

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIANA TESCH KOETZ

**O DIREITO À SAÚDE NA SOCIEDADE CAPITALISTA: PRIVATIZAÇÃO VERSUS
PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Koetz, Mariana Tesch

O Direito à Saúde na Sociedade capitalista:
Privatização versus Participação Social / Mariana
Tesch Koetz. -- 2016.
56 f.

Orientador: Mailiz Garibotti Lusa.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2016.

1. privatização da saúde. 2. capitalismo. 3.
participação social. 4. Sistema Único de Saúde. 5.
Direito à informação. I. Lusa, Mailiz Garibotti ,
orient. II. Título.

MARIANA TESCH KOETZ

O DIREITO À SAÚDE NA SOCIEDADE CAPITALISTA: PRIVATIZAÇÃO VERSUS PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mailiz Garibotti Lusa

Porto Alegre

2016

O DIREITO À SAÚDE NA SOCIEDADE CAPITALISTA: PRIVATIZAÇÃO VERSUS PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Aprovado em ____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Mailiz Garibotti Lusa
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Thaísa Teixeira Closs
Arguidora

AGRADECIMENTOS

Começando do início, agradeço às Peregrinas Carol, Márcia, Bárbara, Fernanda, Carina e Luiza, que marcaram lindamente o início da minha graduação, o meio e o fim também. Vocês ocupam um lugar enorme no meu coração.

À minha mãe Mirian, não sei se é possível listar por tudo que sou grata, mas nesse momento, listo o apoio, suporte, amor e dedicação! Ao Gabo e à Maxine, por me aguentarem todos os dias e me fazer rir. E ao meu pai Regis, pelo apoio e amor! Ainda, agradeço com todo meu carinho à Miria, tia Karin, Vó Ilka, Vô Erineu, Vó Marlene, primas Hanna e Luisa e todos os tios e tias, por toda a troca e carinho ao longo da vida e porque vocês me permitiram ser quem eu sou e fazer as escolhas que fiz. Amo vocês.

À Luisa, pessoa que mais dividiu a vida e momentos comigo que se tornou mais do que minha prima, mas minha irmã, amiga e camarada. E à Dani e à amizade que cultivamos, obrigada por ser essa pessoa companheira.

Agradeço à Thaianne, Juliane, Bruna, Fernanda e Bárbara (novamente) por todas as trocas de carinho, aprendizado, suporte, zoeira e, principalmente, camaradagem. Eu não seria quem sou sem vocês na minha vida, vocês deram sentido ao caminho que escolhemos seguir e eu amo vocês.

Faço destaque à Thaianne e à Bruna, além da Adriana e Maneco, por terem dedicado um tempo de vocês para me ajudar a construir esse trabalho, seja revisando a formatação, dando dicas de conteúdo, ou aprofundando o debate comigo. Com certeza, todos contribuíram para eu me sentir um pouco menos insegura e, durante esse processo, isso é muito.

A todos meus camaradas, que me fazem lembrar que não sou somente um indivíduo, mas, muito mais, um ser coletivo. Fico feliz de compor com vocês algo muito maior do que eu mesma, e agradeço pois, como diz Neruda, “me fizeste indestrutível porque contigo não termino em mim mesmo”. Todo meu amor, amizade e força para mudar esse mundo, dedico a vocês.

Agradeço ao Will por ser essa pessoa maravilhosa e companheira e por todo apoio durante esse processo. Não tenho palavras pra ti, espero que eu consiga retribuir toda a confiança e tranquilidade que tu me passa. Te amo.

A todas as amizades cultivadas no curso de serviço social, principalmente o GT Zueira, meu carinho por vocês é enorme. Vocês alegram a vida de um jeito incrível, continuem sendo essas pessoas maravilhosas.

Agradeço também à Emylin, por ter entrado na minha vida tão de repente e de forma tão profunda. Fico muito feliz de te ter ao meu lado e de poder confiar em ti em todos os momentos. É muito bom dividir tantos momentos importantes contigo. Espero que a gente continue juntas assim, te amo amiga!

Por fim, agradeço à Margarete, assistente social do Centro de Saúde Modelo, por ter sido uma supervisora de estágio tão paciente e respeitosa. Obrigada pela confiança e por tudo que me ensinaste! E à Mailiz, que acompanhou meu estágio e acalmou muitos anseios enquanto supervisora acadêmica. Mas, principalmente, pela confiança em mim durante todo esse processo.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso trata sobre a privatização da saúde nos marcos da sociedade capitalista, as consequências para o direito à saúde e o contraponto da participação social. O tema surgiu a partir das contradições vivenciadas nos estágios obrigatórios em Serviço Social, desenvolvidos no Centro de Saúde Modelo, em Porto Alegre. Tem como finalidade central analisar o processo de privatização da saúde na sociedade capitalista e suas consequências para o direito à saúde, bem como pontuar reflexões quanto às possíveis estratégias de contraponto a esse processo. Para as aproximações sucessivas e apreensão da realidade, utiliza-se da perspectiva crítica a partir do método histórico dialético, o qual permite compreender, de forma aprofundada, a sociedade capitalista e suas múltiplas determinações, bem como os aspectos dialéticos e contraditórios da realidade social. Trata-se de uma pesquisa documental, de caráter exploratório e de natureza qualitativa. Desenvolve-se o debate sobre a sociedade capitalista, suas características principais, as crises cíclicas e periódicas e o papel do Estado. Em seguida, trata-se da saúde enquanto um processo de construção que sofre disputas quanto ao seu caráter de direito ou de mercadoria. Assim, busca-se refletir sobre o efeito da privatização nos princípios da política de saúde e discutir sobre as possíveis estratégias de combate à privatização e defesa da saúde pública. Como resultado preliminar, sinaliza-se que a privatização da saúde serve para alcançar os interesses do capital e prejudica os princípios do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, entende-se que a participação social é um dispositivo importante e essencial para a reivindicação e defesa da saúde pública.

Palavras-chave: Capitalismo; privatização da saúde; direito à informação; participação social; Sistema Único de Saúde.

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
BM – Banco Mundial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CNRS – Comissão Nacional para a Reforma Sanitária
CSM – Centro de Saúde Modelo
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF – Estratégia da Saúde da Família
FASUBRA – Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas no Brasil
FEDP – Fundação Estatal de Direito Privado
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FMI – Fundo Monetário Internacional
IMESF – Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OS – Organização Social
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PEC – Proposta de Emenda à Constituição
PET – Programa de Educação Tutorial
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PRN – Partido da Reconstrução Nacional
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PT - Partido dos Trabalhadores
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 O CAPITALISMO E A SAÚDE	13
2.1 O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA.....	14
2.2 CRISES E FORMAS DE SUPERACÃO	17
2.3 ESTADO E SAÚDE NA SOCIEDADE CAPITALISTA	19
3 SAÚDE: UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO COMO DIREITO OU COMO MERCADORIA?.....	23
3.1 SAÚDE COMO DIREITO: PROCESSO HISTÓRICO DE CONQUISTA	23
3.2 SAÚDE COMO MERCADORIA: PROCESSO DE PRIVATIZAÇÃO E RETIRADA DE DIREITOS.....	26
3.2.1 PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	26
3.2.2 NOVOS MODELOS DE GESTÃO DA SAÚDE: OSs, OSCIPs e FEDP	33
4 DAS AMEAÇAS ÀS POSSIBILIDADES: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL	40
4.1 ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL: ESPAÇO DE RECONHECIMENTO DE UMA PRIVATIZAÇÃO INVISÍVEL.....	40
4.2 O SERVIÇO SOCIAL NA DEFESA DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES	45
4.3 O CONTRAPONTO À PRIVATIZAÇÃO: “SÓ A LUTA MUDA A VIDA”	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

A indagação quanto à privatização da saúde e a necessidade de debater o tema são instigadas pelas experiências da autora no período de graduação no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Foi no estágio curricular obrigatório, realizado no Centro de Saúde Modelo (CSM) entre 2014/2 e 2015/2, que se presenciou, pela primeira vez, a inserção do privado em um serviço público. Nesse percurso, muitas questões e angústias surgiram e a percepção de que se tratava da privatização da saúde demorou para surgir e se consolidar como uma questão afeita ao espaço público. Assim, as contradições de um espaço pressupostamente público provocaram a debater e compreender, de uma forma mais contundente, o processo de privatização da saúde.

Anteriormente a isso, nos anos de 2013 a 2014, a participação no Programa de Educação Tutorial (PET) - realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) Glória/Cruzeiro/Cristal - foi muito importante para o início da experiência acadêmico-profissional, enquanto bolsista, e para a aproximação da realidade da saúde pública e o trabalho com os usuários. O processo mais marcante desse momento foi a participação e organização, a partir do grupo de estudantes bolsistas, do grupo de políticas públicas do CAPS AD em conjunto aos usuários do serviço, em que se estudou e se debateu o tema em geral e as legislações relacionadas. Esta movimentação serviu, posteriormente, para reivindicar o direito de verba que não havia sido repassada para o serviço.

Destaca-se, ainda, a importância da participação no Centro Acadêmico de Serviço Social e da vivência no movimento estudantil durante a graduação para a formação ainda mais crítica. Foram nesses processos que se avançou na capacidade de compreensão da relação entre a estrutura da sociedade capitalista e os fenômenos dialéticos e contraditórios com os quais se depara no âmbito geral da vida e no cotidiano do trabalho profissional.

Apona-se que, primeiramente, se pretendia debater, como tema central, os limites e perspectivas dos espaços de participação e controle social da política saúde. Com o desenvolvimento do Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, estando a autora inserida no contexto de retrocessos de direitos que se aprofundou no ano de 2016 - e que será debatido ao longo do presente trabalho - decide-se trocar o tema para algo que se aproximasse mais da conjuntura atual. O processo de discussão e reflexão crítica culmina na possibilidade de articulação dos dois temas - privatização e participação social, como se verá ao longo dos capítulos.

Assim, a relevância da discussão construída no presente trabalho justifica-se pela atualidade do tema diante da realidade de aprofundamento da política neoliberal de desmonte do Estado no âmbito das políticas e direitos sociais. Nesse sentido, faz-se necessário instrumentalizar-se, no que tange ao entendimento dos processos de privatização, uma vez em que tal processo compromete ainda mais o futuro da saúde pública e do próprio Projeto Ético Político do Serviço Social. Essa compreensão possibilita a urgente e necessária busca por estratégias que sigam na contramão deste retrocesso e que defendam os princípios da profissão e do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir dessa análise, traça-se o objetivo principal do trabalho, sendo este analisar o processo de privatização da saúde na sociedade capitalista e suas consequências para o direito à saúde. Os objetivos específicos tratam de compreender a estrutura capitalista e a conjuntura atual da sociedade; entender as funções e as consequências da privatização da saúde no capitalismo; refletir sobre os processos de participação e os movimentos sociais no contexto de ataque à saúde pública e, por fim, discutir o papel do Serviço Social nos processos de participação e mobilização.

Esse trabalho foi construído na perspectiva do materialismo histórico dialético, utilizando-se de uma leitura crítica, a partir da qual buscou-se superar o aparente e aprofundar a análise de elementos que já despertavam questões e angústias, o que se fez através de aproximações sucessivas da realidade. A pesquisa realizada foi bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa. Utilizou-se como categorias de análise: sociedade capitalista e crise, serviço social, saúde pública, privatização da saúde, participação e controle social, direitos sociais, Estado e movimentos sociais.

O percurso de raciocínio através do qual foi construído este trabalho foi organizado em três capítulos, em que o primeiro “O Capitalismo e a Saúde” busca possibilitar a compreensão das questões centrais que constituem a sociedade capitalista. São essas: a constituição de sua estrutura econômica e superestrutura, as crises cíclicas e periódicas intrínsecas ao capital e o papel do Estado nesses processos, formando um embasamento para possibilitar a análise e o debate dos motivos das transformações no âmbito da saúde ao longo do tempo.

O segundo capítulo, “Saúde: um processo de construção como direito ou como mercadoria? ”, trata sobre a trajetória histórica da saúde e de suas mudanças, conforme a conjuntura da luta de classes. É neste momento que se compreende o contexto de implementação da privatização na saúde, sendo possível percebê-la em um processo cronológico de causalidade histórica. Ademais, traça-se aqui o foco do estudo no âmbito da

privatização: o processo de gestão privada dos serviços públicos, ou seja, o repasse da responsabilidade de execução da política de saúde do Estado para o setor privado. Assim, busca-se analisar de forma mais minuciosa os três principais novos modelos de gestão do SUS: Organizações Sociais (OSs), Organização da Sociedade Civil de Direito Público (OSCIP) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e quais alterações causam no processo de trabalho no setor de saúde.

Finalmente, no terceiro e último capítulo “Das ameaças às possibilidades: reflexões a partir da experiência de estágio em serviço social”, é problematizada a efetivação de alguns princípios do SUS a partir da implementação, mais contundente, dos processos de privatização da saúde, bem como as ameaças que sofre o próprio Projeto Ético Político do Serviço Social neste contexto. A partir daí, realiza-se uma reflexão em torno dos limites e das possibilidades de atuação do/a assistente social neste cenário. Por fim, pretende-se apontar uma saída coerente em meio ao processo de retirada de direitos vigente, em que ocorre a privatização da saúde.

2 O CAPITALISMO E A SAÚDE

A saúde é um dentre os direitos sociais, previstos no art. 6 da Constituição Federal (1988) e assegurados a todos brasileiros e estrangeiros residentes no país, sendo a sua garantia prevista enquanto responsabilidade de competência comum entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, conforme art. 23, II, também da Constituição Federal (1988).

Constitucionalmente, aliás, a saúde é prevista no Título da Ordem Social e no capítulo da Seguridade, o que a configura como direito de seguridade social, de acordo com o art. 194 (CF/1988). Sua previsão constitucional específica se dá na II Seção, arts. 196 a 200, em seus incisos e parágrafos, dentre os quais se destaca o art. 196, caput, o qual assegura que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Essa garantia constitucional sobre a saúde no Brasil é bastante recente e certamente encontra-se nos marcos da sociedade capitalista burguesa ocidental, configurando-se como resultado de um processo de lutas e resistências, mas também de pacificação dos interesses do capital. Vale lembrar que a saúde é definida na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e aponta-se, de forma abrangente:

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (CNS, 1986, p. 04).

