os profissionais estão reconhecendo as mudanças na esfera em que atuam, mas comparando com as respostas à primeira pergunta, acentua-se uma contradição nas afirmações, pois mesmo declarando que as parcerias são estratégias de privatização da saúde pública, metade das entrevistadas afirmaram que existe algo positivo nessas relações.

Posteriormente, foi perguntado, também, aos profissionais se há no modelo de gestão mista (público e privado) espaços de participação da população no processo de decisão.

“Existem os Conselhos Municipais, mas é pouco, não há participação efetiva da população.”

“Acho que existem espaços de participação, tanto público como privado, mas não existe o costume, a cultura da população em participar e cobrar os direitos sociais do Estado.”

“Sim, existem as ouvidorias, as pesquisas de satisfação para a população reclamar, sugerir e elogiar o trabalho oferecido a eles.”

“Há espaços de participação como as ouvidorias, os Serviços de Atendimento ao Consumidor (SAC), as pesquisas de satisfação que as instituições oferecem, mas é baixa a procura.”

“Vejo que não há espaços de participações, as decisões já vêm prontas de cima para baixo.”

“Espaços ainda há, no entanto, nos dias atuais, o que predomina é a luta de caráter individual.”

“Acredito que não, as instituições não têm interesse em ouvir a população, o objetivo é cumprir as metas que foram pactuadas com o Estado.”

“Não, porque quem decide a gestão e as decisões são as Organizações Sociais. A população, infelizmente, não opina em nada.”

“Sim, exemplo disso são as pesquisas de satisfação. Aqui na nossa instituição, realizamos, mensalmente, a pesquisa junto aos usuários dos serviços e analisamos os dados e encaminhamos para o Estado”.

“Vejo que a participação fica muito restrita, somente para quem tem conhecimento do assunto.”

Diante dos depoimentos, percebemos que falta o incentivo para que a população, de fato, busque os espaços democráticos para fazer parte dos processos decisórios na gestão da saúde. Não constatamos, nas falas, formas de inserir, de fornecer conhecimentos, de esclarecer e, até, de criar estratégias nas instituições para que os usuários participem das decisões efetivamente.

Na questão que discute se há interferência das parcerias público/privado no trabalho do assistente social, ouvimos as seguintes respostas.

“Não, acho que houve um aumento no mercado de trabalho para os assistentes sociais, mas não vejo que afeta, diretamente, o trabalho do profissional.”

“Não interfere no meu caso, mas em outras instituições sim.”

“Sim, a instituição cobra nosso trabalho a favor de bens privados e não a favor dos usuários. Analiso que prejudica, diretamente, nosso trabalho.”

“Diretamente não interfere, mas, em longo prazo, vejo que, nas relações trabalhistas, sim, como, por exemplo, o fim dos concursos públicos.”

“Sim, diretamente, uma vez que o trabalho do assistente social passa a atender a demanda e o interesse institucional de forma ainda mais forte e com os limites de atuação ainda mais acentuados.”

“Sim, afeta nas relações entre profissional e usuário, pois, muitas vezes, não conseguimos cumprir a legislação do SUS, por exemplo.”

Percebemos, nos depoimentos, que as parcerias podem representar a oferta de novos postos de trabalho à categoria. Em contrapartida, essa ampliação da oferta, também representa a redução salarial para o profissional.

Além disso, essas parcerias preconizam o aumento da capacidade de atendimento e “racionalidade” nos processos de gestão. O alargamento da demanda pode, substancialmente, comprometer a qualidade do atendimento do profissional em relação ao usuário do serviço, propiciando um ambiente de trabalho estressante e não satisfatório para o desempenho de suas competências.

Mostra, ainda, que o profissional pode ficar submetido à lógica de instituições de cultura assistencialista, conservadora ou de caráter religioso, podendo limitar sua liberdade de posicionamento e sua capacidade de articulação a favor do usuário a fim de fortalecer seu protagonismo, sob pena de ter ameaçado seu posto de trabalho.

Para finalizar a pesquisa, solicitamos que os sujeitos apresentassem os pontos **positivos** e os pontos negativos das parcerias público/privado. Seguem as respostas.

“Não considero nada positivo nas parcerias público/privado.”

“Ampliação na capacidade de atendimento.”

“Agilidade no atendimento.”

“A diminuição da burocratização para compra de materiais e a estética da unidade.”

“Melhoria no acesso à saúde, agilidade.”

“Melhoria na estrutura física e vinda de tecnologia para exames de alta complexidade.”

“O paciente não precisa ir para outros municípios para realizar exames e cirurgias.”

“Humanização no atendimento.”

“Contato das gerências dos serviços diretamente com a população.”

“Rapidez no acesso às especialidades.”

“Gestão própria com conhecimento da realidade local.”

“Mais campos de trabalho para diversos profissionais da saúde.”

Somente uma entrevistada diz que não há nada de positivo, as demais apresentam questões de infraestrutura, gerência da unidade e rapidez no atendimento.

Abaixo, são retratados alguns pontos **negativos**:

“Os vínculos empregatícios, por exemplo, fim dos concursos públicos.”

“Desmotivação dos profissionais por conta dos baixos salários.”

“Maior cobrança da administração.”

“Relações trabalhistas precárias.”

“Fim dos concursos públicos.”

“Perde-se a existência do Estado.”

“Descaracterização do público.”

“Baixa remuneração e carga excessiva de trabalho.”

“Ideais contra o processo da reforma sanitária.”

“Terceirização da saúde e falta de licitações nos processos de compra de materiais.”

Diante dos depoimentos, fica evidente que, nas parcerias público/privado, o principal ponto negativo declarado foi a precarização das relações trabalhistas, como fim dos concursos públicos e a terceirização dos contratos de trabalho, além da perda da noção de direito com a descaracterização do Estado.

4.3 Gestão da Saúde na região Noroeste Paulista

Com base nos depoimentos colhidos durante a realização das entrevistas, podemos perceber que os profissionais vivem um dilema de conceitos e opiniões.

Por um lado, visivelmente, percebemos a retirada do Estado diante da responsabilidade na garantia de serviços de saúde à população, como já apresentamos com base nas legislações específicas. Assim, com unanimidade, todas as entrevistadas apontaram a privatização como parte da estratégia neoliberal invadindo a política de saúde.

Já por outro lado, as profissionais mostram uma mudança da qualidade dos serviços prestados pelas instituições parceiras do Estado, como a melhoria da estrutura física, a agilidade na realização de consultas, exames e cirurgias, além da vinda de tecnologia para os municípios que, há tempos, não possuíam recursos para adquirir aparelhos para realização dos serviços. Além dos aspectos apontados, nota-se o reconhecimento da expansão do mercado de trabalho do assistente social junto às Organizações Sociais, consequentemente, devido às parcerias entre o público e o privado, a despeito dos salários mais baixos, se comparados com as do poder público.

Compartilhamos com Raichelis (2011, p. 434) quando discorre que, diante desse contexto de transformações, aprofunda-se a precarização, aberta ou velada, das condições em que esse trabalho se realiza, considerando-se que o assistente social faz parte desse processo.

A precarização e/ou super exploração do trabalho dos profissionais são de fato, reflexo das novas formas de gestão da saúde, como nos depoimentos apontados. A proliferação dos contratos no regime da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT é um exemplo detectado pela pesquisa, que apontou um índice considerável por esse tipo de contratação, ao contrário aos números baixos de profissionais contratados através de concursos públicos, além das consequências dessa mudança de contratação, como explicito nos depoimentos, *“Desmotivação dos profissionais por conta dos baixos salários.”* e *“Fim dos concursos públicos.”* Esse é um fato que mostra um dos impactos dos novos modelos da gestão da saúde pública.