Nesse sentido, para compreendê-la nos marcos da sociedade capitalista e já com um contraponto advindo da luta por outra ordem societária, é preciso antes compreender o próprio capitalismo em si, enquanto modo de produção que se apropria de tudo o que for passível de se tornar mercadoria, incluindo a própria saúde. Eis a finalidade dessa seção do trabalho: compreender a estrutura capitalista e suas inflexões na saúde pública. Para isso, entende-se a importância de discutir o modo de produção capitalista em si, suas crises cíclicas reconhecidas como intrínsecas a esse modo de produção, o papel do Estado nos momentos de tais crises e a saúde como produto deste contexto, acabando por ser considerada – na perspectiva capitalista – como mais uma estratégia que pode ser mobilizada para o

aquecimento da economia e aumento do mercado consumidor. É nesse sentido que estão organizadas as quatro subseções que seguem.

2.1 O MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

A necessária compreensão sobre a sociedade capitalista brasileira leva a considerar alguns dos componentes da engrenagem capitalista de forma geral, tarefa que será feita através de um viés crítico, perpassado pelo estudo dessa sociedade através da perspectiva da classe trabalhadora. Fala-se da perspectiva do materialismo histórico dialético, assumida nesse trabalho por possibilitar a compreensão da totalidade da temática abordada nesse TCC.

Antes de avançar, é importante também demarcar o entendimento de que o direito à saúde e ‘a saúde como um todo’ resulta das ‘lutas da classe trabalhadora’, que em si própria é uma ‘expressão da questão social’. Fica posta a relação dialética entre ausência de saúde enquanto direito, lutas, conquista da saúde como direito, violação do direito à saúde e novamente lutas pela saúde. Enfim, um verdadeiro jogo dialético de tensionamentos, que emerge do fato que a superestrutura dessa sociedade, é, de maneira genérica, determinada pela estrutura econômica da mesma. Esse processo dialético de produções de significados e, acima de tudo, de determinações de lugares e funções para as instituições, coisas e pessoas nessa sociedade é explicada no trecho:

[...] na produção social da própria vida, os homens contraem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção estas que correspondem a uma etapa determinada de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo em geral de vida social, política, e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência (MARX, 1982, p. 25).

A partir dessa consideração do filósofo Marx, busca-se aqui compreender a base econômica da sociedade capitalista e sua relação com a superestrutura, partindo do pressuposto que o modo de produção capitalista não existe desde sempre. Se analisado historicamente, constitui um processo ocorrido recentemente. O ser humano, por mais de 30 mil anos, viveu em comunidade primitiva, ou seja, em sociedade sem exploração do homem pelo homem, nem dividida em classes. Com um processo formado por diferentes determinantes – que não se pretende aprofundar aqui dado o objetivo deste trabalho, sendo um

dentre os mais importantes o excedente da produção, abre-se possibilidade para o surgimento de classes sociais de interesses antagônicos, em que uma explora o trabalho da outra. Assim, inicia-se o escravismo clássico e, posteriormente, impôs-se o feudalismo, antecedido por um processo de transição. O modo de produção capitalista é, então, “gestado no ventre do feudalismo e no interior do qual a produção generalizada de mercadorias ocupa o centro da vida econômica” (NETTO; BRAZ, 2007, p. 75).

Ao tratar especificamente do capitalismo, convém ressaltar que uma característica importante desse modo de produção é a generalização da mercadoria. Ela já existe em modos de produção anteriores, porém, no modo capitalista, tudo se transforma em mercadoria, inclusive a mais importante: a mercadoria força de trabalho¹. A mercadoria constitui-se com dois fatores: valor de uso e valor de troca. Assim, os produtos do trabalho só serão mercadoria e, portanto, úteis ao capital, se, além de valor de uso, também possuem valor de troca.

O valor de uso é a qualidade da mercadoria; sua utilidade. A utilidade da mercadoria é “determinada pelas propriedades materialmente inerentes à mercadoria” (MARX, 2014, p. 58) e só existe através dessas propriedades. Ou seja, a mercadoria satisfaz uma necessidade: seja ela “do estômago ou da fantasia” (Idem, Ibidem, p. 57), objeto de consumo ou meio de produção. Porém, não basta ser útil apenas para alguns, ou ter valor apenas sentimental. O valor de uso contido nas mercadorias deve ter utilidade social, ou seja, suprir necessidades capazes de serem identificadas na realidade em geral do conjunto da sociedade. Na sociedade capitalista, “os valores de uso são, ao mesmo tempo, os veículos materiais do valor de troca” (Idem, Ibidem, p. 58). Assim, para o capitalista, não interessa quem será o comprador, ou qual a necessidade será suprida com sua troca. Basta que o valor de uso possa cumprir seu papel: transportar o valor de troca.

Já o valor de troca expressa, na verdade, o que é dito de forma geral como ‘valor’, e se mede pela quantidade de trabalho socialmente necessária para produzi-la. Na mercadoria está materializado, cristalizado, o trabalho humano abstrato, ou seja, a capacidade humana – que pode ser medida em dispêndio de energia, de força, etc – de produzir algo, com o fim último de obter mais-valia.

Mas, o que é mais valia? Para compreendê-la, deve-se lembrar algo bastante básico e evidente: o objetivo do capital é sempre lucrar. Para isso, o capitalista compra mercadorias específicas, sendo elas os meios de produção: máquinas, matéria prima (capital constante) e

¹ Sobre força de trabalho, será abordado em um breve debate logo adiante no presente capítulo.

força de trabalho (capital variável). O capitalista paga ao trabalhador “mediante o salário, o valor da força de trabalho [...]. Entretanto, durante a jornada, a força de trabalho produz mais valor que o valor requerido para tal reprodução; é desse valor excedente (a mais-valia) que o capitalista se apropria sem nenhuma despesa ou custo” (NETTO; BRAZ, 2007, p. 106).

Isso posto, nascem outras indagações: o que determina o salário? Qual o valor da força de trabalho? A determinação desse valor dá-se da mesma forma que todas as mercadorias: seu valor é a quantidade de trabalho socialmente necessária para ser produzida, ou em outras palavras: “o valor da força de trabalho é determinada pelo tempo de trabalho socialmente necessário para produzir os bens que permitem sua manutenção (ou reprodução)” (Idem, Ibidem, p. 99 - 100). Assim, o salário – a quantia de valor recebida pelo trabalhador – equivale somente ao “valor de troca da sua força de trabalho” (Idem, Ibidem, p. 100), ao valor necessário para produzir esta mercadoria, o necessário para que o trabalhador se alimente, tenha onde morar, como se transportar. Ou seja, para que a mercadoria força de trabalho esteja apta a voltar a trabalhar no dia seguinte. O valor gerado pelo trabalhador quando usado pelo capitalista é apropriado por este.

Entretanto, nem todo trabalho produz mais-valia. O que determina a existência de mais-valia é a relação social em que se insere o trabalho. Dessa forma, não basta um trabalhador vender sua força de trabalho para gerar mais-valia, é necessário que seu trabalho seja apropriado privadamente por um capitalista. Assim, por exemplo, trabalhadores do Estado e autônomos, ainda que componham a classe trabalhadora – pois não possuem meios de produção e vivem apenas da venda de sua força de trabalho – não produzem mais-valia, não geram lucro para um capitalista. Por isso, classificam-se como trabalhadores improdutivos. Aponta-se que os trabalhadores improdutivos são parte importante e necessária para o funcionamento e manutenção do trabalho produtivo (SILVELLO, 2015).

Nesse sentido,

[...] para Marx, fica evidente que o caráter produtivo de um trabalho ou serviço não se define por sua natureza, mas pela relação que estabelece com o capital, ou seja, produzindo ou não mais-valia. Assim, o mesmo trabalho ou serviço pode ou não ser produtivo. A mesma ação, uma aula por exemplo, pode ser improdutiva pela manhã, quando o professor dá aulas numa escola pública, e produtiva à noite, quando o mesmo professor dá aula para uma empresa de ensino. (IASI, 2011, p. 117)

Dentre todos os elementos constitutivos do capital, a força de trabalho – capital variável – é o único que cria mais-valia, enquanto que o capital constante – máquinas e instrumentos de trabalho – apenas carrega trabalho morto, sendo transferido para o produto do trabalho.

No curso do desenvolvimento capitalista, devido ao processo de concorrência entre os capitalistas, predomina a substituição dos trabalhadores (demissão) pelo capital constante. Máquinas mais desenvolvidas potencializam a ação do trabalhador, possibilitando o aumento da produtividade, combinada, geralmente, com o aumento da intensidade do trabalho. Sendo o trabalho a única fonte de ‘valorização’ do ‘valor’, em reduzindo a força de trabalho, se reduz a quantidade de trabalho vivo contido em cada mercadoria, reduzindo-se mais-valia do processo produtivo como um todo.

Assim, o crescimento paulatino do capital constante em relação ao capital variável, tem necessariamente como resultado uma queda gradual na taxa de lucro geral. “A taxa de lucro tende a cair, porque o elemento vivo criador da mais-valia é substituído paulatinamente no curso da reprodução do capital social por capital constante que não valoriza o valor” (ANTUNES; BERNOIT, 2013, p. 116). A crise, dessa forma, é expressão da contradição dialética aqui posta entre ‘a necessidade de produzir mais mercadorias e ampliar os mercados’, com ‘a queda no valor unitário das mercadorias’. Busca-se, no item a seguir, compreendê-las em sua complexidade e discutir sobre as formas que o capital as supera, ou tenta superar.

2.2 CRISES E FORMAS DE SUPERAÇÃO

Aponta-se, desde já, que “para Marx, o conceito de crise é inseparável do próprio conceito de capital e o estudo de um implica necessariamente no estudo do outro” (ANTUNES; BENOIT, 2013, p. 16). Percebe-se essa relação, inclusive, na própria discussão entre as duas subseções presentes, a anterior e esta, em que o fim de uma já é o início de outra. Ou seja, o próprio funcionamento do modo de produção capitalista carrega em si a crise do sistema, sendo ela inerente ao próprio capital, o que leva a afirmar também que não há uma única causa. A história do capitalismo constitui-se em momentos alternados de prosperidade e depressão, podendo-se concluir que a crise tem caráter ineliminável – sob o sistema capitalista, cíclico e periódico (BRAZ; NETTO, 2007). A crise expressa, simples e complexificadamente, a existência de classes, constituídas por interesses antagônicos e inconciliáveis no interior do modo de produção capitalista.

Com esses apontamentos, seguimos na busca de compreender o funcionamento das crises capitalistas, sem a ilusão de que há uma causa específica ou uma forma de eliminá-las no sistema capitalista. É importante considerar, inclusive, que os capitalistas individuais

buscam formas de combater a queda da taxa de lucro (uma das principais expressões da crise), dentre as quais são: “aprofundar a taxa de mais-valia mediante maior exploração do trabalhador, forçando uma queda dos salários abaixo do valor da força de trabalho e próximo do salário mínimo de subsistência” (ANTUNES; BERNOIT, 2013, p. 116). Além disso, buscam sempre revolucionar os meios de produção, migrando para regiões em que há mais condições de exploração da força de trabalho, como por exemplo, em contextos com menores garantias de direitos nas leis trabalhistas, ou onde há maior exército de reserva, ou onde há maiores incentivos fiscais, ou onde se encontram os maiores mercados consumidores, entre outras situações.

Quando se torna impossível de evitar a queda na taxa de lucro médio, os capitalistas individuais irão diminuir a produção, o que reflete em todos os aspectos da sociedade, provocando uma retração da produção. Essa paralisação da produção acarreta a ampliação do exército industrial de reserva², cuja existência cumpre o papel, também, de manter aqueles que continuam com empregos aceitando condições e salários precários e miseráveis.

As crises capitalistas emanam assim, não de uma ou outra contradição em particular, da superprodução relativa ou absoluta, das desproporções, do subconsumo, da queda na taxa de lucro etc., mas, sim, da totalidade contraditória e explosiva do capital. [...] Assim, a verdadeira barreira [Schranke] da produção capitalista, diz Marx, é o próprio capital, porque o capital e sua autovalorização aparecem como ponto de partida e ponto de chegada e como motivo e finalidade da produção (Idem, *Ibidem*, p. 121).

O resultado geral desse processo é constituído por um crescimento da concorrência, pelo aumento do exército industrial de reserva, como já sinalizado, e, por consequência, pela redução do nível dos salários já baixos. Tais aspectos tendem a desenvolver novas condições para produção e ‘valorização’ do ‘valor’, porém, tendo a nova taxa de lucro maior do que a taxa do ciclo anterior. Nesse processo de recuperação da antiga taxa de lucro, “o capital sobrevivente será novamente estimulado a revolucionar os meios de produção e a substituir a antiga maquinaria por outras eficientes” (Idem, *Ibidem*, p. 123) e, pela concorrência, os outros capitalistas serão forçados a fazer o mesmo. A lógica do sistema aqui é que os capitalistas com maior poder de investimento devem expandir seus capitais individuais, refletindo, dessa forma, a destruição dos capitalistas menores e a centralização do capital cada vez em menos mãos.

² Para aprofundar a leitura sobre exército industrial de reserva, acessar MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política: livro I**. Karl Marx; tradução de Reginaldo Sant’Anna. 22. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 2 v.

Essa busca pela recuperação e superação da taxa de lucro anterior instiga os capitalistas a buscarem novos mercados, ou melhor, novas formas de extrair mais-valia. Afinal, como já expressei, a produção no capitalismo corresponde à necessidade de gerar mais valor e não à satisfação das necessidades sociais.

Eis que aqui se chega a um dos pontos que mais interessam nessa discussão: a compreensão de que, no estudo do capitalismo e da crise a ele inerente, encontra-se explicação para o desenvolvimento de processos como a privatização. Essa afirmação resulta do reconhecimento de que, entre as formas que o capital descobriu para expandir seu mercado em busca do lucro e, dessa maneira, superar a crise, uma delas é a privatização. Esta será elemento específico de análise no subitem 3.2 do segundo capítulo, entretanto, desde já se aponta que, para operacionalizar a privatização e outras ações que compõem a estratégia de superação da crise, é imprescindível a existência de um instrumento que organize e legitime esse processo. Portanto, no processo de superação da crise, o Estado é uma ferramenta importante utilizada pela burguesia para os momentos críticos em que a produção entra em colapso. Quando a estratégia de privatização é operacionalizada pelo Estado, tem por efeito tanto colocar em prática o repasse do dinheiro público para o privado, quanto a própria precarização anterior do serviço público como forma de materializar a justificativa de haver a necessidade de privatizar. Desse modo, faz-se necessário aprofundar o entendimento sobre a análise materialista-histórico-dialética do Estado.

2.3 ESTADO E SAÚDE NA SOCIEDADE CAPITALISTA

Para compreender o significado e o papel do Estado na sociedade de classes, faz-se necessário apontar a forma de surgimento deste aparato. Como já abordado, as classes não existem desde o início da humanidade, bem como o processo de surgimento destas deu-se em um longo processo.

Assim, na constituição de uma sociedade de classes sociais com interesses antagônicos em que uma domina a outra, a classe dominante passa a necessitar de um aparato que a mantenha no poder. Ou seja, algo que contenha a revolta da classe dominada, tanto física, quanto ideologicamente, assim como também estabeleça regras e garanta que elas sejam obedecidas. Em outras palavras, “uma superestrutura jurídica e política, e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência” (MARX, 1982, p. 25). O termo

superestrutura aponta que é algo estruturado acima ou a partir da estrutura básica - ou econômica - da sociedade. Este aparato é o Estado e, na sociedade capitalista, serve como gestor dos interesses da classe burguesa (MARX; ENGELS, 2010). Dessa forma,

Como o Estado nasceu da necessidade de conter de antagonismos das classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu em meio ao conflito delas, é por regra geral, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida. (ENGELS, 1997, p. 193).

Ou seja, o Estado não está acima da sociedade, pelo contrário, é produto da própria sociedade e da forma como esta se desenvolveu, expressando, assim, o antagonismo das classes sociais. Dessa forma, as leis que regulam a sociedade capitalista são, também, expressão da conjuntura da luta de classes, podendo definir um Estado de cunho mais democrático ou mais ditatorial, em que se encontram mais avanços ou menos no âmbito dos direitos sociais. Essas mediações ocorrem, pois o Estado é “chamado a amortecer o choque [entre as classes] e a mantê-lo dentro dos limites da ‘ordem’” (Idem, Ibidem, p.191).

Nesse sentido, o caráter do Estado é ocultado a partir de elementos da própria realidade – como as políticas sociais reguladas nos marcos do Estado – bem como, pelos aparatos ideológicos da burguesia que constroem a impressão de que o Estado serve aos interesses comuns da sociedade. Apresenta, dessa forma, uma aparente “universalidade, mas a sua realidade efetiva é particular, na medida em que ele garante a organização das condições gerais de um sistema social (ou organização da produção) no qual e pelo qual a burguesia existe como classe dominante” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 37).

A forma como o Estado age diante de uma crise, por exemplo, é o momento em que se explicita a quem serve este aparato. A atuação da burguesia, a partir do Estado, para superar as crises vem sendo desenvolvida e avança a cada momento, ocorrendo de diferentes formas. Nisso, também estão as ações realizadas na tentativa de adiar e atenuar os efeitos da crise, chamadas de medidas anticíclicas.

Assim como as formas e direções que o Estado capitalista vai tomar, conforme a conjuntura da luta de classes, os direitos sociais similarmente transformam-se também nesse sentido. Percebe-se que a capacidade de luta e organização da classe trabalhadora, da mesma forma, acompanha os ciclos do capital, chegando a momentos de maior avanço das lutas sociais em que, junto a outros determinantes, tem-se conquistas importantes para a classe. Já noutros momentos dessa luta de classes, ‘os tentáculos’ do capital se alargam, agindo de forma a retirar conquistas da classe trabalhadora e retrocedendo em seus direitos.

Nesse sentido, a forma de gerir o Estado ganha diferentes faces – da mesma moeda – e teorias que as justificam: Welfare State – Estado de Bem-Estar Social, liberalismo clássico ou o neoliberalismo, em que se explicita mais a quem serve o aparato do Estado capitalista e qual seu papel. Essas diferentes formas de gestar seus interesses foram desenvolvidas pela burguesia a partir da necessidade de superação de crises. No capitalismo, mesmo nas diferentes formas de gerenciamento da sociedade pelo Estado, as conquistas da classe trabalhadora limitar-se-ão, factual e contraditoriamente, aos interesses da classe burguesa, o que não retira a importância da luta de classes e do alargamento das conquistas dos trabalhadores, como forma de tensionamento do próprio sistema.

Dentre os possíveis alargamentos de conquistas da classe trabalhadora, está o direito ao atendimento à saúde, que carrega visivelmente as marcas da contradição, pois que, tanto é uma conquista para os trabalhadores, quanto expressa uma estratégia que resulta em benefício para o capital: a saúde para os seus trabalhadores e para o exército industrial de reserva.

Ao se observar o processo da saúde e do direito à saúde no Brasil numa perspectiva histórica, percebe-se que passam por diversas transformações. Pode-se dizer que o marco de maior avanço foi a conquista, na Constituição Federal de 1988 em que, mesmo não sendo 100% pública, foi quando mais se aproximou desse caráter.

Anteriormente ao marco da Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil não se dá na perspectiva do direito e, sim, no sentido da filantropia e das condições necessárias para, somente, a manutenção da força de trabalho. Na verdade, entende-se que, desde que existe atendimento em saúde, há a presença marcante da iniciativa privada a explorar a oferta de serviços. Assim, até a década de 1930, “[...] a assistência à saúde da população em geral era realizada pelas instituições hospitalares vinculadas a entidades religiosas” (DIAS, 2012, p. 1026). Posteriormente, o Estado assume a organização desse atendimento à saúde e varia, minimamente, o modo como se enxerga e constrói a saúde. Ou seja, esta passa por um momento de contribuir para legitimação do governo, além de se constituir como um setor possivelmente rentável.

Divide-se, dessa forma, entre o setor público e o privado, em que o primeiro segue o modelo campanhista e o segundo, tem o cunho curativista. Em 1963, ocorre a 3ª Conferência Nacional de Saúde³, na qual se debate “[...] o papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde” (Idem, *Ibidem*, p. 1033), apesar de que isso só se efetiva muitos anos

³ Anteriormente a isso, a partir de 1937, instituem-se, legalmente, as Conferências Nacionais de Saúde, através do artigo 90 da Lei nº 378, de 13 de janeiro. A primeira Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1941, cujo tema foi “Situação Sanitária e Assistencial dos Estados”. Posteriormente, estabeleceu-se a periodicidade de quatro anos para a ocorrência das conferências, que se realizaram com diferentes temas (CNS, 2011).

depois. Durante a ditadura militar (1964 - 1985), regime pautado pela repressão e controle, não houve mudanças significativas no âmbito de políticas sociais, incluindo a saúde. Assim, os avanços que ocorreram foram no sentido de manutenção da ditadura, de forma a legitimá-la. Note-se, por exemplo, que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1974, embora se propusesse chegar de forma mais descentralizada em cada município brasileiro, pelo contrário, acabou dificultando a descentralização das políticas sociais. Ou seja, impede a condução por unidade de federação, fato que incrementa o fator privatizante na saúde.

Esta lógica rentável encontra maiores dificuldades com o surgimento de um dos maiores movimentos de luta crítica pelos direitos sociais que é o movimento sanitarista, o qual produz eco na Constituição Federal de 1988, como já dito, e permanece resistindo às afrontas a este direito que se manifestaram imediatamente após 1988 e nunca mais cessaram.

Conclui-se, no fim deste primeiro capítulo, que a saúde no capitalismo é carregada de contradições inerentes a esta sociedade, em que é tanto necessidade e pauta de luta dos trabalhadores, porém, também é utilizada pela burguesia para cumprir seu objetivo final que é lucrar.

A discussão mais detalhada sobre a trajetória histórica da política de saúde no Brasil será um dos temas do próximo capítulo, no qual também se poderá visualizar a ação do Estado na implementação da privatização, evidenciando as características tratadas anteriormente no presente capítulo. Junto a isso, debater-se-á o desenvolvimento da privatização, buscando compreender como contribui para a classe dominante superar crises e fortalecer-se na luta de classes.

3 SAÚDE: UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO COMO DIREITO OU COMO MERCADORIA?

A saúde constitui-se, na sociedade capitalista, tanto como direito, quanto como mercadoria. Conforme a conjuntura e a luta de classes, penderá mais para um lado ou para o outro, porém, sempre imersa na contradição de (ter a capacidade de) satisfazer as necessidades das duas classes antagônicas desta sociedade. A partir deste momento a saúde pode configurar-se, também, como um termômetro para medir as condições da luta entre as classes em determinado momento – obviamente sendo analisado entre outros determinantes. É no marco desse processo de disputa entre as principais classes constituintes da sociedade capitalista que se busca tratar a saúde neste capítulo.

Para tal fim, será tratado sobre as lutas e a conquista do SUS no Brasil a partir do movimento da redemocratização, observando também como se dá a relação e intervenção do setor privado no decurso de construção do SUS e até os dias de hoje. Busca-se, por fim, compreender de forma mais minuciosa os novos modelos de gestão – privada – do SUS e problematizar sobre as mudanças que significam em paridade com a saúde pública.

3.1 SAÚDE COMO DIREITO: PROCESSO HISTÓRICO DE CONQUISTA

A partir dos registros da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e do autor Giannotti (2007) pode-se analisar que na década de 70, inicia-se o processo de “transição controlada”. Nesse momento, a classe operária reinsere-se no cenário político e os movimentos sociais começam a lutar de forma mais visível e fortalecida pela redemocratização. Sua organização se dava por meio de associações de moradores, de favelas, de movimento contra o custo de vida, organizações estudantis, comunidades eclesiais de base, entre outros. Assim, avançavam além do permitido pela ditadura ainda vigente. Incluído nesse processo, estava o Movimento pela Reforma Sanitária, mobilizado pela pauta da reforma da saúde pública com objetivo principal de conquista do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Movimento pela Reforma Sanitária, na década de 1980, encontra-se articulado e fortalecido, conseguindo assim se inserir, também, em espaços instituídos, como a Conferência Nacional de Saúde. O grande marco para o movimento e para a formulação de um novo sistema de saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, em que se unem mais de 4.000 pessoas e, entre elas, quase todas as instituições de saúde. O tema da

conferência foi “Democracia é Saúde” e foram debatidos os seguintes eixos: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial. Os debates apontaram para algumas sínteses e reflexões importantes, constituindo-se como uma delas o fato de que é evidente que o setor da saúde necessita de uma Reforma Sanitária, ou seja, transformações amplas e profundas – abarcando a legislação no que tange à promoção, proteção e recuperação da saúde – e não apenas reformas administrativas ou financeiras (CNS, 1986).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde avança do conceito conservador de saúde enquanto ausência de doença. Assim, contempla os diversos determinantes do processo saúde-doença, ou seja, saúde enquanto resultante das condições de vida de um modo geral. Contextualiza-se, também, a saúde no âmbito da sociedade e suas relações de produção. Ademais, aponta-se que a saúde deve ser conquistada a partir da luta da população. Dessa forma, o entendimento de direito à saúde:

[...] significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (CNS, 1986, p. 04).

Nesse sentido, é perceptível o caráter público de saúde instigado pelo Movimento da Reforma Sanitária, reforçando os aspectos de universal e igualitário pelos quais o serviço de saúde deveria constituir-se e tendo como um dos elementos basilares desse caráter a indicação de que cabe ao Estado a responsabilidade integral pelo atendimento, seja no âmbito do financiamento, seja na oferta de serviços e equipamentos de prestação direta dos serviços de saúde. Ainda, defendeu-se “o redirecionamento dos fundos públicos [...] para financiamento exclusivo da rede do setor público estadual e municipal” e “a suspensão imediata de financiamento, por parte desses fundos [...] para ampliação, reforma e construção de estabelecimentos privados ou para compra de equipamentos” (Idem, Ibidem, p. 16). Essa defesa materializou-se na meta de “progressiva estatização do setor” (Idem, Ibidem, p. 20) de saúde.

O movimento ligado à bandeira “Estatização Já!” considerou as propostas da Conferência Nacional de Saúde moderadas, enquanto os setores privados, que não se fizeram presentes na conferência, as avaliaram como radicais. De qualquer forma, elas foram levadas adiante pela Comissão Nacional para a Reforma Sanitária (CNRS). Entretanto, no processo de construção da Constituição Federal de 1988, os empresários de hospitais privados, bem como setores da medicina de grupo e cooperativas médicas – representados pelos partidos

conservadores – agiram em combate à estatização. Nessa disputa, tem-se algumas modificações das propostas originais da Conferência Nacional de Saúde, resultando no Art. 199 da Constituição Federal 1988 em que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988), permitindo às instituições privadas participar de forma complementar do SUS (FALLEIROS; LIMA, 2010).

Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988 marca a conquista de direitos exigidos pelo movimento da Reforma Sanitária, além de outros. Assim, afirma-se: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Dois anos depois, a Lei nº 8.080 de setembro de 1990 regulamenta a saúde em todo território brasileiro, remetendo ao Estado a responsabilidade de formular e executar “políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990). São listados os princípios do SUS que devem ser cumpridos tanto pelos serviços de saúde público quanto os privados conveniados ou contratados que constituem este sistema. São os princípios:

I - **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da **autonomia das pessoas** na defesa de sua integridade física e moral; IV - **igualdade da assistência à saúde**, sem preconceitos ou **privilégios** de qualquer espécie; V - **direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - **participação da comunidade**; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990, grifo nosso).