É importante, ainda, destacar que as ideologias estatais são impostas para a sociedade, assim como para o profissional, com propostas de eficiência e melhorias na gestão da saúde. Com isso, o projeto neoliberal é incorporado por todos como algo normal e seguindo a cartilha que o Estado prega. Mas, por outro lado, constatamos que, embora os profissionais se submetam às condições de trabalho ofertadas, existe o conhecimento crítico e a consciência de que as mudanças na gestão da saúde são de fato a privatização da saúde, como nos depoimentos foram descritos. Como também reconhecem a saúde como bem público, direito do cidadão e dever do Estado *“Perde-se a existência do Estado”, “Descaracterização do público”* e *“Terceirização da saúde e falta de licitações nos processos de compra de materiais.”*

Nos depoimentos constatamos que existe uma crítica ao modelo de gestão mista, pelos impactos das mudanças: *“Afeta nas relações entre profissional e usuário, pois, muitas vezes, não conseguimos cumprir a legislação do SUS, por exemplo”* e *“Não vejo vantagens nas parcerias público/privado. Ficam claras as privatizações do Estado, cada vez mais nulas.”*

Desta forma, a pesquisa apresentou, como Raichelis (2013, p. 626) já demonstrava, que, na política de saúde, as fundações e as Organizações Sociais (OSs) vêm se generalizando como modelo de gestão do trabalho e de prestação dos serviços. Ainda, segundo a autora, essa mudança ocorre a partir dos anos 1990. Adentrando a primeira década dos anos 2000, o campo das políticas públicas e a luta por direitos ficaram muito mais complexos, especialmente se considerarmos que, apesar de todos os desmontes e os desmanches que têm atingido a esfera estatal, o Estado permanece sendo a forma mais efetiva de operar a universalização

dos direitos, mesmo em sociedades capitalistas periféricas e financeirizadas como a brasileira.

Outro ponto que requer atenção é a respeito da ampliação de canais de participação, percebemos nos depoimentos dos profissionais que reconhecem os espaços de controle social, mas como um instrumento de pouca efetividade e participação popular como nas falas: *“Existem os Conselhos Municipais, mas é pouco, não há participação efetiva da população.”* e, *“Vejo que a participação fica muito restrita, somente para quem tem conhecimento do assunto.”*

Diante disso, não há fortalecimento do sistema descentralizado e participativo e, muito menos, incentivo à população para participar e ter o direito de opinar nas tomadas de decisões.

Assim, também ocorre com os assistentes sociais, que possuem autonomia e conhecimentos específicos sobre o assunto, mas não ocupam os espaços de participação, seja por conta do trabalho excessivo, da burocracia e/ou do aumento da demanda que não possibilita acesso aos espaços democráticos.

Vasconcelos (2003, p. 200) afirma que há um descuido, não só dos assistentes sociais, mas de todos os trabalhadores de saúde, na ocupação, não só individualizada, mas organizada e coletiva, dos espaços democráticos, ou seja, não há um reconhecimento da importância desse instrumento como forma de participação nos processos de tomada de decisão, com isso o Estado, representado pelos gestores, fica com o poder de decisão em suas mãos, e com isso, a saúde, assim como as demais políticas sociais, são geridas e organizadas de modo a ceder aos interesses privados, em desacordo com a concepção de saúde como bem público, direito do cidadão e dever do Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, foi possível entender a dinâmica sócio-histórica dos fatos ocasionados pela crise capitalista. Refletimos sobre as transformações da sociedade, em meio à crise global do sistema capitalista e seus impactos no mundo do trabalho e na vida cotidiana.

A reforma do Estado vivida no Brasil nos anos 1990 marca, especificamente, um processo de privatização pela adoção de modelos mistos de gestão, principalmente na política de saúde, pois, a partir desse momento, iniciaram-se as parcerias entre o setor público e o setor privado, a fim de criar estratégias e divisões de responsabilidades na execução dos serviços básicos de direito da população e de responsabilidade do Estado.

Os anos 2000 evidenciam um aprofundamento da privatização das políticas sociais e da saúde em particular, que está na contramão dos pressupostos da Reforma Sanitária, do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Constituição Federal de 1988.

O SUS completou 25 anos em 2013, no entanto, o que tem ocorrido desde os anos de 1990 é a mercantilização da saúde com a ampliação do setor privado na oferta de serviços no livre mercado e até mesmo dentro do SUS, como a pesquisa mostrou e como Bravo e Menezes (2013, p. 11) dizem a respeito da regulamentação das parcerias público/privado,

Com isso, as parcerias público/privado não deixam de ser uma forma perversa de se aplicar o ideário neoliberal que o Estado assume diante dos organismos internacionais.

A pesquisa deixa claros, os rumos que a saúde pública está seguindo, assim como as mudanças das relações trabalhistas, a falta de incentivo na participação popular e também as novas formas de gestão da saúde com a entrada do setor privado na prestação dos serviços à população.

Vale ressaltar, a importância da visão crítica dos profissionais que atuam diretamente na saúde pública da região pesquisada. Diante dos resultados da pesquisa, percebemos um questionamento e um entendimento do contexto atual vivido na saúde no Brasil. Com isso, conclui-se que os profissionais de Serviço

Social estão conectados com a realidade e o momento presente, com isso, há um olhar diferenciado no cotidiano da instituição em que atuam.

Mas, por outro lado perguntamos: Há um movimento de resistência diante a situação vivida na saúde pública? Há luz no fim do túnel?

Esperamos que essa luz apareça. Em 2010, surgiu a “Frente Nacional Contra as Organizações Sociais”, como resultado de uma articulação e mobilização dos Fóruns de Saúde dos Estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e do município de Londrina em torno da procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI ¹¹ (anexo 7), das referidas parcerias. O movimento vislumbra a possibilidade de votação no Supremo Tribunal de Justiça (STJ) contrária à legislação de 1998, que permite as parcerias, como Bravo e Menezes (2013, p. 34) explicam, assim como no anexo 08, segue a Carta enviada aos Ministros do STJ e a assinatura dos órgãos integrantes ao movimento.

Atualmente, a Frente tem realizado várias ações e mobilizações para possibilitar a discussão e expansão do movimento junto às diversas entidades como sindicatos, partidos políticos e universidades.

A Frente tem realizado diversos encontros com posicionamento contrário a privatização da Saúde e divulgação das lutas de resistência com a constituição de Fóruns estaduais e o nacional, com a participação de representante do Serviço Social e dos órgãos representativos como a ABEPSS.

A defesa e luta pela saúde pública estatal, além de possível, constitui uma demanda das classes subalternas e um instrumento estratégico com vistas à criação de outra ordem societária, sem dominação econômica, social e política.

A esperança que nos move...

Esperança essa, que proporcionou uma reflexão profunda sobre o dilema que os assistentes sociais vivem na política de saúde. De um lado, têm-se os profissionais que fazem parte do funcionalismo público e possuem sua legalidade constitucional. De outro lado, estão os assistentes sociais que são contratados pelas

¹¹ Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI n. 1.923 ajuizada pelo Partido dos Trabalhadores - PT e pelo Partido Democrático Trabalhista - PDT contra a Lei 9.637/98, a qual dispõe sobre a qualificação como organizações sociais de pessoas jurídicas de direito privado, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que mencionam, a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências e que autoriza a celebração de contratos de prestação de serviços com organizações sociais, sem licitação.

Organizações Sociais sob o regimento da CLT, ambos no mesmo contexto da política de saúde, sem isonomia de funções e salários.

Dessa forma, podemos notar um processo de precarização estrutural do trabalho, em que os capitais globais estão exigindo o desmonte da legislação trabalhista. Esse processo é visto em toda a sociedade, e, com a pesquisa, podemos afirmar que, também, ocorre na profissão de Serviço Social.

Com base nesse estudo, podemos responder às hipóteses levantadas no início da trajetória do mestrado, de que a crise capitalista afeta, diretamente, as políticas sociais, especificamente, a política de saúde, por meio das estratégias utilizadas pelo Estado em ações neoliberais e na redução de suas responsabilidades. Podemos constatar, também, que os contratos estabelecidos entre poder público e o setor privado constituem a semiprivatização da saúde pública.

Outro aspecto que podemos afirmar é que, na gestão mista, não há incentivo ou participação popular nas decisões e no controle social da política de saúde.

Finalmente, foi possível constatar que os assistentes sociais sentem os impactos das estratégias neoliberais, mas não realizam o processo de resistência, ou combate às novas condições estabelecidas pelo Estado.

Diante disso, esperamos que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a reflexão dos assistentes sociais a respeito das parcerias público/privado e que ofereçam subsídios para uma análise crítica dos processos societários que estamos enfrentando para que juntos tenhamos forças para lutar contra a privatização da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREAZZI, M. F. S. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. *In: Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos*. BRAVO. M. I. S. (org.) São Paulo: Cortez, 2012.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

_____. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. **Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho**. 15.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BARROCO, M. L. **Ética: fundamentos sócio-históricos**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BEHRING, E. R. Política Social: notas sobre o presente e o futuro. *In: Política social: alternativas ao neoliberalismo*. BOSCHETTI. I. (ORG.) BRASILIA: UNB Programa de Pós Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004.

_____. Fundamentos de Política Social. *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. MOTA. A. E. et al (org) 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. ; BOSCHETTI. I. **Política Social: fundamentos e história**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. MOTA. A. E. et al (org) 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. ; MENEZES. J. S. B. (orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

_____ ; MATOS. M. C. Projeto ético político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate. *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. MOTA. A. E. et al (org) 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____ ; MENEZES. J. S. B. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. *In: Serviço Social, saúde e questões contemporâneas*. SILVA. L. B. e RAMOS. A. (org.) Campinas: Papel Social, 2013.

BOSCHETTI, I. Os custos da crise para a política social. *In: Capitalismo em crise: política social e direitos*. São Paulo: Cortez, 2010.

CONCEIÇÃO, J. J. O abc da Crise. *In: O abc da crise*. Sérgio Sister (org). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 8.ed. Curitiba: Positivo, 2010.

HARVEY, D. **O enigma do capital: e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. As dimensões ético-político e teórico-metodológico no Serviço Social contemporâneo. *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. MOTA. A. E. et al(org) 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. *In: Atribuições privativas do/a assistente social em questão*. Conselho Federal de Serviço Social. 2012.

LUZ; M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” anos 80. *In: Revista Physis de Saúde Coletiva*, vol. I, n. 1, 1991. Rio de Janeiro: IMS/NERJ. 1991.

MARQUES, R. M; NAKATANI. P. **O que é capital fictício e sua crise**. São Paulo: Brasiliense, 2009.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social: identidade e alienação**. 16.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Serviço Social em Hospital-Escola: um espaço diferenciado de ação profissional. *In: Revista Serviço Social e Saúde*, n. 1, ano 1. UNESP, 2002.

_____. (org.). O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. *In: Pesquisa Qualitativa. Um instigante desafio*. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações Básicas para a pesquisa. *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. MOTA. A. E. *et al*(org) 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2011.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA. V. M. R. Sistematização, Planejamento e Avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. MOTA. A. E. *et al*(org) 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MIRANDA, N. Para entender a crise. *In: O abc da crise*. Sérgio Sister (org). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.

MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS de A a Z: garantindo saúde a todos os municípios**. Brasília. 2005.

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. MOTA. A. E. *et al*(org) 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MOTA, A. E. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. *In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília. CFESS/ABEPSS, 2009.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO. M. L. **Estado, classe e movimento social**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, J. P. Crise do Capital e consequências societárias. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 111. Julho/Setembro de 2012. Ed. Cortez. 2012.

_____. A construção do Projeto ético político do Serviço Social. *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. MOTA. A. E. et al(org) 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____; BRAZ. M. **Economia política: uma introdução crítica**. 5. ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2009.

PEREIRA, P. A. P. Estado, sociedade e esfera pública. *In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília. CFESS/ABEPSS, 2009.

RAICHELIS, R. Proteção Social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 116. Outubro/Dezembro de 2013. Ed. Cortez, 2013.

_____. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais. Um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. MOTA, A. E. et al(org) 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente à violações de seus direitos. *In: Serviço Social e Sociedade*, n. 107. Julho/Setembro 2011. São Paulo: Cortez, 2011.

SALVADOR, E. Fundo Público e políticas sociais na crise do capitalismo. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, n.104. Outubro/Dezembro de 2010. Ed. Cortez, 2010.

SILVA, A. A. A crise capitalista contemporânea e as relações entre Estado, mercado e sociedade: subsídios para a avaliação das políticas sociais. *In: Revista Ponto e Vírgula*, n.10, 2º semestre de 2011, PP. 260-281, São Paulo: PEPG em Ciências Sociais, PUCSP.

_____. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SIQUEIRA, L. **Pobreza e Serviço Social:** diferentes concepções e compromissos políticos. São Paulo: Cortez, 2013.

TEIXEIRA, M. J. O. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático? *In: Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos.* BRAVO. M. I. S. (org.) São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 110. Abril/Junho 2012. Ed. Cortez.

_____. O significado sócio-histórico da profissão. *In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.* Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social. *In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.* Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

LEIS, DECRETOS, PORTARIAS E RESOLUÇÕES

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 48.ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

BRASIL. **Lei n. 9.637, de 15 de Maio de 1998**, que dispõe sobre a qualificação de entidades filantrópicas e organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 8.080 Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasil. **Lei 9732 de 11 de dezembro de 1998**, que dispõe sobre a filantropia.

BRASIL. **Lei 12.317 de 27 de agosto de 2010**, que estabelece a jornada de trabalho do assistente social em 30 horas semanais.

Conselho Nacional da Saúde. **Resolução n. 218, de 06 de março de 1997**.

Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução n. 383 de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

Conselho Federal de Serviço Social. **Código de ética Profissional do assistente social/1993**.

Conselho Federal de Serviço Social. **Lei 8662/1993**, que regulamenta a profissão de Serviço Social. Brasília, 1993.

Conselho Federal de Serviço Social. **Atribuições Privativas do/a assistente social em questão.** Brasília, 2012.

Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília. 2010.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Lei Complementar n. 846 de 4 de junho de 1998**, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências.

SITES PESQUISADOS

www.bresserpereira.org.br

www.contraprivatizacao.com.br

www.datasus.gov.br

www.fernandopolis.sp.gov.br

www.ibge.gov.br

www.jales.sp.gov.br

www.oms.org.br

www.reformadagestaopublica.org.br

www.santafedosul.sp.gov.br

www.votuporanga.sp.gov.br

www.wikipedia.org

ANEXOS

Anexo1 – Questionário e Roteiro da Entrevista

“Entre o público e o privado na gestão da Saúde: Um estudo sobre as concepções dos assistentes sociais da região Noroeste Paulista”

1-Sexo:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

2-Idade:

3-Estado Civil:

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado/União Estável
- ☐ Separado/Divorciado
- ☐ Outros _____

4-Qual o ano de sua formação profissional em Serviço Social?

5-Instituição de Ensino em que se formou:

- ☐ Pública
- ☐ Privada

6-Tempo de Atuação na área da saúde:

7-Possui especialização na área da Saúde:

- ☐ sim Qual? _____
- ☐ não

8-Qual a forma de admissão na instituição?

- ☐ Concurso Público
- ☐ Processo Seletivo
- ☐ Cargo em comissão
- ☐ Outros _____

9-Qual o vínculo Empregatício?

- ☐ Estutário
- ☐ CLT
- ☐ Comissionário
- ☐ Temporário
- ☐ Outros _____

10- Qual a carga horária de trabalho semanal?

11- Renda Mensal:

() 1 a 3 Salários Mínimos = até: R\$ 2.160

() 3 a 6 Salários Mínimos = De R\$ 2.160,99 a R\$ 4.320,00

() Acima de 6 Salários Mínimos = acima de R\$ 4.320,99

12- Como você analisa as parcerias público/privado na gestão da Saúde?

13- Você considera que as parcerias entre público e privado são estratégias de privatização da Saúde Pública? Explique:

14- No modelo de gestão mista (público e privado) há espaço de participação da população no processo de decisão?

15- Você considera que essas parcerias interferem no trabalho do assistente social?

16- Quais os pontos positivos e quais os pontos negativos que você considera relevantes sobre os novos modelos de Saúde?

Positivos:

Negativos:

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que concordo em participar da pesquisa **“Entre o público e o privado na gestão da Saúde: Um estudo sobre as concepções dos assistentes sociais da região Noroeste Paulista”**, da pesquisadora **Fernanda Aparecida da Silva Fernandes**, mestranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC-SP, sob a orientação do **Prof. Dr. Ademir Alves da Silva**.

Fui informado(a) que a pesquisa tem como **objetivos**:

1º Conhecer o perfil dos profissionais que atuam na área da Saúde.

2º Identificar e analisar as consequências das parcerias entre o poder público e as Organizações Sociais na gestão da política de saúde.

Sei que tenho liberdade de recusar-me a participar da pesquisa e de deixá-la a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para a minha vida pessoal e profissional.

Minha identidade será mantida em sigilo em todas as apresentações, publicações e/ou qualquer outra forma pela qual este trabalho venha a ser divulgado.

Poderei receber informações sobre a pesquisa sempre que solicitar.

A participação nesse estudo não acarretará em despesas financeiras de qualquer natureza.

Se houver necessidade, poderei estabelecer contato com a pesquisadora por meio do telefone: (XX) XXXX-XXXX ou (XX) XXXXX-XXXX.

_____, _____ de _____ de 2014

CIÊNCIA do/a entrevistado(a)

Pesquisadora: Fernanda Aparecida da Silva Fernandes
Mestranda em Serviço Social – PUC/SP

Anexo 3 – Solicitação de Autorização para realização da pesquisa

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Votuporanga, ____ de _____ de 2014.