Dentre os princípios⁴, destaca-se a primazia da universalidade de acesso, a autonomia das pessoas, a igualdade na assistência sem privilégios de qualquer espécie, o direito à informação e a participação da comunidade. Posteriormente, serão discutidos de forma

⁴ A discussão sobre os princípios do SUS e a privatização da saúde será aprofundada no capítulo 4.

aprofundada, mas aqui pretende-se reafirmá-los, pois estes denotam a característica e o perfil do que se buscava enquanto saúde pública. Ou seja, esses fundamentos representam o sistema de saúde pelo qual lutava o Movimento da Reforma Sanitária.

Em síntese, o SUS é resultado e conquista da luta da classe trabalhadora, alicerçada a uma mobilização mais generalizada em torno da redemocratização do Brasil. A Constituição Federal foi o mais avançado documento no âmbito de direitos sociais e políticas públicas no Brasil. Aponta-se que o fato de constar abertura para o setor privado na legislação relativa ao SUS, mesmo que de forma complementar ao setor público, foi um limite do movimento que serviu como brecha para a privatização, processo que transpassa o caráter complementar e será discutido no próximo item.

3.2 SAÚDE COMO MERCADORIA: PROCESSO DE PRIVATIZAÇÃO E RETIRADA DE DIREITOS

Apesar de todos os acúmulos de luta e mobilização materializados na Constituição Federal (1988) e o apontamento para que o setor privado se efetivasse apenas em caráter complementar, realiza-se um processo de privatização da saúde na década de 1990. A privatização ocorre de diversas formas ao longo da história, porém, pretende-se debater a seguir os novos modelos de gestão do SUS e as ameaças que o direito à saúde sofre. Para tal, torna-se imprescindível a discussão histórica da privatização no Brasil e seus determinantes, bem como compreender o que se define por privatização no âmbito dos modelos privados de gestão da saúde, o que já indica algumas consequências da privatização para o direito à saúde. Seguem, nesta ordem, os subitens deste capítulo.

3.2.1 PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

A relação concomitante e contraditória entre o público e o privado não é recente na realidade da sociedade capitalista. Na formação sócio histórica brasileira, os processos de privatização do que era público foram permanentes e constituíram-se de diversas formas. O que lhes é comum é serem utilizados como estratégias de superação de crises do capital. Os

processos de privatização na saúde também seguem nesta lógica, tendo sido aprofundados nas últimas três décadas.

Tratar-se-á neste subitem sobre tais processos na saúde pública e, para isto, resgatar-se-á a crise do capital que antecedeu as estratégias de privatização do Estado no Brasil, sua influência direta na política de saúde, bem como o processo de privatização da saúde historicizado até os dias de hoje.

Sabe-se que as crises do sistema capitalistas são cíclicas e periódicas, não tendo uma causa única. A partir desse fundamento, busca-se compreender como se deu a crise capitalista da passagem da década de 1960 para 1970, que pôs fim aos conhecidos “anos dourados” e acarretou na retirada de direitos e conquistas dos trabalhadores pelo capital, fase também chamada de neoliberalismo. Como afirma Giannotti (2007), é a volta do antigo capitalismo liberal, porém, adaptado às particularidades da atualidade.

Após a Segunda Guerra Mundial, “o crescimento econômico e taxas de lucro mantiveram-se ascendentes” (NETTO; BRAZ, 2007, p. 213). Ao mesmo tempo, tinha-se passado por processos de revoluções socialistas e de um avanço enorme na organização da classe trabalhadora. Nesse sentido, a burguesia buscou uma forma de evitar possibilidades de revoluções, desenvolvendo o Estado de Bem-Estar Social – ou Welfare State. Este “[...] deveria ser uma espécie de proteção para reduzir os choques entre capital e trabalho, ou seja, para neutralizar a classe trabalhadora e evitar revoluções socialistas” (GIANNOTTI, 2007, p. 228).

Esse período durou até a segunda metade dos anos 1960. A partir daí, no campo econômico, a taxa de lucro passou a cair e “o crescimento econômico reduziu”. Ao mesmo tempo, o “perigo” do socialismo perdeu força, não sendo mais necessário gestar o capitalismo a partir do Welfare State, marcando o fim do “capitalismo democrático” e suas ilusões em 1974-1975: “[...] num processo inédito no pós-guerra, registra-se então uma *recessão generalizada*, que envolve simultaneamente *todas* as grandes potências imperialistas” (NETTO; BRAZ, 2007, p. 214). Essa recessão é seguida por mais uma em 1980-1982, em que as taxas de lucro desceram ainda mais, bem como a redução do crescimento é mais perceptível que o período anterior. Assim, a burguesia foi forçada a buscar novas formas de expandir e perpetuar seu domínio, passando a retirar dos trabalhadores todas as conquistas possíveis.

Mudanças são implementadas no âmbito da produção, em que é substituído o antigo modelo de produção baseado na linha de montagem, o “fordista”, pelo novo modelo chamado “toyotismo” japonês, chamado de *acumulação flexível*. Pode-se observar uma flexibilidade

dos processos de trabalho, o surgimento de novos setores de produção, entre outras características. “À base dessa flexibilidade, opera-se a *reestruturação produtiva*”, em que a produção conserva a característica de ser em grande escala, entretanto, “destina-se a mercados específicos” (NETTO; BRAZ, 2007, p. 216). Observa-se, também, a mudança de território dos espaços de produção com destino a lugares em que a exploração do trabalho pode se intensificar – ou seja, em que a força de trabalho é mais barata e as leis trabalhistas não sejam avançadas. Além disso, um elemento essencial da reestruturação produtiva é a introdução de tecnologias no processo produtivo de forma intensificada. (GIANNOTTI, 2007), (NETTO; BRAZ, 2007).

Vários documentos foram produzidos ao longo da década de 1980 pelos capitalistas que buscavam defender e orientar a aplicação de mudanças econômicas e políticas neoliberais. Entre eles, encontra-se o Consenso de Washington, formulado em 1989, que foca suas instruções⁵ à América Latina, em que está incluída a privatização. (GIANNOTTI, 2007), (NETTO; BRAZ, 2007).

Do mesmo modo, as agências internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) formulam sobre as reformas neoliberais. Articulando os conhecimentos específicos que a OMS tem em relação à saúde e o BM, em relação ao gerenciamento da economia, produziram-se orientações diretas para a saúde. Dessa forma, conjuntamente, apontaram determinantes e pactuam ações na política de saúde dos países, principalmente, subdesenvolvidos. Em 1994, Banco Mundial lança um documento chamado “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, em que se orienta a aplicação dessas reformas propostas pelo governo um ano depois. Basicamente, tais documentos explicitam que o Estado deve apenas financiar e exercer controle dos serviços hospitalares e ambulatoriais, não os oferecendo diretamente à população (RIZZOTTO, 2000). Essas orientações acontecem mesmo que o SUS, um sistema que aponta para uma saúde pública, já existisse, evidenciando as contradições eminentes no período.

Esse conjunto de formulações embasam o processo que o Brasil passa, em torno da década de 1990, chamado de ‘reforma’ do Estado. Esta reforma, na verdade, configurou-se em modificações no Estado que vão no sentido de retirada de direitos e de privatização de diversos setores. Alguns autores, dessa forma, passam a denominar esse aspecto de contrarreforma, uma vez em que ‘reforma’ é um termo que se remete às mudanças que se

⁵ São algumas destas o controle do déficit fiscal, a desoneração comercial e o ajuste fiscal.

materializam em avanços e direitos sociais para a classe trabalhadora ocorridas na década de 80, ou seja, a própria Reforma Sanitária. O desmonte posterior é, na verdade, um retrocesso. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Assim, “o eixo das contrarreformas do Estado dirigiu-se para a racionalização de gastos sociais e para o fortalecimento do setor privado [...]” (CORREIA, 2011, p. 44). Quanto à saúde, propõe-se que o SUS passe a ter uma gestão não estatal, processo que, posteriormente, será viabilizado pelos novos modelos de gestão do SUS, cabendo ao Ministério da Saúde a tarefa coordenar, monitorar e avaliar essas gestões (CORREIA, 2011). Não se aprofundará sobre os modelos de gestão neste momento, pois será tarefa para mais adiante, entretanto, destaca-se que fazem parte da estratégia de execução do processo de privatização e, mesmo, de sua consolidação.

Nesse sentido, a privatização vem enquanto parte de uma estratégia de recuperação da crise através do financiamento do setor privado pelos recursos públicos. A privatização dos serviços e empresas públicas caracteriza-se, basicamente, pelo repasse de recursos públicos – ou isenção de impostos – para o setor privado e pela renúncia da execução e gestão de políticas sociais por parte do Estado, acarretando na gestão privada destas. No âmbito da saúde, o privado, que segundo a Constituição Federal 1988 e a Lei Orgânica da Saúde 1990, deveria ser complementar ao SUS, torna-se substitutivo deste.

O primeiro governo federal que, de forma mais expressiva, marca esse processo de privatização foi o de Fernando Collor de Mello, à época eleito pelo Partido da Reconstrução Nacional (PRN). Isso ocorre por meio do “Plano Collor”, em que aponta para a redução de despesas de diversos setores. Observa-se a privatização, nesse momento, no âmbito da venda de empresas estatais de serviço de água, luz, transporte, gás, etc., e na ameaça à reforma do ensino. Entretanto, é a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) que se observa a privatização da saúde no âmbito dos novos modelos de gestão do SUS e de ultrapassagem do traço de complementaridade.

Em 1995 o governo - vinculado ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) - lança o documento “Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado”, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, afim de apresentar a proposta de reforma do Estado brasileiro. FHC afirma a necessidade da reforma do Estado a partir de uma avaliação de que este esteve muito presente no setor produtivo e afastado de suas funções básicas. Dessa forma, faz-se necessário a reforma para “consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia” (BRASIL, 1995).

Observa-se um ponto base no documento quanto ao processo de privatização, no qual se aponta “que as funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las, transferindo a execução destas para o setor ‘público não-estatal’ que na realidade é privado” (CORREIA, 2011, p. 43). Assim, defendiam que:

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. No plano econômico o Estado é essencialmente um instrumento de transferências de renda, que se torna necessário dada a existência de bens públicos e de economias externas, que limitam a capacidade de alocação de recursos do mercado (BRASIL, 1995).

A partir de então, traça-se duas ações de mesma importância: uma é a privatização das empresas estatais, em que ocorre a venda das empresas públicas para o setor privado. A outra é a transferência, para o setor privado, de serviços de saúde, educação, cultura e pesquisa científica, através de parceria público-privada. A segunda ação carrega uma particularidade: mantém-se sendo subsidiada pelo Estado. Ou seja, enquanto as empresas públicas, que são vendidas para o privado, “perdem” o vínculo com o Estado, os setores que passam a ser geridos pelo público-privado, mantém uma relação mais direta com o Estado, inclusive no tocante ao recebimento de repasses financeiros.

Esse processo é nomeado pelo governo de ‘publicização’, porém, na prática, sabe-se que se refere à privatização dos serviços públicos. Tais setores escolhidos para a ‘publicização’ são constituídos por serviços categorizados como ‘não-exclusivos’, ou seja, são atividades que tanto são realizadas pelo Estado, quanto por instituições privadas (aquelas já referidas: saúde, educação, cultura e pesquisa científica). Em vias de operacionalizar esse processo, criam-se as Organizações Sociais (OSs) em 1998, através da Lei 9.637/98, e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), surgindo um ano depois, pela Lei Federal nº 9.790/99. Tais organizações, junto à Fundação Estatal de Direito Privado - (FEDP), que surge mais tarde – são os chamados novos modelos de gestão da saúde⁶. (BRASIL, 1995).

O governo que deu seguimento ao projeto neoliberal no Brasil foi o do Luíz Inácio Lula da Silva, representante do Partido dos Trabalhadores (PT). Este, originalmente, nasceu do seio das lutas da classe trabalhadora, que emergiram desde a década de 70, sendo fundado em 1980. Assim, contraditoriamente, o PT era visto como a solução ou oposição a todos os

⁶ Novamente registra-se que a discussão sobre a constituição dos novos modelos de gestão do SUS será tema do item 3.2.2, por isto, não se adentrará neste debate agora. Importa, aqui, compreendê-los no momento de sua criação e na perspectiva cronológica da história brasileira.

ataques vividos pela classe naquele momento. Quando Lula se elege em 2002, porém, a expectativa dos trabalhadores faz-se diversa à realidade, uma vez em que Lula não seguiu a perspectiva esperada. Ao mesmo tempo, percebe-se a criação e investimento em programas sociais que contribuem para tirar uma parcela da população da extrema miséria, atingindo pontos básicos como alimentação e condições de moradia. Embora presentes neste período estes programas sociais, o que ocorre é uma redução das expressões mais drásticas da pobreza e miserabilidade, mas não a sua eliminação.

No que tange à privatização, o presidente realiza a contrarreforma da Previdência Social, que carrega ações de restrição de direitos, antes derrotadas durante o governo FHC. Junto a isso, tem-se uma “privatização dos recursos públicos e ampliação dos espaços de acumulação do capital” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 16).

A saúde, no primeiro mandato, mantém-se sendo disputada entre o projeto da Reforma Sanitária e projeto privatista, em que o governo do Partido dos Trabalhadores (PT) fortalece ambos, em diferentes aspectos. Porém, não enfrenta pontos centrais da saúde pública, como “[...] a universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos” (Idem, *Ibidem*, 2011, p. 18).

No segundo mandato, o ministro escolhido para a saúde é José Gomes Temporão que, entre suas ações, propõe a criação das FEDPs. O controle social reage e na 13ª Conferência Nacional de Saúde se demarca a posição contrária à proposta do ministro. Mesmo assim, ele segue defendendo e a proposta de FEDP passa a ser aprovada a partir de 2007 em diversos Estados. No âmbito federal, não chega a ser criada legislação geral sobre as FEDPs (BRAVO; MENEZES, 2011).

Em 2009, a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde lista ações do governo federal que contribuiriam com o desmonte do SUS e privatização da saúde, apontando: a priorização da atenção especializada em detrimento da estruturação da atenção básica; a não regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 que iria garantir os recursos mínimos para ações e serviços públicos de saúde; fechamento de serviços públicos e crescimento do contrato de serviços privados; por fim, a precarização também das relações de trabalho do serviço público (BRAVO; MENEZES, 2011), (BRASIL, 2000).

A nova candidata pelo Partido dos Trabalhadores é eleita em 2010 e já na sua posse em 2011, a Presidenta Dilma Rousseff aponta que estabelecerá parcerias com o setor privado de saúde, “assegurando a reciprocidade quando da utilização dos serviços do SUS” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 22). O novo Ministro da Saúde, nesse momento, foi o ex-ministro da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República do governo Lula, Alexandre

Padilha. Este demonstrou não estar fechado para diferentes modelos de gestão para o SUS. (Idem, *Ibidem*).

Em maio de 2016, Dilma é afastada do cargo de presidência e, após passar por um processo de *impeachment*, deixa a presidência, definitivamente, em agosto. Desde o início do processo, a presidenta é substituída por seu vice, de forma interina, Michel Temer (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB), que representa um violento aprofundamento do neoliberalismo no Brasil já aplicado pelos governos anteriores desde a década de 90. Dessa forma, o ano de 2016 é marcado por um acirramento ainda maior dos cortes de recursos e da retração de direitos, bem como pela precarização da vida como um todo.

Em outubro de 2016, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 241 é lançada e põe o futuro da saúde e educação públicas em risco de forma mais consistente e brusca. Propõe-se, na PEC, um novo regime fiscal que, em síntese, irá fixar um limite de despesa primária dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário somente sendo corrigido pela inflação. Em outras palavras, se a PEC – chamada pelos movimentos sociais de “PEC do Fim do Mundo” – for aprovada, congelará os recursos sociais, inclusive os de saúde e educação, por 20 anos, “período durante o qual o dinheiro economizado será canalizado para pagamento dos juros e do principal da dívida” (ADURN, 2016, p. 01). No dia 26 de outubro, a proposta foi aprovada na Câmara, sendo levada ao Senado, renomeada de PEC nº 55⁷. (CARTA CAPITAL, 2016)

A privatização da saúde no Brasil foi acompanhada por um retrocesso geral no âmbito dos setores públicos estatais, em que o Estado deixou de ser o responsável direto das políticas sociais, bem como vendeu empresas estatais para o setor privado. Esse cenário precarizado em que se encontram os serviços públicos serve como justificativa para a privatização, se tornando ‘única via de saída da crise capitalista’. Porém, como se pode perceber, esse raciocínio configura uma inversão do processo.

Percebe-se que a privatização da saúde, nos marcos da gestão privada do serviço público, não parte da vontade individual de um governante. Pelo contrário, surge da necessidade material da burguesia de recuperar-se da crise que, por sua vez, não mede esforços nem direitos da classe trabalhadora para fazê-lo.

Assim, os processos de privatização dos serviços e de empresas públicas não marcaram apenas um ou outro governo, sendo estes diferentes momentos do mesmo processo. Na formação sócio histórica brasileira, foram permanentes os processos de criação pelo

⁷ Até a finalização deste Trabalho de Conclusão de Curso, a PEC nº 55 não passou por votação final.

próprio Estado de ramos de atendimento público à população, especialmente no âmbito social, para depois repassá-los para a iniciativa privada. Depara-se, dessa forma, com a mesma perspectiva neoliberal de desresponsabilização do Estado perceptível de Collor a Temer, com as particularidades e diferenças estratégicas de como isso é posto.

Enquanto a classe burguesa tenta ‘salvar-se’ em época de crise, o preço para a classe trabalhadora ganha significados tenebrosos. Trata-se da mercantilização dos direitos sociais, ou seja, de uma forma do capital gerar lucro onde não gerava antes. A precarização do acesso a direitos sociais ocorre em detrimento do principal objetivo do sistema capitalista: o lucro.

Nesse processo, os novos modelos de gestão vão operar na perspectiva de assegurar a “apropriação privada dos fundos públicos da saúde” (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 35), tema que se passa a discutir no próximo subitem.

3.2.2 NOVOS MODELOS DE GESTÃO DA SAÚDE: OSs, OSCIPs e FEDP

Como já foram mencionados no subitem acima, são três os principais modelos de gestão da saúde criados a partir da privatização: Organizações Sociais (OSs), Organização da Sociedade Civil de Direito Público (OSCIP) e Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP). Faz-se necessário compreendê-los em sua legislação e funcionamento e igualmente analisar como se diferenciam da gestão pública da saúde.

As Organizações Sociais (OSs) surgem em 1998 através da Lei 9.637/98, sendo o primeiro modelo de gestão da saúde no projeto de privatização nos marcos da transferência de recursos públicos para o setor privado – ou dos ‘setores não-exclusivos’. Tem como objetivo oficial “qualificar 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” (BRASIL, 1998). Ao serem criadas, realizar-se-á a extinção dos órgãos e entidades cujas atividades serão absorvidas pelas OSs, sendo os símbolos e a denominação existentes adotados por estas.

O Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) – criado no governo FHC, especificamente no contexto da reforma do Estado para operar essa ação – produziu cadernos sobre a Reforma do Estado e as Organizações Sociais foram o tema principal de um deles. Neste, justifica-se a privatização com o pressuposto de aumento na qualidade dos serviços e redução dos gastos. Faz-se essencial, dessa forma, atentar-se à explicação desta

suposta qualidade: os serviços seriam otimizados, uma vez em que se utilizaria menos recursos e se teria ênfase nos resultados. Aponta-se, ainda, a flexibilidade que eles passariam a ter e para quem seriam orientados: “cliente cidadão mediante controle social” (MARE, 1997, p. 13). Mais ao longo do mesmo documento, ao se tentar explicar que OSs não são um negócio privado, aponta-se que são “[...] instituições públicas que atuam fora da Administração Pública para melhor se aproximarem das suas clientelas” (Idem, *Ibidem*, p. 15).

Nesse sentido, faz-se necessário apontar o contraponto às afirmativas do governo de que as OSs teriam menor custo do que a administração pública da saúde. Há exemplos⁸ que ajudam a compreender a relação do Estado com o setor privado no âmbito de repasses financeiros. Em Mato Grosso (MT), ocorreu uma denúncia por parte do Comitê em Defesa da Saúde Pública quanto à disparidade entre o recurso financeiro repassado para as OSs e o recurso utilizado quando o setor da saúde era administrado de forma pública. Em um dos hospitais analisados, a despesa com gastos médicos diminuiu quando passou de público para privado, totalizando em torno de R\$ 950 mil. Entretanto, o repasse feito pelo Estado quando isso ocorreu foi de R\$ 16,7 milhões. Outro hospital que, enquanto estava sendo administrado pelo Estado, recebeu menos recurso do que o equivalente às suas despesas, apresenta um aumento de oito vezes do recurso repassado quando é assumido por uma gestão privada (G1 MT, 2013). Diante disso, não há como afirmar que os novos modelos de gestão custam menos ao Estado do que a gestão da saúde em caráter 100% público.

É através do contrato de gestão que se realiza a habilitação da Organização Social, em que pode passar “a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado” (MARE, 1997, p. 14). A contrapartida é o estabelecimento de metas de desempenho para assegurar a qualidade e efetividade da prestação de serviço ao público.

As OSs, diferentemente dos serviços de caráter público, têm a liberdade de contratar trabalhadores “nas condições de mercado”, podendo adotar “normas próprias para compras e contratos” e tendo “ampla flexibilidade na execução do seu orçamento” (Idem, *Ibidem*, p.15). Aponta-se, ainda, que, por serem trabalhadores cujo vínculo de trabalho é a Consolidação da Lei Trabalhista (CLT), sujeitam-se ao regulamento da Organização Social específica em que trabalham, bem como plano de cargos e salários definidos por esta.

As OSs possuem um conselho de administração, cuja estrutura deve seguir critérios básicos, quais sejam, em relação a sua composição: no geral de membros do conselho, de

⁸ Para mais exemplos, ver Correia (2011), que mostra os dados de aumento de investimento do governo de São Paulo a partir da adoção das OSs (p. 47) e Carta Capital do dia 21 de setembro de 2011 (p. 38), sobre estudo produzido pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE) de São Paulo comparando o método de administração pública de hospitais com o das OSs.

vinte a quarenta por cento devem ser representantes do Poder Público; de vinte a trinta por cento, devem ser representantes de entidades da sociedade civil. Quanto à forma de escolha destes, se for uma associação civil, até dez por cento dos membros devem ser eleitos pelos membros ou associados; dez a trinta por cento de membros devem ser eleitos pelos demais integrantes do conselho; e, por fim, até dez por cento de membros devem ser indicados ou eleitos. Todas essas condições serão estabelecidas conforme o estatuto da organização.

Já a OSCIP surge um ano após as OSs pela Lei Federal nº 9.790/99, mantendo características gerais destas. Porém, avança no ponto em que aborda o interesse público, fato que facilita, legalmente, os trâmites de parcerias e convênios para prestar serviço público. O aspecto novo da OSCIP é o “Termo de Parceria”, que se constitui de maior dimensão e cobertura no que tange aos objetivos e aos processos de terceirização e privatização de serviços públicos (CORREIA, 2011). Ao analisar as leis da OS e da OSCIP, constata-se que não há profundas diferenças entre estas. Configura-se, assim, a criação de diferentes modelos de gestão, que significam a mesma ação: expansão do privado dentro do espaço público estatal, pela via dos convênios, licitações, prestações de serviços e parcerias.

O terceiro entre os novos modelos de gestão do SUS é o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP). Este se localiza no mesmo patamar, ou mais agravado, das OS's e OSCIP's, no âmbito de aprofundamento da privatização da saúde pública. Constitui-se, dessa forma, como “uma complementação das ações privatizantes que os diferentes governos [...] desenvolveram no Brasil desde a abertura dos anos 1990 aos dias de hoje [...]” (GRANEMANN, 2011, p. 51).

A FEDP é apresentada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão em 2007 e é definida por este como “pessoa jurídica oriunda do direito privado” (BRASIL, 2007, p. 6). Assim, pode-se observar suas características: quanto ao vínculo de trabalho, o contrato também se dá por CLT e se mantém a característica dos outros modelos de gestão de não haver uma adequação de todas as fundações estatais quanto ao seu quadro de pessoal e plano de carreira, emprego e salários.

Ademais, a fundação estatal tem autonomia financeira, gerencial e orçamentária. Junta-se isso ao fato de que, além do repasse de recurso público para o privado, a fundação estatal recebe “[...] imunidade tributária sobre o patrimônio, renda ou serviços relacionados com suas finalidades essenciais” (BRASIL, 2007, p. 22). Ou seja, o fundo público – orçamento para as políticas sociais, formado através de impostos e contribuições – será esvaziado, pois as FEDP prestam serviços de âmbito social. Porém, mesmo por esse fato, não deixam de ser, nos seus fundamentos constitutivos, de direito privado. Configura-se, nesse

sentido, um processo de transferência de dinheiro público para capitalistas privados com liberdade para gerenciá-lo conforme seus interesses e sem precisar prever em seus gastos o orçamento público. Esse aspecto reforça o caráter não-complementar das FEDP na saúde, uma vez em que não há um aumento no orçamento público; ocorre o financiamento público de setores privados e o retorno deste não existe, não havendo possibilidade de investimento do dinheiro público no setor público. É essencial atentar-se ao que é a FEDP e não confundir forma e conteúdo: “A forma é a fundação estatal, o conteúdo é a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores”. (GRANEMANN, 2011, p. 52).

Quanto aos aspectos de controle social, o documento afirma o entendimento do cidadão enquanto ator político e, portanto, aponta a busca pelo aperfeiçoamento dos “mecanismos de relacionamento com a sociedade civil” (BRASIL, 2007, p. 24). Assim, o sistema de governança “é colegiado e composto dos seguintes órgãos de direção superior e administração: (a) Conselho de Administração; (b) Diretoria-Executiva, (c) Conselho Fiscal e (d) Conselho Consultivo Social” (Idem, Ibidem, p. 24). O Conselho de Administração é definido como órgão de direção superior da fundação estatal, bem como cumpre papel de controle e fiscalização. Ao conselho referido, cabe aprovar metas institucionais que deverão ser alcançadas pela fundação estatal e estratégias institucionais. A Diretoria Executiva se responsabiliza pela gestão financeira, técnica, administrativa, patrimonial e assistencial da fundação estatal e é composta por cargos de confiança da fundação. Já o Conselho Fiscal é o órgão de caráter de controle interno e tem como responsabilidade fiscalizar a gestão econômico-financeira da fundação estatal. Por fim, o Conselho Consultivo Social é composto por representantes da sociedade civil - tanto usuários quanto pessoas físicas e jurídicas, tendo a função de informar e orientar o Conselho de Administração sobre as expectativas e os interesses da sociedade quanto à ação da fundação estatal, “bem como acompanhar e avaliar o desempenho da entidade, de forma a garantir o alinhamento do processo decisório aos interesses públicos” (Idem, Ibidem, p. 26). Este conselho tem caráter consultivo e é subordinado de forma direta ao Conselho de Administração.

Trata-se de um aparente interesse e estrutura organizada para a participação social. Entretanto, ao se olhar para o funcionamento deste colegiado, percebe-se que a essência contradiz a aparência. Chama-se atenção para a configuração e a forma de participação da sociedade civil nos conselhos, em que apresenta um caráter meramente consultivo, pois deve subordinar-se ao Conselho de Administração, além de ser minoria em termos de porcentagem da composição.