Eu, **Fernanda Aparecida da Silva Fernandes**, assistente social, mestranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC-SP, sob a orientação do **Prof. Dr. Ademir Alves da Silva**, venho, respeitosamente, solicitar autorização para a realização da pesquisa empírica da dissertação de mestrado, que tem como tema: “**Entre o público e o privado na gestão da Saúde: Um estudo sobre as concepções dos assistentes sociais da região Noroeste Paulista**”.

Informo que serão respeitados os princípios da ética na pesquisa, sendo preservada a identidade dos profissionais entrevistados.

Pesquisadora: Fernanda Aparecida da Silva Fernandes
Mestranda em Serviço Social – PUC/SP

Anexo 4 – Resolução n.º 218, de 6 de março de 1997

RESOLUÇÃO N.º 218, DE 6 DE MARÇO DE 1997 / DO 83, de 5/5/97

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de março de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando que:

- a 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como “*direito de todos e dever do Estado*” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social;

- a 10ª CNS reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos;

- Importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e

- o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção. Resolve:

I - Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias:

1. Assistentes Sociais;
2. Biólogos;
3. Profissionais de Educação Física;
4. Enfermeiros;
5. Farmacêuticos;
6. Fisioterapeutas;
7. Fonoaudiólogos;
8. Médicos;
9. Médicos Veterinários;
10. Nutricionistas;
11. Odontólogos;
12. Psicólogos; e
13. Terapeutas Ocupacionais.

II - Com referência aos itens 1, 2 e 9 a caracterização como profissional de saúde deve ater-se a dispositivos legais do Ministério da Educação e do Desporto, Ministério do Trabalho e aos Conselhos de Classe dessas categorias.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE
Presidente do Conselho

Anexo 5 – Resolução CFESS nº 383/99 de 29/03/1999

RESOLUÇÃO CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999

EMENTA: Caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

O Conselho Federal de Serviço Social, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

Considerando que a Constituição Federal vigente estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

Considerando que, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um novo conceito de saúde foi construído, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das condições de vida e de trabalho;

Considerando que a 10ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos;

Considerando que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços;

Considerando que atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde;

Considerando que o Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País;

Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais;

Considerando que o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução de nº 218 de 06 de março de 1997, reafirmou o Assistente Social, entre outras categorias de nível superior, como profissional de saúde;

Considerando, ainda, que a ante dita Resolução, em seu item II, delega aos Conselhos de Classe a caracterização como profissional de saúde, dentre outros, do assistente social;

Considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde;

Considerando a aprovação da presente Resolução pelo Plenário do Conselho Federal de Serviço Social, em reunião ordinária realizada em 27 e 28 de março de 1999;

Resolve:

Art. 1º - Caracterizar o assistente social como profissional de saúde.

Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília (DF), 29 de março de 1999

VALDETE DE BARROS MARTINS
PRESIDENTE DO CFESS

Anexo 6 – Projeto de Lei Complementar nº 92/2007

PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR n. 92/2007

Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º

Poderá, mediante lei específica, ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, nesse último caso, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado, nas seguintes áreas:

I - saúde;

II - assistência social;

III - cultura;

IV - desporto;

V - ciência e tecnologia;

VI - meio ambiente;

VII - previdência complementar do servidor público, de que trata o art. 40, §§ 14 e 15, da Constituição;

VIII - comunicação social; e

IX - promoção do turismo nacional.

§ 1º Para os efeitos desta Lei Complementar, compreendem-se na área da saúde também os hospitais universitários federais.

§ 2º O encaminhamento de projeto de lei para autorizar a instituição de hospital universitário federal sob a forma de fundação de direito privado será precedido de manifestação pelo respectivo conselho universitário.

Art. 2º Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 04 de junho de 2007.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República,

1. Submeto à deliberação de Vossa Excelência o anexo Projeto de Lei Complementar que regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição, na parte referente às fundações, com o objetivo de estabelecer as áreas de atuação dessas entidades.
2. O Projeto de Lei Complementar estabelece que o Poder Público poderá instituir fundação estatal, sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, nas áreas de saúde, educação, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio-ambiente, previdência complementar do servidor público, para os efeitos do art. 40, §§ 14 e 15 da Constituição Federal, comunicação social e promoção do turismo nacional.
3. A criação de fundação estatal dar-se-á a partir de lei específica, que estabelecerá a sua personalidade jurídica, se de direito público ou privado. Cabe destacar que a proposta apenas autoriza o Poder Público a criar fundação estatal.
4. No caso da fundação estatal de direito privado, o Projeto prevê que somente poderá ser instituída para desempenho de atividades estatais que não sejam exclusivas de Estado, de forma a vedar a criação de entidade de direito privado para exercício de atividades em áreas em que seja necessário o uso do poder de polícia.
5. São essas, Senhor Presidente, as razões que me levam a propor a Vossa Excelência o Projeto de Lei Complementar em questão.

Respeitosamente,

Assinado eletronicamente por: Paulo Bernardo Silva

Anexo 7 – Ação Direta de Inconstitucionalidade n.1.923-5

Supremo Tribunal Federal

264

24/06/99

TRIBUNAL PLENO

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE N. 1.923-5 DISTRITO FEDERAL**RELATOR : MIN. ILMAR GALVÃO**

REQUERENTE: PARTIDO DOS TRABALHADORES - PT

ADVOGADOS: ALBERTO MOREIRA RODRIGUES E OUTROS

REQUERENTE: PARTIDO DEMOCRÁTICO TRABALHISTA - PDT

ADVOGADOS: RONALDO JORGE ARAÚJO VIEIRA JÚNIOR E OUTROS

REQUERIDO: PRESIDENTE DA REPÚBLICA

REQUERIDO: CONGRESSO NACIONAL

R E L A T Ó R I O

O SENHOR MINISTRO ILMAR GALVÃO - (Relator): Ação que tem por objeto a Lei nº 9.637, de 15.05.98, e o inc. XXIV do art. 24 da Lei nº 8.666, de 21.06.93, com a redação dada pela Lei nº 9.648, de 27.05.98, que prevêem e regulam a qualificação de entidades de direito privado como organizações sociais.

Sustentam os autores, em resumo, que as normas contidas nos textos impugnados outro objetivo não tiveram senão possibilitar a transferência de atividades desenvolvidas por autarquias e fundações de direito público, dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, para entidades de direito privado, denominadas "organizações sociais", figura inédita no direito brasileiro, com formato de "entidade pública não estatal", mas mantidas com recursos públicos; processando-se a transferência mediante a extinção da entidade pública e a cessão de seu patrimônio, servidores e dotações orçamentárias à entidade privada, independentemente de processo de licitação; permanecendo, portanto,

ADI 1.923-5 DF*Supremo Tribunal Federal*

265

públicas no que convém, mas privadas no que interessa à maior flexibilidade de gestão.

Após tecerem longas considerações em torno de cada dispositivo das leis indicadas, as quais serão apreciadas no voto deste Relator, passam os Autores a sustentar que, em sendo imposto à Administração Pública, na qual se incluem as autarquias, as fundações instituídas pelo Poder Público, as sociedades de economia mista e as empresas públicas, pelo sistema jurídico-constitucional vigente, entre outras injunções, a fiscalização e controle de seus atos pelo Congresso Nacional (art. 49, X); a fiscalização contábil financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, também pelo Congresso e pelo Sistema interno de cada Poder (art. 70); a elaboração de orçamento de receita e despesa (art. 165, § 5º, I); a observância de limite de despesas com pessoal (art. 169, § 1º); a realização de concurso público para admissão de pessoal (art. 37, II); e a aquisição de bens e serviços mediante licitação pública (art. 37, XXI); do mesmo modo, na medida em que uma organização social passa a atuar na prestação de atividades públicas, por via de contrato de gestão com o Poder Público, e de forma vinculada ao Estado, tanto em razão da natureza da atividade como em virtude de sua manutenção, controle e tutela, deverá submeter-se ela aos referidos princípios e preceitos constitucionais, os quais, na lição de Celso Antônio Bandeira de Mello, não visam apenas assegurar-lhes condições de eficiência, destinando-se,

ADI 1.923-5 DF

Supremo Tribunal Federal

266

"...também e sobretudo, a estabelecer as indispensáveis limitações que embarguem ação desatada ou descomedida dos próprios governantes, para impedir que seja gravosa quer ao interesse público, que lhes assiste curar, quer às garantias pertinentes aos administrados em suas relações com o Poder Público". De resto, esta última é a própria razão inspiradora do Estado de Direito. Então, obviamente, não lhes basta travestir-se de pessoa de direito privado para esquivar-se das contenções armadas em favor do aludido propósito. Onde, desconhecer ou menoscar estes vetores implicaria ofensa a diretrizes fundamentais do Texto Constitucional. Assim, não seria prestante interpretação que os postergasse. Segue-se que entidades constituídas à sombra do Estado (como auxiliares suas na produção de utilidade coletiva) e que manejam recursos captados total ou majoritariamente de fontes públicas têm que estar submetidas a disposições cautelares, defensivas tanto da lisura e propriedade do dispêndio destes recursos, quanto dos direitos dos administrados a uma atuação impessoal e isonômica, quando das relações que com elas entrettenham. Isto só é possível quando existam mecanismos de controle interno e externo, suscitados quer pelos órgãos públicos quer pelos próprios particulares, na defesa de interesses individuais ou da Sociedade."