Uma das formas mais evidentes da FEDP na prática é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada a partir da Medida Provisória nº 520 de 2010, como uma das últimas ações do governo Lula. Encontrava-se o Poder Executivo autorizado a criar uma empresa pública de direito privado, como previsto na MP, vinculada ao Ministério da Educação e que administrasse qualquer unidade hospitalar do SUS. Várias entidades – como ANDES (Sindicato Nacional dos Docentes e das Instituições de Ensino Superior) e FASUBRA (Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil) – posicionaram-se contra a EBSERH. Perdeu-se o prazo de votação da MP antes dela ser aprovada, levando o governo a recolocar a proposta em formato de Projeto de Lei e, em dezembro de 2011, é aprovada a Lei nº 12.550, autorizando o Poder Executivo a criar a EBSERH, com, basicamente, a mesma proposta anterior (CISLAGHI, 2011).

Trata-se de “[...] uma via de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro” (CORREIA, SANTOS, 2015, p. 36), cujo processo específico – para além das contrarreformas do Estado de um modo geral – tem um marco inicial no evento ocorrido em março de 2010, que reuniu as gestões dos 46 hospitais universitários em conjunto aos ministérios da saúde, da educação e do planejamento. Esse evento serviu para auxiliar na direção do processo de reestruturação dos hospitais universitários. Anteriormente a isso, em 2004, lança-se a Portaria Interministerial nº 1000 no dia 15 de abril. Esta tem papel importante no que tange à extinção dos Hospitais Universitários (HUs), uma vez em que os unifica. Dessa forma, hospitais universitários, hospitais escola e hospitais auxiliares de ensino passam a igualar-se e se denominar hospitais de ensino. Assim, a formação em saúde sofre uma intensa ameaça do seu caráter público e precarização, aspecto que também reflete no direito à saúde (CISLAGHI, 2011).

Outra entidade que se constitui nesta mesma lógica, enquanto fundação estatal de caráter mais local e abrangência em Porto Alegre, é o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF)⁹, instituído pela Lei Municipal nº 11.062, de 6 de abril de 2011. Sua atuação é na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do SUS, na cidade de Porto Alegre. O IMESF constitui-se enquanto fundação pública de direito privado e no CSM¹⁰ já se faz presente, abarcando a atenção básica em saúde de uma parte do território central da cidade

⁹ Assim, o IMESF faz parte da Política Nacional de Atenção Básica, a qual não se tratará neste item. Ver próximo capítulo.

¹⁰ O Centro de Saúde Modelo (CSM) foi campo de estágio curricular obrigatório da autora e será abordado de forma mais aprofundada no próximo capítulo.

(BRASIL, 2011). Apresenta como finalidade única operar a rede da Estratégia de Saúde da Família, no sentido da promoção, prevenção e proteção da saúde, além de atividades de ensino e pesquisa científica e tecnológica que devem ser desenvolvidas.

A partir destes elementos, faz-se necessário analisar quais são as mudanças provocadas no âmbito do direito à saúde pública pela privatização. Uma vez em que um direito social, através de uma política pública, é gestado pelo setor privado, aparecem atravessamentos não percebidos antes.

Aponta-se que todo trabalhador, nesse sistema, é explorado, porém, nem todos geram mais-valia. É aí que se encontra o principal motivo para a privatização: gerar lucro onde não se gerava antes. Assim, a saúde, aos poucos, deixa de ser um setor não-rentável com trabalhadores não produtivos para se tornar um setor produtor de mais-valia. Como apontado no capítulo anterior, o mesmo trabalhador com a mesma atividade pode se caracterizar enquanto produtivo num espaço de trabalho e não produtivo em outro. Entende-se que, na situação de trabalho nos novos modelos de gestão, o trabalho do trabalhador da saúde passa a ser apropriado por um capitalista individual, diferentemente de quando se trabalha diretamente para o Estado. Assim, o trabalhador da saúde passa a gerar mais-valia, configurando seu trabalho enquanto produtivo¹¹.

Qual sua mercadoria? O direito à saúde, que passa a ser vendido e neste processo é capaz de gerar mais valia para o capital.

Nesse sentido, o trabalhador da saúde dos novos modelos de gestão tende a sofrer mais as pressões da produção. Assim, deparam-se com a fragilidade dos vínculos empregatícios, sem garantia quanto aos direitos trabalhistas e previdenciários em paridade com os servidores públicos que exercem a mesma função. Entende-se que se trata da facilidade de demissão de trabalhadores a partir da privatização, acarretando na instabilidade no trabalho. Isso ocorre através da mudança de vínculo de trabalho: enquanto os trabalhadores dos setores totalmente públicos são estatutários, os contratos no âmbito público-privado ocorrem por CLT.

A esse ponto, está ligada a autonomia da qual os novos modelos de gestão gozam quanto ao estabelecimento de condições de salário e plano de carreira de seus funcionários. Não há uma regra geral, logo, as condições de trabalho, salário e plano de carreira de um trabalhador do ‘serviço de saúde A’ não correspondem às condições de um trabalhador do ‘serviço de saúde B’ – mesmo ambos sendo geridos pelo mesmo modelo privatizante. Inclusive, em existindo essa liberdade, ocorre que entre os trabalhadores de um mesmo

¹¹ A discussão sobre tornar setores sociais produtivos também é discutido por Silvello (2015).

serviço de saúde gestado pela parceria público-privada pode não haver paridade ao que tange aos salários e planos.

Percebe-se que esse aspecto acarreta em um nível gigantesco de fragmentação da classe trabalhadora. Ou seja, uma vez em que não se estabelece condições iguais ou similares de trabalho, a possibilidade de identificação entre os trabalhadores enquanto classe diminui, pois o que se instiga é o contrário: a competição e o individualismo. No mesmo sentido, essa condição de trabalho dificulta de forma extrema a unificação de pautas e de reivindicações coletivas. Além de tudo isso, aponta-se que, no momento em que não se tem estabilidade no trabalho, participar de greves e mobilizações traz consigo o maior risco de retaliações, incluindo a própria demissão.

Por fim, uma vez em que se sabe que é através da luta que se conquista direitos, pode-se perceber como a fragmentação das condições dos serviços de saúde e a precarização do trabalho intervém na possibilidade de conquista de direitos. A partir disso, pergunta-se como o direito à saúde é afetado nesse processo de privatização? É o que se buscará responder através do próximo capítulo.

4 DAS AMEAÇAS ÀS POSSIBILIDADES: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL

Considerando a profunda discussão crítica sobre os processos de disputa entre saúde pública e privada contextualizados na sociedade dividida em classes, faz-se necessário refletir sobre suas consequências ao direito à saúde. Assim, questiona-se como este é afetado, buscando relacionar esse desmonte da saúde pública com os princípios do SUS. Problematisa-se como tais princípios – que se fazem marco e contribuem para caracterizar o caráter público da saúde – podem ou não se efetivar numa gestão privada da política de saúde, e quais transformações sofrem nesse processo.

Para tal reflexão, fala-se sobre o Estágio Curricular Obrigatório, de forma a utilizar a experiência para a análise quanto aos princípios do SUS e as contradições da relação entre saúde pública e privada. A isso, soma-se o debate sobre as possibilidades e os limites da ação do/a assistente social no combate à privatização da saúde e na busca de garantia dos direitos sociais. Por fim, relacionando-se ao debate geral e a todos os pontos anteriormente abordados no capítulo, tratar-se-á sobre as estratégias que podem ser operacionalizadas na perspectiva da luta e na defesa do caráter público da saúde.

É nessa ordem acima exposta que se dará o desenvolvimento deste último capítulo.

4.1 ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL: ESPAÇO DE RECONHECIMENTO DE UMA PRIVATIZAÇÃO INVISÍVEL

O Estágio Curricular Obrigatório foi realizado no CSM, localizado na Rua Jerônimo de Ornellas, nº 55, Porto Alegre – RS. Constitui-se numa instituição pública composta por setores de Atenção Básica em Saúde (ABS) e, também, de média complexidade. Ainda, destina-se ao atendimento de uma população de 126 mil habitantes, compreendendo uma cobertura de 17 bairros e possuindo uma média mensal de 13 mil atendimentos e 400 atendimentos diários (KOETZ, 2014).

A ABS no CSM é realizada no caráter que aparenta ser público em sua totalidade. Entretanto, no processo de inserção no estágio, aos poucos, percebeu-se como esse espaço, pretensamente público na sua aparência, é permeado, também, por experiências que denotam o avanço da privatização.

A ABS, no CSM, se organiza de duas formas diferentes: pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e pela Equipe de Saúde da Família (ESF). Esta foi implantada em setembro de 2004. Apesar de dividir o mesmo espaço físico, essas duas estruturas de atenção básica se constituem de modo extremamente fragmentado. Isso é comprovado ao se perceber que os próprios profissionais não sabem exatamente a diferença legal entre um ou outro modelo¹². É visível, também, a divisão física entre estas, em que a UBS fica no térreo do prédio e a ESF no segundo andar, bem afastada. Inclusive, os usuários dos diferentes serviços têm portas de entrada diferentes, o que demarca explicitamente a fragmentação da prestação de saúde em nível de atenção básica em saúde.

A questão que se quer apontar é que a UBS é pública, gestada pelo Estado e composta por trabalhadores estatutários. Já a ESF é organizada pelo IMESF¹³, sendo este o exemplo mais concreto da privatização com o qual se teve contato. Anteriormente a isso, o PSF era gestado por outra instituição privada, o Instituto Sollus. A partir daí, busca-se refletir sobre as consequências dos novos modelos de gestão do SUS, perpassando alguns princípios do sistema e apontando questionamentos que surgem da reflexão.

Entende-se que, neste ponto do estudo, já se tem elementos para afirmar que a privatização da saúde acarreta na precarização do trabalho e, conseqüentemente, na precarização do atendimento em saúde. Dessa forma, não há como o direito à saúde não ser prejudicado diante das condições impostas pelos novos modelos de gestão do SUS. Agora, entende-se que é importante resgatar e problematizar alguns dos princípios do SUS que, colocados na esfera da privatização da saúde pública, são diariamente afetados, implodindo as próprias bases do SUS. Assim, serão discutidos a universalidade, longitudinalidade, autonomia das pessoas, igualdade, direito à informação, participação da comunidade.

De que forma os princípios de “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1988) e de “universalidade de acesso aos serviços de saúde” (Idem, Ibidem) podem se concretizar num espaço gestado pelo setor privado? Questiona-se isso uma vez em que se sabe de movimentos que andam na contramão de tais princípios, como o fato de, em alguns lugares, já ser permitido às OSs utilizarem parte de sua capacidade para atendimento de pacientes por plano de saúde – ou sem plano, mas de forma privada. Logo, no lugar de utilizar critérios que promovam a universalidade e igualdade,

¹² Foi realizada pesquisa nas disciplinas de Pesquisa I e II do curso de Serviço Social da UFRGS sobre o tema de ESF e UBS e, nesse processo, percebeu-se a dificuldade de todos de apontar a diferença entre estas. Mesmo ao final da pesquisa, não saltou aos olhos o fato da ESF ser gestada por uma instituição privada.

¹³ Modelo de gestão privado da saúde pública explicado no item “3.2.2. Novos Modelos de Gestão da Saúde”.

como o nível de gravidade dos usuários, é aplicado o critério financeiro para estabelecer o acesso à saúde. Isso acarreta na promoção de privilégios entre os usuários do serviço e se trata de um afrontamento direto aos princípios em questão. Ademais, evidencia-se a redução do serviço que estaria disponível para o acesso à saúde sem custos. Lembra-se que essa capacidade utilizada para ter retorno financeiro dos pacientes é financiada por recursos públicos, contradizendo a afirmação de não existir lucro a partir da relação de repasse público aos setores privados (BRAVO, 2011).

Ainda no âmbito da igualdade da assistência à saúde, busca-se discutir sobre a reformulação do serviço de atenção básica, a partir das ESF, em que a abrangência de profissionais disponíveis nos serviços para o cuidado em saúde sofre alteração. A equipe considerada mínima da ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode-se, ainda, acrescentar a esta equipe os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2012). Nesse sentido, aponta-se que o contato da assistente social do CSM com a ESF ocorre pelo fato de que serviços diferentes estão utilizando o mesmo espaço físico. Ou seja, a ESF, UBS e os serviços especializados não deixariam de funcionar estando separados fisicamente. Dessa forma, os usuários da fundação estatal não teriam acesso direto – assim como não têm em territórios que a ESF não está no mesmo espaço físico da UBS – ao serviço social.

Sabe-se que a organização da ESF abarca o acompanhamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja proposta tem como cerne “[...] a constituição de equipes compostas por profissionais de saúde relevantes para o cuidado na ABS, mas que não constituíam as equipes mínimas de saúde da família, visando a oferecer apoio a essas equipes e fortalecer algumas linhas de cuidado em saúde” (PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015, p. 108). Assim, o NASF segue a lógica do apoio matricial, não realizando, à priori, o atendimento direto à população nem atendimento de caráter especializado. O indicativo do governo federal de quantidade de NASF para equipe de saúde da família é um NASF para cada 8 a 15 equipes. Quanto à composição, constitui-se por profissionais de diferentes áreas, entre elas: fisioterapia, psicologia, serviço social, nutrição, terapia ocupacional, fonoaudiologia, educação física, farmacêutica, não necessariamente por todas as áreas ao mesmo tempo.

Não se objetiva entrar na discussão quanto ao funcionamento do NASF, apenas se pretende levantar a problematização quanto à diminuição de profissionais importantes no atendimento direto à população que são demandados nos espaços onde estão, ainda, inseridos. Além disso, através desses elementos, percebe-se a diferença, ao menos estrutural, do

atendimento básico em saúde entre os usuários pertencentes aos diferentes serviços, entrando em contradição, mais uma vez, o princípio da igualdade.

Ao se discutir o funcionamento dos novos modelos de gestão e apontar para o fator de instabilidade do emprego do trabalhador da saúde, surge a reflexão sobre o princípio de longitudinalidade, constituinte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O princípio constitui-se na busca por uma continuidade do cuidado, avançando do cuidado em saúde somente pontual. A política aponta que, para a realização desse princípio, deve-se desenvolver o vínculo, uma vez em que a continuidade do cuidado é possibilitada pela vinculação do usuário com o serviço. Pensando que o vínculo se dá pela mediação do trabalhador da saúde e que a instabilidade gera a rotatividade de trabalhadores entre os serviços, questiona-se quais as possibilidades de desenvolvimento do vínculo dos usuários com o serviço.

Pensando nos princípios de direito à informação e participação da comunidade, percebe-se que aspectos considerados constitutivos ao controle social – sendo estes os dois princípios – se tornam elementos contraditórios quando estão em relação ao setor privado. Tal incompatibilidade com as gestões privadas de saúde é observada na própria constituição do chamado ‘colegiado’, em que a participação da sociedade civil é reduzida e sua capacidade de intervenção é quase inexistente. Para avançar na análise, remete-se às denúncias¹⁴ realizadas quanto ao aumento de repasse público aos novos modelos de gestão em comparação à administração pública da saúde. Entende-se que, sim, há registros e prestação de contas do financiamento das gestões privadas pelo Estado – pois foi através destes que foram possibilitadas as denúncias, porém, afirma-se que o direito à informação não se restringe somente à existência desses dados de forma pública. Afinal, o espaço entre os dados estarem à disposição e eles serem compreensíveis e de fácil acesso é gigante. Ou seja, o direito à informação não ocorre por si mesmo, ele deve ser trabalhado, desenvolvido. Uma vez em que não deve ser de interesse dessas organizações a publicização de suas informações – de modo a acarretar em possíveis reflexões sobre suas contradições –, considera-se que o princípio de direito à informação tem grandes chances de ser afetado nesse processo.

O direito à informação faz-se relevante no debate sobre privatização, uma vez em que se percebe a invisibilidade que se dá para existência de uma fundação estatal num espaço público, como é o IMESF no CSM. O fato do CSM aparentar constituir-se como um serviço 100% público, mas, na verdade, estar contendo a inserção da gestão público privada – de forma maquiada – aponta a forma da estratégia do Estado brasileiro de inserir a privatização

¹⁴ Ponto tratado no item “3.2.2. Novos Modelos de Gestão da Saúde”.

nesses espaços locais. É um processo que demonstra como a privatização ocorre sorrateiramente e como é dificultado para seus usuários e trabalhadores da saúde – população como um todo – perceberem nítida e conscientemente essa mudança. Assim, violar o princípio de direito à informação significa retirar da classe trabalhadora informações necessárias para compreender a raiz da precarização do atendimento que está sendo disponibilizado, ou da própria negação de um atendimento que possa ocorrer.

Ao invisibilizar, não repassar informação, retira-se a possibilidade de apropriação do processo de forma integral por parte dos usuários (e dos próprios trabalhadores do serviço), retira-se a autonomia, implicando no processo de participação direta dele nos processos de controle social e de mobilização como um todo. Chega-se ao princípio de autonomia das pessoas, o qual é abordado sob dois pontos: um vincula-se ao entendimento de que a participação social sempre foi necessária na construção da saúde pública e, para possibilitar esse processo, torna-se importante reforçar a autonomia das pessoas. Isso porque os processos de mobilização e conquista no âmbito da saúde, quando ocorreram, se deram de forma consciente, pensada e crítica. O outro ponto, quanto ao último princípio, remete-se à vinculação do trabalho em saúde com o trabalho produtivo, em que pode adquirir características desse trabalho – metas a serem atingidas, competitividade, aspectos debatidos no final do capítulo anterior. Assim, problematiza-se o quanto a autonomia no âmbito da escolha, pelo usuário, da forma como irá se realizar seu cuidado em saúde não pode ser atingido por uma possível padronização do atendimento ocasionado pelos aspectos já mencionados.

Finalmente, aponta-se que tais princípios, discutidos neste item, aproximam-se organicamente aos princípios que fundamentam o Serviço Social. A profissão, no período de 1980 e 1990, apropria-se deles e os consolida enquanto base de fundamentação da profissão, compondo seu Projeto Ético Político (PEP).

Afirma-se que esses aspectos são muito caros para o Serviço Social, uma vez em que significam suas possibilidades de atuação na ABS. Assim, no momento em que passam a ser comprometidos, a partir das ameaças que chegam com a privatização, tem-se uma implicação direta nos processos de trabalho do/a assistente social. Essa implicação é composta, tanto no mesmo âmbito da ameaça, quanto no desafio, pois é na contraposição a isso que se busca estratégias de superar as consequências da privatização. Entre elas, aponta-se o fortalecimento da participação social, o processo de controle social, ações socioeducativas, acesso da informação. É sobre as possibilidades de contraponto à privatização que será tratado no item a seguir.

4.2 O SERVIÇO SOCIAL NA DEFESA DO DIREITO À SAÚDE PÚBLICA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

No CSM, acompanhou-se, direta ou indiretamente, por reunião ou outros meios, o andamento do Conselho Local de Saúde, de suas pautas e ações. O projeto de intervenção¹⁵ realizado no espaço de estágio relacionou-se ao tema de participação e controle social: acesso à informação. Este surgiu a partir da percepção de que não estava nítido para os trabalhadores do serviço, nem para os usuários, qual era o papel do serviço social enquanto profissão naquele espaço sócio ocupacional, acarretando na elaboração do projeto chamado “O acesso dos usuários às informações do Serviço Social no Centro de Saúde Modelo”. Assim, a partir da análise das especificidades do serviço e usuários, buscou-se trabalhar a divulgação de determinados serviços que cumprem o acesso a diferentes direitos sociais.

Pode-se dizer que a elaboração e proposição do projeto causou certo estranhamento à equipe, aparentando a impressão de que seria uma ação simplista. Entende-se que isso expressa a falta de percepção da própria equipe quanto à importância e potencialidade do acesso à informação. Além disso, sentiu-se falta de material teórico da categoria sobre o acesso à informação. Nesse sentido, de nenhuma forma, procura-se culpabilizar os profissionais e, sim, chamar atenção para o esquecimento que existe quanto a relevância desse processo, enquanto gerador de uma percepção concreta da realidade e propulsor de consciência crítica capaz de mobilizar e ‘fazer agir’, o que pode significar o empenho em lutas de defesa dos direitos da própria população.. Aponta-se, dessa forma, que o acesso à informação é muito mais do que somente o repasse de dados, uma vez em que tem potencialidade para produzir autonomia e promover atendimento integral à saúde.

A partir daí, busca-se fazer uma leitura mais ampla do significado desta ação do serviço social que é o trabalho com o direito à informação e como se relaciona com a privatização da saúde. Primeiramente, aponta-se que tal direito faz parte das ações socioeducativas realizadas no âmbito profissional, que se materializam em dois pilares:

Um diz respeito à socialização de informação no seu sentido mais amplo, considerando direito do usuário a ter acesso e usufruir de todo conhecimento socialmente produzido necessário para a melhoria das suas condições de vida. O outro se refere ao processo reflexivo desenvolvido no percurso da relação estabelecida entre profissionais e usuários, pautando-se no princípio de que as demandas trazidas à instituição por ações individuais ou através de grupos são matéria-prima para formação de consciências críticas. (MIOTO, 2009, p. 502)

¹⁵ O projeto de intervenção ou projeto de trabalho é parte intrínseca ao processo de três semestres de Estágio Curricular Obrigatório no curso de Serviço Social da UFRGS, sendo projetado e realizado pelo/a estagiário/a.

Nesse sentido, entende-se que o projeto de intervenção, em divulgar possibilidades de serviço e formas de acesso ao direito aos usuários do CSM, contribuiu para dar visibilidade à atenção básica. Ou seja, aponta para o usuário que existe atendimento em saúde, a qual se qualifica enquanto direito, na perspectiva do público.

Ainda, ao informá-lo, faz-se enquanto estratégia de envolvê-lo na participação do serviço, bem como pode possibilitar a reivindicação do que está indicado enquanto direito, mas que, por determinado motivo, não está se realizando ou sendo acessível. Nesse sentido, quando o acesso à informação se realiza, pode fazer ranger tais contradições e possibilitar saltos de qualidade no âmbito da participação social.

Expor essas contradições é uma prática presente na profissão do serviço social, devendo ser feita com responsabilidade e direcionamento para incentivo da reflexão crítica e participação social, nas suas mais diversas formas. Esta prática está vinculada com o projeto societário a que se vincula a profissão de serviço social, uma vez que escancara os limites da sociedade capitalista (KOETZ, 2015, p. 52).

Assim, entende-se que são importantes e fazem parte do papel do serviço social propostas de projeto que tencionem a ampliação da esfera de informação da saúde como direito. Essa afirmação é sustentada pelo próprio Código de Ética do/a Assistente Social, em que aponta, entre seus deveres: “a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais” e “c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as” (CFESS, 1993, p. 29). É essencial, também, o alargamento de processos participativos dentro do atendimento de saúde na perspectiva de forçar a ampliação do lado público da atenção em saúde e diminuir essa parcela privatizante.

Chega-se a um novo ponto crucial para este estudo: faz-se necessário compreender como, a partir das ações profissionais já tratadas, se potencializa um contraponto à privatização mais amplo. Ou seja, além da necessidade de compreender de forma profunda o que é o processo privatizante e quais suas consequências no direito à saúde, é papel do/a assistente social, de todos os trabalhadores da saúde, e de toda classe trabalhadora – que também é usuária do SUS – colocar-se em movimento em vistas a barrar esse ataque aos direitos. No item seguinte busca-se aprofundar a discussão em torno deste tema.

4.3 O CONTRAPONTO À PRIVATIZAÇÃO: “SÓ A LUTA MUDA A VIDA”

É um desafio pensar na construção de estratégias para a garantia dos direitos atualmente. Primeiramente, faz-se necessário apontar que os direitos só existem por conta de mobilização. Assim, entende-se que o direito social deve ser visto como conquista, contrapondo a ideia de que o governo distribui direitos por ‘vontade’ específica da personalidade que exerce o cargo. É a partir de tais pressupostos que se desenvolve a discussão neste item.

A saúde é uma política que carrega, impressa em si, a marca da luta. Ou seja, é a partir de um movimento massivo e organizado que o sistema de saúde – que se torna referência mundial – se consolida no Brasil. Há registros desses acúmulos do Movimento da Reforma Sanitária, como parte das resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aponta: “A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num determinado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (CNS, 1986, p. 04). Assim, dois anos depois, tem-se um dos marcos mais concretos de confirmação dessa síntese feita na 8ª Conferência Nacional de Saúde: a conquista do SUS na Constituição Federal.

Nesse sentido, aponta-se que o conceito de participação social – ou mobilização social – aqui abordado não se restringe à esfera exclusiva da efetivação do controle social em suas instituições específicas. Mas, pelo contrário, envolve processos mais amplos que vão desde a participação no próprio atendimento de saúde, o acesso à informação, chegando à participação em espaços deliberativos e outros espaços de mobilização e luta, não necessariamente instituídos no espaço oficial de controle social. Definitivamente, não se exclui tais espaços do conjunto de ações que se fazem importantes e essenciais para a efetivação dos direitos sociais. Entretanto, faz-se necessário apontar que, assim como o trabalho para fomentar e fortalecer o direito à informação – que já se mostrou de extrema importância e potencialidade, quando realizado isoladamente, não traz soluções efetivas diante do tamanho do retrocesso que se vive, marcado pela privatização de diversos âmbitos da vida.

Remetendo-se ao primeiro capítulo deste trabalho, em que se inicia a discussão sobre o funcionamento da sociedade capitalista, já se tem o aspecto da luta e mobilização social perpassado em suas reflexões. Para melhor compreensão, aponta-se a existência de duas classes principais com interesses antagônicos e a contradição essencial em que estas estão implicadas: capital e trabalho. É de tal contradição, essencial à sociedade burguesa, que surge

a luta de classes. Configura-se, dessa forma, na luta de uma classe que visa cada vez mais lucrar a partir da exploração da força de trabalho, mas que, para isso, tira o tempo e as condições de vida da classe trabalhadora. Esta, buscando mudar essa realidade, trava embates no seio do que mais interessa a classe dominante: a produção de mais valia.

Ainda, ao se constatar que o Estado é o aparato que organiza, econômica e politicamente, os interesses da classe dominante, percebe-se que o aspecto central que determina o quanto ele vai avançar no âmbito da repressão ou da retirada de direitos é a correlação da luta de classes. Assim, se falamos de luta de classes, falamos de movimento, de mobilização. Ainda, não falamos de luta isolada, individual, e sim, formada e construída pela coletividade.

Assim, de que formas se pode agir e que caminhos se pode traçar em busca da garantia da saúde pública, a partir das sínteses realizadas num momento histórico importante que foi a conquista do SUS e das percepções gerais de como se determinam as condições gerais da vida da classe trabalhadora?

Atualmente, um polo importante de resistência ao retrocesso da saúde pública é a Frente Nacional Contra à Privatização da Saúde, criada na plenária final do Seminário Nacional “20 anos de SUS: Lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública estatal”, que ocorreu em 2010, no Rio de Janeiro (BRAVO, 2011). A frente é composta por diversos fóruns estaduais distribuídos pelo Brasil e, desde que foi criada, busca a articulação coletiva da luta em defesa:

[...] do SUS de caráter público, 100 % estatal e de qualidade; contra os processos de privatização com que o sistema de saúde brasileiro vem passando; e a favor de melhorias das precárias condições salariais e de trabalhos em que se encontram os diversos profissionais de saúde (FNCPS, S/D).

Suas lutas e propostas gerais perpassam a defesa da saúde pública e seus princípios. Entre elas, pauta-se a eliminação de todos os novos modelos de gestão; o repúdio à proposta da OMS e BM que altera o acesso universal à saúde para acesso pelo mercado; a defesa de carreira de trabalho de forma pública através do Estado e a extinção dos subsídios públicos aos Planos Privados de Saúde.