Afirmam, ainda, que Jorge Miranda costuma chamar de fraude constitucional "a preterição dos limites materiais de primeiro grau, com observância apenas externa das regras constitucionais de competência e de forma"; e que, segundo Clémerson Merlin Clève, referida idéia, "embora vinculada em regra ao poder de reforma constitucional, é pensável também para a atividade legislativa ordinária, quando o Estado, a pretexto de exercer uma competência, desvirtua um comando constitucional, amesquinha um direito fundamental, ignorando o núcleo material protegido pelo dispositivo que o contempla".



ADI 1.923-5 DF*Supremo Tribunal Federal*

26x

Concluem por afirmar que, no caso em tela, a pretexto de criar nova forma de gerenciamento dos serviços públicos nas áreas de ensino, saúde, cultura, pesquisa e desenvolvimento tecnológico e proteção ao meio ambiente, o Poder Legislativo burlou, por meio de lei ordinária, os limites materiais e formais impostos em nossa ordem constitucional, descaracterizado o texto constitucional em seu alicerce conceitual, configurando-se, portanto, em face de verdadeira "mutação constitucional inconstitucional" que tenta submeter o exercício de poderes públicos a regime jurídico diverso daquele que lhe guarda a Constituição, pela via de simples criação, ainda que disfarçada pelo adjetivo "qualificação" de novo tipo jurídico não previsto no texto constitucional de 1988, não apenas fraude à Constituição, mas também desvio de poder legislativo, que, na lição de Caio Tácito, "é vício especial de inconstitucionalidade da lei pelo divórcio entre o endereço real da norma atributiva da competência e o uso ilícito que a coloca a serviço de interesse incompatível com a sua legítima destinação".

Ao pedido de declaração de inconstitucionalidade da Lei nº 9.637/98 (ou, alternativamente, dos seus arts. 1º a 7º, 10 a 15, 17, 20, 21 e 22), do art. 24, XXIV, da Lei nº 8.666/93 (redação do art. 1º da Lei nº 9.648/98) e, ainda, dos atos administrativos e de gestão praticados em decorrência dos dispositivos legais impugnados, juntaram os autores requerimento de medida cautelar de suspensão imediata da eficácia dos dispositivos legais sob enfoque.

ADI 1.923-5 DF*Supremo Tribunal Federal*

268

Dada a complexidade da matéria, cuja exposição, pelos autores, ocupou 70 laudas, foram requisitadas informações prévias, prestadas pela Presidência do Congresso Nacional (fls. 151/184) e pela Presidência da República (fls. 186/237).

Submeto, agora, o requerimento de cautelar à apreciação do Plenário.

É o relatório.

dfm

Anexo 8 – Carta aos Ministros do STF e as assinaturas do Movimento contra a Privatização da Saúde

Carta aos Ministros do STF e as assinaturas do Movimento contra a Privatização da Saúde



Os movimentos sociais, sindicatos, trabalhadores/as públicos e conselheiros/as das diversas áreas sociais, estudantes, professores e sociedade em geral vêm ao Supremo Tribunal Federal solicitar que julgue PROCEDENTE a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923/98, contra a Lei 9.637/98, que “Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências”, e contra a alteração do inciso XXIV do artigo 24 da Lei 8.666/93, com redação dada pelo artigo 1º da lei 9.648/98, que permite a dispensa de licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as chamadas “Organizações Sociais”.

Consideramos estas Leis inconstitucionais, por violação frontal ao princípio da Moralidade na Administração Pública e por tentarem contornar, por vias transversas, todos os sistemas de fiscalização e controle interno e externo dos gastos públicos, além de se constituírem em uma afronta direta aos direitos sociais e trabalhistas historicamente conquistados pelos trabalhadores, abrindo sérios precedentes para desvios do erário público, a exemplo do que já vem sendo investigado pelos Ministérios Públicos nos Estados em que esta Lei foi implantada, conforme escândalos fartamente divulgados em alguns meios de comunicação.

Expressamos nossa inconformidade e insatisfação com a Lei 9.637/98, visto que esta Lei promove:

- 1) A terceirização das atividades-fim do Estado como as relacionadas à Saúde, Ensino, Assistência Social, entre outras, o que é inconstitucional e ilegal. A Constituição e a legislação pertinente permitem que o Poder Público apenas contrate instituições privadas para prestar atividades-meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou alguns determinados serviços técnico-especializados na área da saúde como a realização de exames médicos, consultas etc., com o caráter de complementaridade, conforme Art. 24 da 8.080/90; nesses casos, estará transferindo apenas a execução material de determinadas atividades e não a gestão, patrimônio, equipamentos e pessoal.
- 2) A desresponsabilização do Estado na efetivação dos direitos sociais. A Constituição Federal assegura os direitos sociais como dever do Estado, o que impede o Estado de se desresponsabilizar da prestação destes serviços, não podendo repassá-los para entidades privadas. Além dos direitos garantidos no Art. 6º pela Constituição, ela estabelece, no Art. 196, a saúde como “direito de todos e dever do Estado”; e, no Art. 205, a Educação; nos Arts. 203 e 204, garante a Assistência Social a quem dela necessitar. Assim, os serviços destas áreas não podem ser terceirizados para entidades privadas.
- 3) A eliminação de concurso público para contratação de pessoal, abrindo um precedente para o clientelismo nesta contratação, bem como para a precarização do trabalho frente à flexibilização dos vínculos, além da formação de “currais eleitorais” em Estados e Municípios diversos do país, suprimindo o caráter democrático do concurso público e a meritocracia.
- 4) A dispensa de licitação garantida às OSs para compra de material e cessão de prédios, a qual é ilegal e abre precedentes para o desvio do erário público, a exemplo do que já vem sendo investigado pelo Ministério Público nos Estados em que esse tipo de gestão já foi instalado. Suprime-se, dessa maneira, a função necessária e constitucional dos controles interno e externo, a cargo dos Tribunais de Contas para fiscalizar esses gastos, em última análise realizada através de crédito público “camuflado” em dinheiro privado.

Além do descrito, a Lei 9.637/98 não contempla os controles próprios do regular funcionamento da coisa pública e não se prevê sequer o Controle Social; desconsidera a deliberação do Conselho Nacional de Saúde nº 001, de 10 de março de 2005, contrária “à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal

do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações Sociais (OS).”

A partir do exposto, reiteramos a solicitação que os Excelentíssimos Ministros do Supremo Tribunal julguem PROCEDENTE a ADIN 1.923. Acompanharemos e divulgaremos para o conjunto da sociedade brasileira o resultado do julgamento, tornando público o compromisso dessa nobre instituição com a defesa de interesses privados ou com a defesa do interesse público primário, na forma da Constituição.