Finalmente, chega-se ao momento atual, que se vive em novembro de 2016. O ano foi marcado pelo aprofundamento dos ataques neoliberais aos direitos da classe trabalhadora. Estes, como foi visto, ocorriam antes, mas ganham caráter diferenciado com o marco do início do governo Temer. Outra marca deixada no ano de 2016, foi a da organização e luta coletiva,

em que ocorreram, e ainda estão, as históricas ocupações das escolas públicas em diversos estados do país pela defesa da educação pública e de qualidade.

A saúde, nesse processo, não se mantém intacta: a PEC 55, tramitando no Senado, prevê o congelamento dos “gastos” públicos com saúde, educação e assistência social. Uma vez em que se entende que a precarização do SUS já é realidade há muito tempo, percebe-se que a aprovação desta PEC provocará o distanciamento total entre o SUS pelo qual se lutou para conquistar e a realidade da saúde pública. Diante dessa compreensão, a classe trabalhadora reage: mais de mil escolas secundaristas e institutos federais e cem universidades ocupadas¹⁶ em todo o Brasil, greve de diversas categorias, paralisações gerais em dias de votação da PEC e atos de rua trancando a cidade. Percebe-se, assim, novas formas de lutas e embates aos ataques aos direitos sendo gestadas no seio da mobilização.

Nesse sentido, diante da ampla discussão realizada neste trabalho, aponta-se e se reforça o grande potencial de resistência e de transformações existentes nos processos coletivos de participação social. Ainda, entende-se que é no processo de participação política de defesa dos interesses que se configuram enquanto pertencentes da classe trabalhadora – quais sejam a defesa dos direitos sociais em seu caráter universal e como dever do Estado – que se produz e se possibilita a promoção da autonomia e emancipação política da classe.

¹⁶ Dados divulgados pela União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (UBES), fonte no jornal Exame (2016). Disponível em: <http://exame.abril.com.br/brasil/o-mapa-das-ocupacoes-de-escolas-e-faculdades-contra-temer/>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é recente a relação concomitante e contraditória entre a saúde pública e a privada. A saúde privada, de um modo geral, nos marcos do período histórico estudado, nunca deixa de existir. O que ocorre é a alternância de momentos em que o lado público está mais consolidado ou o privado encontra-se dessa maneira, conseguindo expandir sua extensão e alcance. Apresenta-se, assim, a saúde em constante processo de construção e mudança, dialeticamente sendo conquistada enquanto direito, mas também servindo ao capital, para superação de crise e conquista do lucro.

Nesse sentido, percebe-se, desde a década de 90, um alargamento do privado no setor da saúde. O modo como se dá a privatização estudada nesse trabalho caracteriza-se, fundamentalmente, pela transferência de gestões de serviços públicos a setores privados. Nessa situação, o Estado deixa de ser o responsável direto pela execução dos serviços, cabendo a ele, somente, o repasse financeiro à gestão privada. Inclui-se, ainda, a característica desse tipo de privatização de ocorrer, principalmente, com a gestão de políticas sociais, como é o caso da política de saúde.

Assim, surgem as OSs, OSCIPs e FEDP, configurando os novos modelos de gestão da saúde. Com eles, uma gama de aspectos precarizantes do trabalho no setor da saúde se alastram. Somente na precarização do trabalho que a privatização gera, através da CLT, instabilidade no trabalho, irregularidade no que tange a salários e plano de carreira, entre outros, já se constata um retrocesso de direitos – trabalhistas – significativo. Percebe-se, também, o poder de fragmentação da classe trabalhadora operado pelo processo de privatização.

Sabe-se, entretanto, que as consequências da privatização propagam para muito mais lados e aspectos da vida da classe trabalhadora. Os princípios do SUS são afetados em níveis profundos, levando o caráter público da saúde para cada vez mais longe da realidade. São tais princípios a universalidade de acesso, a autonomia das pessoas, a igualdade na assistência sem privilégios de qualquer espécie, o direito à informação e a participação da comunidade. Em conjunto com a afirmação da responsabilização do Estado pela execução do direito à saúde, configuram o perfil da política de saúde pública pela qual lutou o movimento da Reforma Sanitária e agora se encontra em desmonte.

Ao contrário do que afirmam os defensores da privatização, ao ser implementada, ela não promove a melhoria do atendimento em saúde, muito menos é uma forma mais barata de gestar a política. Ao constatar essa afirmação e contextualizar a privatização da saúde

historicamente, escancara-se o real motivo dessa ação, uma vez em que ocorre num momento de crise do capitalismo: se constitui enquanto uma forma de superar a crise capitalista. Ou seja, a privatização significa, para o capital, a possibilidade de gerar lucro onde não ocorria antes. Em outras palavras, trata-se, pura e simplesmente, da ampliação do mercado produtivo, que possibilita a superação da crise, ao recuperar a taxa de mais valia.

Ao compreender esse fato, ficam nítidos a ação e o papel do Estado na defesa dos interesses capitalistas, uma vez em que é este que opera, através dos diferentes governos, a estratégia neoliberal de desresponsabilização do Estado. Nesse sentido, destaca-se o caráter dessa operação: invisível e sorrateiro. Afinal, as três principais novas formas privadas de gestão da saúde não carregam diferenças marcantes entre si e, mesmo assim, seu surgimento na legislação deu-se em diferentes períodos, datando anos de distância entre a criação de uma e outra. Ademais, constata-se que, mesmo trabalhadores da saúde extremamente próximos a serviços já privatizados não têm a nítida percepção disso, ou, ao menos, de seu significado.

Ao estarem ameaçados os princípios do SUS, entende-se que o Projeto Ético Político do serviço social também está em risco. Afinal, da mesma forma em que este é construído e consolidado contemporaneamente aos princípios da Reforma Sanitária, é na mesma conjuntura da privatização da saúde que encontra percalços para ser defendido e colocado em prática. Ou seja, em momentos de crise do capital, as contradições da existência, na sociedade capitalista, de um projeto que se baseia na emancipação da classe trabalhadora através da construção de uma nova ordem societária e que se fundamenta em princípios como a democratização dos espaços, a participação social e a autonomia nitidamente passam a ranger mais alto. Assim, aos poucos, o projeto perde seu espaço e as possibilidades de se consolidar. Entretanto, entende-se que se deve afirmá-lo como um elemento muito importante na conjuntura atual, configurando-se como uma das sínteses mais avançadas no âmbito de perspectiva política e de classe da categoria do serviço social.

Assim, faz-se necessário e urgente traçar estratégias profissionais na via de contrapor esse ataque aos direitos que é a privatização da saúde. Aponta-se, dessa maneira, para o fortalecimento da participação social, seja no âmbito de espaços oficiais do controle social, seja no conceito amplo de mobilização, executado através das ações socioeducativas. Para isso, destaca-se o princípio do direito à informação como potencializador de processos de reflexão e explicitação das contradições da realidade, bem como de sinalizador da existência de serviços públicos de saúde, em vias de fortalecer esse caráter. Este é um princípio que não costuma ganhar destaque nos debates e sínteses teóricas da categoria, ou na própria prática do trabalho do/a assistente social, entretanto, reafirma-se aqui sua importância para a profissão.

Diante das possibilidades de estratégias profissionais expostas, faz-se essencial apontar, também, seus limites. Ou seja, entende-se que tais ações e perspectivas, construídas e colocadas em prática de forma isolada, irão colidir com os entraves intrínsecos à sociedade capitalista, em que uma profissão sozinha não tem capacidade de transformar uma realidade tão ampla de um conjunto de ataques violentos aos direitos sociais.

Ainda, aponta-se para a importância da generalização das lutas, uma vez em que o direito à saúde, o avanço no direito trabalhista no setor e a efetivação dos princípios do SUS não são somente interesse de uma categoria profissional ou de uma parcela de usuários da política, é interesse de uma classe. E, historicamente, se sabe que um dos principais determinantes para a balança da saúde estar pesando mais para o público é a luta social. Foi a conquista do SUS que demonstrou a necessidade da luta organizada e coletiva para a conquista das pautas de interesse da classe trabalhadora. Sendo assim, não deve ser diferente a saída para a efetivação de uma saúde pública e de qualidade pautada pelos princípios do SUS.

Por fim, aponta-se o desafio estabelecido para a defesa da saúde pública no ano de 2016. Trata-se da PEC “do Fim do Mundo”, ou PEC nº 55. Percebe-se que, diferentemente do processo de privatização em si, tal tentativa de congelamento dos investimentos públicos nos setores de educação e saúde por vinte anos não conseguiu ser silencioso e invisível. Acarretou numa reação gigantesca da população, reafirmando o fato de que a classe trabalhadora intervém nos processos que, em verdade, são expressão da luta de classes. Entende-se que é papel do serviço social se inserir nesses processos e contribuir para a construção da consciência crítica da população sobre a realidade concreta, para a mobilização da classe trabalhadora, e, finalmente, para as lutas de defesa da saúde pública.

REFERÊNCIAS

ADURN, Sindicato dos Docentes da UFRN. **Sobre a Proposta de Emenda Constitucional 241-2016**. Disponível em: <<http://adurn.org.br/secretaria/arquivos/abad60c70ce6272ffd9f041fbc849bb0.pdf>>. Acesso em: 20.11.2016.

ANTUNES, Jadir; BERNOIT, Hector. **O problema da crise capitalista em O Capital de Marx**. São Paulo: 2013.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica do Serviço Social; v. 2).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Histórias das Conferências de Saúde**. 2011. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. **Constituição Federal**. 1988.

_____. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000.

_____. **Lei Federal nº 9.790/99**, de 23 de março de 1999.

_____. **Lei Federal nº 9.637/98**, de 15 de maio de 1998.

_____. **Lei Municipal nº 11.062**, de 6 de abril de 2011.

_____. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080**. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 07 de novembro de 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Projeto Fundação Estatal – **Principais Aspectos / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**. Secretaria de Gestão – Brasília : MP, 2007.

_____. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração federal e Reforma do Estado. 1995.

BRAVO, Maria Inês Souza. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 105, p.185-187, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000100012&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2016.

_____. ; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões**. In: Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: 2011.

CARTA CAPITAL. **PEC nº241, a Moratória do Contrato Social**. 2016. Carta Capital. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/revista/918/pec-241-a-moratoria-do-contrato-social>>. Acesso em: 17.11.16.

_____. **Tribunal disponibiliza estudo comparativo entre o gerenciamento da administração direta dos Hospitais Estaduais Paulistas e aqueles feitos pelas Organizações Sociais da Saúde**. 2011. Disponível em: <http://www4.tce.sp.gov.br/sites/default/files/2011-10-03-Carta_Capital.pdf>. Acesso em: 16.11.2016.

CFESS, CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil**. In: Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: 2011. Rede Sirius.

CNS, Comitê Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. **Contextualização histórica das Conferências Nacionais de Saúde**. Conselho de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 03.11.2016.

CORREIA, Maria Valéria. **Por que ser contra os novos modelos de gestão do SUS?**. In: Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: 2011. Rede Sirius. 43 – 49 p.

_____. ; SANTOS, Viviane Medeiros. **Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão**. In: A Mercantilização da Saúde em Debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 33 - 39 p.

DIAS, Miriam Thais Guterres. **História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul**. In: Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro: 2012. v. 12 n. 3 p. 1024-1045.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 14 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

FALLEIROS, Ialê; LIMA, Júlio César França. **Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado**. In: A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Fiocruz. 2010. 1ª edição. <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/na-corda-bamba-de-sombrinha-a-saude-no-fio-da-historia>

FNCPS, FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE (Brasil). **Por um SUS público: 100% estatal e de qualidade**. 2011. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVUDZNSXBwN0EyWDg/view>>. Acesso em: 19.11.2016.

G1 - **Governo de MT gasta mais com OSS do que com gestão pública de saúde.** 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mato-grosso/noticia/2013/07/governo-de-mt-gasta-mais-com-oss-do-que-com-gestao-publica-de-saude.html>>. Acesso em: 17.11.16.

GIANNOTTI, Vito. **História das Lutas dos Trabalhadores no Brasil.** Rio de Janeiro: Mauad X, 2007.

GRANEMANN, Sara. **Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital.** In: Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: 2011.

IASI, Mauro. **O conceito e o “não-conceito” de classes em Marx.** In: Ensaio Sobre Consciência e Emancipação. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

KOETZ, Mariana Tesch Koetz. **Relatório Final de Estágio Curricular em Serviço Social I.** Porto Alegre: 2014.

KOETZ, Mariana Tesch Koetz. **Relatório Final de Estágio Curricular em Serviço Social III.** Porto Alegre: 2015.

MARE. **Organizações sociais. / Secretaria da Reforma do Estado.** Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 2)

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política: livro I.** Karl Marx; tradução de Reginaldo Sant'Anna. 32. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014. 1 v.

_____. **O Capital: crítica da economia política: livro I.** Karl Marx; tradução de Reginaldo Sant'Anna. 22. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 2 v.

_____. **Para a crítica da Economia Política.** São Paulo: Abril Cultural, 1982.

_____.; ENGELS, Friedrich. **Manifesto Comunista.** 1.ed. Revista - São Paulo: Boitempo, 2010.

MIOTO, Regina Célia. **Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias.** Atribuições Privativas e Competências do Assistente Social, Santa Catarina, p.407-512, dez. 2014.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 4 v.

NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. Biblioteca Básica do Serviço Social. V. 1.

PATROCÍNIA, Shirley Soares da Silva Marins do Patrocínio. MACHADO, Cristiani Vieira. FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro.** SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. ESPECIAL, P. 105-119, DEZ 2015

PMPA, Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Lei Nº 11.062, de 6 de abril de 2011.** Autoriza o Executivo Municipal a instituir, conforme determina, o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), revoga a Lei nº 10.861, de 22 de março de 2010, e dá outras providências.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90:** um projeto de desmonte do SUS. Campinas: 2000.

SILVELLO, Bruna. **TERCEIRIZAÇÃO, CAPITAL E ESTADO:** Uma abordagem crítica das consequências para a classe trabalhadora. Porto Alegre: 2015.