Assinam esta Carta os seguintes Movimentos Sociais e Entidades:

AMAP Regional Jacarepaguá/RJ

Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde-
Núcleo RJ- ANEPS RJ

Asociacion de Asistentes Social ES Del Uruguay – ADASU

Assembléia Permanente das Entidades em Defesa do Ambiente do Estado do Rio de Janeiro – APEDEMA-RJ

Assembléia Popular – Brasil

Assembléia Popular – RJ

Assistentes Sociais do Hospital Universitário Alberto Antunes

Associação Amigos do Memorial da Classe Operária/UGT – Ribeirão Preto/SP

Associação de Aquicultores e Pescadores da Pedra de Guaratiba

Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN/AL

Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN/PR

Associação Brasileira de Enfermagem – Rio de Janeiro – ABEN/RJ

Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico – ABENFAR

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social – ABEPSS

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social – ABEPSS – Regional
Centro-Oeste

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social – ABEPSS – Regional
Leste

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social – ABEPSS – Regional
Nordeste

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social – ABEPSS – Regional
Norte

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social – ABEPSS – Regional
Sul I

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social – ABEPSS – Regional Sul II

Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto – ABREA

Associação Brasileira de Homeopatia Popular Comunitária – ABHP

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA

Associação de Diabéticos de Belo Horizonte/MG – ASSODIBELO

Associação de Moradores da Rua Joaquim Meier / RJ

Associação de Moradores da Rua Lauro Müller e Adjacências / RJ

Associação de Moradores do Nordeste de Amaralina – AMNA – Bahia

Associação de Moradores dos Bancários – AMA Bancários / RJ

Associação de Moradores Parque Resplendor / RJ

Associação de Movimentos dos Renais Vivos e Transplantados do Estado do Rio de Janeiro – AMORVIT-RJ

Associação de Pais e Professores do Colégio de Aplicação – CAP/UERJ

Associação de Pós-Graduandos da UFMG

Associação de Usuários e Amigos PAM 13 de Maio / RJ

Associação do Ministério Público – AMP/RS

Associação dos Docentes da Universidade Estadual de Campinas – ADUNICAMP

Associação dos Docentes da Universidade Estadual de Montes Claros – Adunimontes

Associação dos Docentes da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – ASDUERJ

Associação dos Docentes da Universidade Estadual Paulista – Seção Sindical – ADUNESP – Núcleo Marília

Associação de Docentes da UFRJ- Seção Sindical –ADUFRJ

Associação de Fisioterapeutas Acupunturistas do Brasil – AFA Brasil/RJ

Associação de Fisioterapeutas do Rio de Janeiro – AFENJ

Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Estado do Rio de Janeiro – ATOERJ

Associação dos Funcionários do Hospital de Cardiologia Laranjeiras/RJ – ASEHL

Associação dos Funcionários do Hospital Estadual Getúlio Vargas / RJ

Associação dos Funcionários do Instituto Nacional de Cardiologia/RJ

Associação dos Moradores de Taquara – AMOATA/RJ

Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde – AMPASA/Brasil

Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer, Doenças Similares e Idosos Dependentes – APAZ/RJ

Associação de Parentes e Amigos das Vítimas de Acidentes de Trânsito – APAVAT/RJ.

Associação de Pescadores Artesanais da Ilha da Madeira – APAIM – Itaguaí/RJ

Associação de Praças do Estado do Paraná – APRA

Associação Santo Antônio dos Pobres de Itaperuna – ASAPI/RJ

Associação dos Funcionários do Hospital Estadual Anchieta – AFHEAN/RJ

Associação dos Funcionários do Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro – AFIASERJ

Associação dos Professores da PUC-São Paulo – APROPUC

Associação dos Professores da Universidade Federal do Paraná – Seção Sindical da ANDES/SN – APUFPR/SSind

Associação dos Docentes da Universidade de São Paulo – ADUSP

Associação dos Profissionais de Nível Superior da Saúde de Alagoas

Associação dos Servidores do Arquivo Nacional – ASSAN

Associação dos Servidores do Posto de Assistência Médica Del Castilho/RJ - ASPADEL

Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Goiás – ATO/GO

Associação Jardim Anápolis / RJ

Associação Médica Nacional Maíra Fachini – AMNMF

Associação Pró-Renais Crônicos – APREC-BRASIL

Associação Sócio-Ambiental Planeta Água/Rádio Queimados FM – RJ

Auditoria Cidadã da Dívida

Brigada Socialista Autônoma – BRISA/SC

Brigadas Populares

Câmara Comunitária de Botafogo e Humaitá/RJ

Casa da América Latina

Central de Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB

Central de Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB/PR

Central Única dos Trabalhadores – CUT/AL

Central Única dos Trabalhadores – CUT/PR

Central de Movimentos Populares – PE

Central de Movimentos Populares – PR

Central de Movimentos Populares – RJ

Central de Movimentos Populares – Diretoria Saúde

Centro Acadêmico 2 de Maio – Medicina – UNCISAL
 Centro Acadêmico 12 de maio – Enfermagem – UFAL
 Centro Acadêmico 20 de Janeiro – Farmácia – UFAL
 Centro Acadêmico A Voz da Enfermagem – CAVEN – UFAL- Arapiraca
 Centro Acadêmico de Enfermagem Ana Brêtas da UNIFESP
 Centro Acadêmico de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – CAFar- UFRJ
 Centro Acadêmico de Nutrição – UFAL
 Centro Acadêmico de Psicologia da Universidade Estadual Paulista – CAPSI/UNESP – Bauru/SP
 Centro Acadêmico de Odontologia – UFAL
 Centro Acadêmico Carlos Ernani Rosado Soares – Medicina – UERN
 Centro Acadêmico de Psicologia da UFPR – CAP/UFPR
 Centro Acadêmico de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro – CASCO/UFRJ
 Centro Acadêmico de Serviço Social da UERJ – CASS/UERJ
 Centro Acadêmico de Terapia Ocupacional da USP – CATO/USP
 Centro Acadêmico Rosa Luxemburgo – Serviço Social – UFAL
 Centro Acadêmico Sebastião da Hora-Medicina CASH – UFAL
 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES/Campinas.
 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES/Londrina.
 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES/Rio de Janeiro.
 Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP/RS
 Centro de Estudos e Defesa do Negro do Pará – CEDENPA
 Centro de Estudos Octavio Ianni da FSS/UERJ
 Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – CESTEH/ENSP/Fiocruz.
 Centro de Promoção da Cidadania e Defesa dos Direitos Humanos Pe. Josimo - Imperatriz/MA
 Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes – CECRIA – Brasília/DF
 Círculo Palmarino – RJ
 Coletivo “Além do Mito”/AL.
 Coletivo Barricadas Abrem Caminhos.

Comitê Baía de Sepetiba Pede Socorro – RJ

Comitê de Solidariedade a Luta do Povo Palestino/RJ

Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM

CSP- CONLUTAS

CSP- CONLUTAS/RJ

Conselho Comunitário de Segurança Pública do Município de Itaguaí/RJ

Conselho Distrital de Saúde A.P.3.3/RJ

Conselho de Desenvolvimento da Comunidade Negra de Piratini/RS.

Conselho Distrital de Saúde AP 4.0 – RJ

Conselho Distrital de Saúde AP 5.1 – RJ

Conselho Distrital de Saúde AP 5.2 – RJ

Conselho Estadual de Saúde – CES/AL

Conselho Estadual de Saúde – CES/RN

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN

Conselho Federal de Nutricionistas – CFN

Conselho Federal de Psicologia

Conselho Federal de Serviço Social – CFESS

Conselho Municipal de Saúde de Maceió – AL

Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS

Conselho Nacional de Saúde – CNS

Conselho Permanente de Direitos Humanos do Instituto dos Advogados do Brasil – IAB

Conselho Regional de Biomedicina – 1ª Região (São Paulo/SP)

Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas – COREN/AL

Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro – COREN/RJ

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO/1ª Região

Conselho Regional de Nutricionistas 2ª Região – CRN-2

Conselho Regional de Nutricionistas 3ª Região – CRN-3

Conselho Regional de Nutricionistas 10ª Região – CRN-10

Conselho Regional de Psicologia do Paraná (8ª Região) – CRP/PR

Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (5ª Região) – CRP-RJ

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (6ª Região) – CRP/SP

Conselho Regional de Serviço Social do Alagoas– CRESS/AL

Conselho Regional de Serviço Social do Amazonas – CRESS/AM

Conselho Regional de Serviço Social da Bahia – CRESS/BA
Conselho Regional de Serviço Social do Distrito Federal – CRESS/DF
Conselho Regional de Serviço Social do Espírito Santo – CRESS/ES
Conselho Regional de Serviço Social de Goiás – CRESS/GO.
Conselho Regional de Serviço Social do Maranhão – CRESS/MA
Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais – CRESS/MG
Conselho Regional de Serviço Social do Pará – CRESS/PA
Conselho Regional de Serviço Social da Paraíba – CRESS/PB.
Conselho Regional de Serviço Social do Piauí – CRESS/PI
Conselho Regional de Serviço Social do Paraná – CRESS/PR.
Conselho Regional de Serviço Social do Pernambuco – CRESS/PE
Conselho Regional de Serviço Social do Rio Grande do Sul – CRESS/RS
Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro – CRESS/RJ
Conselho Regional de Serviço Social de Rondônia – CRESS/RO
Conselho Regional de Serviço Social de Roraima – CRESS/RR
Conselho Regional de Serviço Social de Santa Catarina – CRESS/SC
Conselho Regional de Serviço Social do Sergipe – CRESS/SE
Conselho Regional de Serviço Social de São Paulo – CRESS/SP.
Cooperativa de Trabalhadores em Serviços Editoriais e Noticiosos – INVERTA.
Coordenação Nacional de Lutas – CONLUTAS.
Coordenação Nacional de Lutas – CONLUTAS – GT de Saúde.
Coordenação Nacional de Saúde do PSTU
Coordenação Nacional dos Estudantes de Psicologia – CONEP
Dialética Consultores Associados Ltda.
Direção Executivo Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM
Diretório Acadêmico de Terapia Ocupacional DATO – UNCISAL
Diretório Acadêmico Ferreira Gomes de Farmácia da UFBA – DAFG/UFBA.
Diretório Central dos Estudantes da UFAL – DCE/UFAL.
Diretório Central dos Estudantes da UEPG – DCE/UEPG.
Diretório Central dos Estudantes da UFPR – DCE/UFPR
Diretório Central dos Estudantes da UNCISAL – DCE/UNCISAL
Diretório Central dos Estudantes da Uneal – DCE/UNEAL
Diretório Estadual do Partido Socialismo e Liberdade do Maranhã – PSOL/MA
Entidade Nacional de Estudantes de Biologia – ENEBio

E.S de Araújo Intermediações/SP

ECOFORÇA – ONG Ambientalista.

Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos – ETIS/Sesdec/RJ.

Escola Nacional Florestan Fernandes.

Estudantes do Curso de Serviço Social da FITs

Executiva do Conselho Municipal de Saúde – RJ

Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem – ENEENF.

Executiva Nacional de Estudantes de Farmácia – ENEFAR.

Executiva Nacional dos Estudantes de Nutrição – ENEN.

Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social – ENESSO.

Executiva Nacional dos Estudantes de Terapia Ocupacional – ExNETO

Federação das Associações dos Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio de Janeiro – FAAPERJ

Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro – FAMERJ

Federação das Associações de Moradores do Município do Rio de Janeiro – FAM-RIO

Federação das Associações de Moradores do Município do Rio de Janeiro – FAM-RIO – Regional Jacarepaguá/RJ

Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil

Federação de Associações de Moradores do Estado da Bahia – FAMEB

Federação dos Sindicatos dos Servidores Públicos Municipais Cutistas do Estado do Paraná – FESSMUC/PR

Federação Nacional dos Assistentes Sociais / FENAS

Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR

Federação de Sindicatos de Trabalhadores em Educação das Universidades Brasileiras – FASUBRA

Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS

Federação dos Trabalhadores nas Indústrias do Estado do Paraná – FETIEP.

Fórum Alagoano de Conselhos de Direitos – FACON

Frente Cearense em Defesa do SUS e contra sua Privatização

Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde – FENTAS

Fórum de Residentes em Saúde – Coletivo Rio de Janeiro

Fórum em Defesa do SUS e Contra a Privatização de Alagoas

Fórum Estadual de Mulheres Negras do Rio de Janeiro
Fórum Gaúcho de Saúde Mental – FGSM
Fórum Intersectorial e Interdisciplinar de Políticas Públicas de Rio das Ostras/RJ
Fórum da Juventude Negra – PE
Fórum Nacional de Residentes em Saúde.
Fórum de ONGs AIDS de Minas Gerais.
Fórum de ONGs AIDS do Rio de Janeiro
Fórum em Defesa do SUS do Distrito Federal
Fórum Paranaense de Assistentes Sociais na Saúde – FOPASS.
Fórum Permanente da Política Nacional e Estadual do Idoso no Estado do Rio de Janeiro.
Fórum Popular em Defesa da Saúde Pública de Londrina e Região.
Fórum Popular de Políticas Públicas de Duque de Caxias/RJ
Fórum Paraibano em Defesa do SUS e contra as Privatizações
Fórum Popular de Saúde do Paraná – FOPS/PR
Fórum Popular de Saúde de Barretos
Fórum Popular de Saúde de Campinas
Fórum Popular de Saúde de Santos
Fórum Popular de Saúde de São Paulo – FOPS/SP
Fórum de Saúde de Campos/RJ
Fórum de Saúde do Distrito Federal
Fórum de Saúde de Minas Gerais
Fórum de Saúde de Natal/RN
Fórum de Saúde de Rio das Ostras
Fórum de Saúde do Rio de Janeiro
Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul
Fórum de Saúde de Santa Cruz/RJ
Fórum Sul da Saúde – FSS
Frente Pernambucana em Defesa do SUS e contra a Privatização
Frente Nacional contra a Privatização da Saúde
Fundação de Apoio à Escola Técnica do Estado do Rio de Janeiro – FAETEC
Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda – Regional Rio de Janeiro – ASSEFAZ/RJ
GEAP – Fundação de Seguridade Social/RJ

Grupo Aprendendo a Viver Positivamente – GAV+ /RN
 Grupo de Apoio à Prevenção da Aids do Rio Grande do Sul – GAPA/RS
 Grupo de Apoio à Prevenção da Aids de São Paulo - GAPA/SP
 Grupo de Capoeira Raça/AL
 Grupo de Pesquisa “Sistemas de Proteção Social e Fronteiras” – UNIPAMPA
 Grupo Direito à Vida – AL
 Grupo de Estudos e Pesquisa do Orçamento Público e da Seguridade Social –
 GOPSS/FSS – UERJ
 Grupo de Estudos Interdisciplinares do Ambiente – GEIA- FFP/UERJ
 Grupo Pela Vida/RJ
 Grupo de Pesquisa e Extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos
 Sociais – FSSO/UFAL.
 Grupo Saúde e Luta/AL
 HUMANITAS – Direitos Humanos e Cidadania/RJ
 Instituto Astrogildo Pereira/SP
 Instituto de Assessoria às Comunidades Remanescente de Quilombo –
 IACOREQ/RS.
 Instituto de Formação Humana e Educação Popular – RJ.
 Instituto Vivendo Gerus – Instituto Vivendo de Desenvolvimento Integral da Terceira
 Idade / RJ
 Instrumento de Luta e Organização da classe Trabalhadora – INTERSINDICAL
 Instrumento de luta, unidade da classe e de construção de uma Central –
 INTERSINDICAL
 Jornal Brasil de Fato
 Juventude Revolução/AL
 Liga de Oncologia
 Mandato Deputada Estadual Janira Rocha Silva – PSOL/RJ
 Mandato Deputado Estadual Carlos Minc – PT/RJ
 Mandato Deputado Estadual Marcelo Freixo – PSOL/RJ
 Mandato Deputado Estadual Paulo Ramos – PDT/RJ
 Mandato Deputado Federal Chico Alencar – PSOL/RJ
 Mandato Deputado Federal Chico D’Angelo – PT/RJ
 Mandato Vereador Edson Soza – PV/RJ
 Mandato Vereador Eliomar Coelho – PSOL/RJ/RJ

Mandato Vereadora Heloisa Helena – PSOL/Maceio/AL
 Mandato Vereador Paulo Pinheiro – PPS/RJ/RJ
 Mandato Vereador Renatinho – PSOL/Niterói/RJ
 Mandato Vereador Ricardo Barbosa – PSOL/Maceio/AL
 Mandato Vereador Waldeck Carneiro – PT/Niterói
 Movimento Ecumênico “Fé e Política-Sepetiba”/RJ
 Movimento de Luta e Resistência Popular – PE
 Movimento dos Posseiros Urbanos – RJ
 Movimento Nacional de Direitos Humanos –MNDH/PR
 Movimento Nacional de Luta Contra o Neoliberalismo – MNLCN
 Movimento Nacional de Luta pela Moradia – Brasil – MNLM/Brasil
 Movimento Nacional de Luta pela Moradia – Brasil – Seção Rio de Janeiro – MNLM/RJ
 Movimento Negro Unificado – PE
 Movimento Popular de Saúde de Barueri – MOPSAB/SP
 Movimento Popular de Saúde de Santo Amaro da Purificação – MOPS/BA.
 Movimento de Reintegração dos Atingidos pela Hanseníase – MORHAN.
 Movimento dos Trabalhadores Desempregados Pela Base – MTD
 Movimento dos Trabalhadores Desempregados Pela Base – Rio de Janeiro – MTD/RJ
 Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental do Rio de Janeiro.
 Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST.
 Movimento dos Trabalhadores Sem Teto – MTST
 Movimento Terra, Trabalho e Liberdade – MTL
 Movimento Unificado dos Servidores Públicos Estaduais-RJ – MUSPE
 Núcleo do Conselho Regional dos Assistentes Sociais do Alto Uruguai – NUCRESS Alto Uruguai/RS
 Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão sobre Violência, Segurança Pública e Direitos Humanos – NEVI/UFES.
 Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente – NECA/UFES.
 Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa em Serviço Social – NEEPSS/FSS/UERJ
 Núcleo de Estudos e Pesquisa em Filosofia, Política e Educação – NuFiPE/UFF.
 Núcleo de Estudos e Pesquisas em Poder local, Políticas Públicas e Serviço Social – NUPESS/UFF/RJ

Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Trabalho, Saúde e Intersetorialidade – NETSI/PUC-RS

Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre os Fundamentos do Serviço Social na Contemporaneidade – NEFSSC/UFRJ

Núcleo de Estudo sobre Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas – NESPP/UFSC.

Núcleo de Pesquisa e Extensão Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais/FSSO/UFAL

Núcleo Piratininga de Comunicação – NPC

Núcleo Socialista de Campo Grande – RJ

ONG 100 Verde não há Vida

ONG PAN Saúde e Trabalho /SP

ONG Queimados Solidário

Organização Consulta Popular – Brasil

Organização Consulta Popular – Curitiba/PR

Organização Consulta Popular – Paraná.

Partido Comunista Brasileiro- PCB/Brasil

Partido Comunista Brasileiro – PCB/RJ

Partido Comunista Marxista Leninista – PCML

Partido Socialismo e Liberdade- PSOL/Brasil

Partido Socialismo e Liberdade /Alagoas – PSOL/AL.

Partido Socialismo e Liberdade / Paraná – PSOL/PR.

Partido Socialismo e Liberdade / Rio de Janeiro – PSOL/RJ.

Partido dos Trabalhadores/Alagoas – PT/AL

Partido Socialista dos Trabalhadores Unificados – PSTU

Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais – Plataforma DhESCA Brasil

Programa Espaço Servidor da UERJ – PESUERJ/HUPE/UERJ

Programa de Estudos de América Latina e Caribe – PROEALC – CCS – UERJ

Projeto Capacitação da Comunidade Local sobre Meio Ambiente (RJ)

Projeto de Extensão Assessoria em Questões de Cidadania a Movimentos Sociais e Populares – UFF

Projeto de Extensão Vidas Paralelas – UERJ

Projeto de Pesquisa “Mercado de Trabalho em Macaé” – UFF – Rio das Ostras

Projeto de Pesquisa Serviço Social em Movimento – UFF

Projeto de Pesquisa “Serviço Social e Saúde Mental” – UFRGS

Projeto de Pesquisa Gestão Pública do Trabalho e Controle Social em Saúde do Trabalhador no Rio de Janeiro: relações societárias e institucionais em um hospital universitário – GESTA/UERJ

Projeto Quilombo – HUPE – SR3 – UERJ

Projeto Políticas Públicas de Saúde da Faculdade de Serviço Social da UERJ

Projeto Saúde da Família no Alto Simão - PPC/UERJ

Projeto Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais – FSS/UERJ.

Rede de Mulheres Empreendedoras da Economia Solidária do Rio de Janeiro

Rede Mulheres Negras/PR

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS – núcleo Rio de Janeiro.

Resistência Popular/AL

Seminário Livres Pela Saúde.

Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro – SINDACS/RJ.

Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Alagoas.

Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Estado de Alagoas

Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Município do Rio – SATEMRJ

Sindicato dos Docentes da Uneal

Sindicato Estadual dos Profissionais de Educação – SEPE/RJ

Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Alagoas – SINEAL

Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Rio de Janeiro – SindEnfRJ

Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Alagoas.

Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Rio de Janeiro – SINFAERJ

Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Santa Catarina – SINDIFAR/SC

Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do Rio de Janeiro – SINFERJ

Sindicato dos Médicos do Ceará

Sindicato dos Médicos de Pernambuco

Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro – SINMED/RJ

Sindicato dos Nutricionistas do Estado do Alagoas

Sindicato dos Nutricionistas do Estado do Paraná – SINPAR
Sindicato dos Nutricionistas do Rio de Janeiro – SINERJ
Sindicato dos Odontologistas no Estado de Alagoas
Sindicato dos Odontologistas de Minas Gerais – SOMGE
Sindicato dos Policiais Civis de Alagoas
Sindicato dos Petroleiros do Paraná e Santa Catarina – SINDIPETRO PR/SC
Sindicato dos Psicólogos do Estado de Alagoas.
Sindicato dos Profissionais de Educação da FAETC – SINDPEFAETEC
Sindicato dos Radialistas do Estado de Alagoas
Sindicato Nacional dos Servidores das Agências Nacionais de Regulação – SINAGENCIAS
Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública – ASFOC-SN
Sindicato dos Servidores Públicos do Poder Legislativo Federal e TCU – SINDILEGIS
Sindicato dos Servidores Federais no Estado do Rio de Janeiro – SISEJUFE
Sindicato dos Servidores Públicos Federais em Saúde, Trabalho, Previdência Social e Ação Social do Estado do Paraná – SINDPREVS/PR
Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Natal – SINSENAT/RN
Sindicato dos Técnicos em Laboratório de Alagoas.
Sindicato dos Trabalhadores da Educação de Alagoas – SINTEAL
Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Públicas Estaduais – RJ – Sintuperj
Sindicato dos Trabalhadores da USP – SINTUSP
Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Paraná – APP-Sindicato
Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia – Rede Pública – SINDSAÚDE-BA
Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade Social de Pernambuco – SINDSAÚDE-PE
Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde e Previdência de Goiás e Tocantins – SINTFESP-GO/TO
Sindicato dos Trabalhadores do IBGE / Núcleo Paraná – ASSIBGE-SN Núcleo Paraná.
Sindicato dos Trabalhadores da Saúde Pública do Estado do Paraná – SINDSAUDE/PR

Sindicato dos Trabalhadores da Seguridade Social, Saúde, Previdência, Assistência Social e Trabalho – SINDPREV/AL.

Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal no Estado do Rio de Janeiro – SINTRASEF/NJ.

Sindicato dos Trabalhadores da UFAL – SINTUFAL

Sindicato dos Trabalhadores da UFF – SINTUFF

Sindicato dos Trabalhadores da UFPR, UTFPR, FUNPAR/HC e IF-PR – Sinditest/PR.

Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social no Estado do Rio de Janeiro – SINDSPREV – RJ

Sindicato dos Trabalhadores na Administração Pública e Autarquias no Município de São Paulo – SINDSEP/SP

Sindicato do Nível Médio da Saúde do Estado de Alagoas.

Sindicato dos Servidores Municipais de Tramandaí – SSPMT/RS

Sindicato dos Servidores Municipais de Agudos do Sul – SINDAG SUL/PR

Sindicato dos Servidores do Poder Judiciário do Estado do RJ – Sind Justiça

Sindicato dos Servidores Públicos da Administração Indireta do Rio Grande do Norte – SINAI/RN

Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Almirante Tamandaré – SINPROSMAT/PR

Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Curitiba – SISMUC/PR

Sindicato dos Servidores Públicos Municipais da Lapa – PR – SISMUL

Sindicato dos Servidores da Saúde/AL – SindSaúde/AL

Sindicato dos Trabalhadores no Combate as Endemias e Saúde Preventiva no Estado do Rio de Janeiro – SINTSAUDE/RJ

Sindicato Estadual dos Profissionais da Educação do Rio de Janeiro – SEPE-RJ – Núcleo Niterói

Sindicato Estadual dos Trabalhadores em Ensino Superior do Rio Grande do Norte – SINTEST-RN

Sindicato Único dos Trabalhadores de Saúde do Estado de Minas Gerais – SIDSAÚDE/MG

Sociedade Bem Viver 3ª Idade/RJ

Sociedade das Jovens Negras Feministas de Pernambuco

Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior – ANDES-SN

Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior – ANDES-SN –
Regional Rio de Janeiro
SOS Corpo – Recife/PE
Sub Comissão de Saúde do CRESS-RJ
União Brasileira de Mulheres – Seção Paraná – UBM/PR
União Brasileira de Mulheres – Seção Paraná – UBM Nacional
União da Juventude Comunista – UJC
União de Negros pela Igualdade – UNEGRO/RJ
União Maceionse de Estudantes Secundaristas – UMES/AL
União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS
Unidade Classista – São Paulo/SP
Universidade Aberta da Terceira idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UnATI/UERJ

Fonte:

<<http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/03/pela-inconstitucionalidade-das.html#more>>