

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

GISLAINE DOS SANTOS SILVA

**A GESTÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
SÃO PAULO: a percepção dos trabalhadores**

**FRANCA
2015**

GISLAINE DOS SANTOS SILVA

**A GESTÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
SÃO PAULO: a percepção dos trabalhadores**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: “Serviço Social: Trabalho e Sociedade.”

Orientadora: Prof.^a Dra. Edvânia Ângela de Souza Lourenço

**FRANCA
2015**

Silva, Gislaine dos Santos.

A gestão nas unidades básicas de saúde no município de São Paulo: a percepção dos trabalhadores / Gislaine dos Santos

Silva. – Franca: [s.n.], 2015.

129f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientador: Edvânia Ângela de S. Lourenço.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Privatização. 3. Parceria público-privada. I. Título.

CDD – 362.85

GISLAINE DOS SANTOS SILVA

**A GESTÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
SÃO PAULO: a percepção dos trabalhadores**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de concentração: “Serviço Social: Trabalho e Sociedade.”

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____
Prof.^a Dra. Edvânia Ângela de Souza Lourenço

1º Examinador (a): _____

2º Examinador(a): _____

Franca, _____ de _____ de 2015.

*Aos meus pais, Tereza e Júlio, e aos meus irmãos, Júlio César e
Alexandro, pelo incentivo, amor e presença constante.*

AGRADECIMENTOS

A minha família, meus pais e irmãos, por sempre encorajarem a seguir em frente, mesmo quando o caminho esteve cheio de obstáculos, e me ampararem no percurso da vida.

À Cláudia e a Débora pela paciência, compreensão e conselhos em momentos angustiantes.

Aos meus amigos que estiveram ao meu lado durante o mestrado, entendendo a minha ausência e tornando os meus dias mais leve com palavras de incentivo e/ ou retirando-me do convívio dos livros em dias de sol. Em especial a Laís, Renata, Ana, Isabel, Elaine, Cristiane, Maria Aparecida (Cidinha), Tatiane, Aline, Aldrey, Veridiana, Edlaine, Rosangela, Erica, Vivi, Gláucia, Cris Benjamin e Priscila.

À Anita e ao Nando por me acolherem tão bem em Franca.

Ao Estevão pela paciência, carinho e presença tão importante nos últimos meses antes de concretizar a dissertação.

Aos trabalhadores da Prefeitura do município de São Paulo que fizeram parte da pesquisa e compartilharam as angústias e as experiências.

À Verônica pela disponibilidade em revisar o meu trabalho final.

À Professora Raquel Sant'Ana que me acompanha desde a graduação, sempre muito doce e com palavras de incentivo em momentos de insegurança.

À professora Edvânia por entender as dificuldades, estar presente e acreditar que seria possível concretizar este trabalho, sempre com muita doçura, comprometimento e com sorriso no rosto.

"A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar"
(Eduardo Galeano).

SILVA, Gislaine dos Santos. **A gestão nas Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo**: a percepção dos trabalhadores. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2015.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo identificar e analisar a percepção dos trabalhadores em relação aos diferentes modelos de gestão nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), da Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/ Perus, no município de São Paulo, e as possíveis interferências da gestão no cotidiano de trabalho. A atual política de saúde pública tem vivenciado uma mudança no que concerne à gestão de serviços, com o aumento da atuação das Organizações Sociais (OS) e das Parcerias Público-Privadas (PPP). A transferência de bens públicos para o setor privado ocorre com a justificativa da necessidade de alcançar uma maior produtividade e/ou eficiência na prestação de serviços, porém o que acontece de fato é a privatização dos serviços de saúde e como consequência o desmantelamento das políticas sociais públicas e do direito dos trabalhadores. A compreensão do objeto de estudo foi realizada através do movimento dialético da realidade, com apreensão das mediações necessárias para uma análise de totalidade, para tanto, foi escolhida a abordagem qualitativa, com pesquisa bibliográfica e de campo, por meio de entrevistas semi-estruturadas com 13 Sujeitos. Assim, o resultado do estudo aponta o crescimento da atuação das instituições parceiras nas UBS do município de São Paulo e precarização do trabalho de todos os trabalhadores, independentemente da forma de contratação.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. privatização da saúde. Atenção Básica. parceria público-privada.

SILVA, Gislaine dos Santos. **A gestão nas Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo: a percepção dos trabalhadores.** 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2015.

ABSTRACT

This work aims to identify and analyze the perception of employees for the different management models in the Basic Health Units (UBS), STS Pirituba / Perus, in São Paulo, and possible interference in daily work. The current public health policy has experienced a change regarding the management services, with increasing activity of Social Organizations (OS) and Public-Private Partnerships (PPP). The transfer of public assets to the private sector takes place on the grounds of the need to achieve greater productivity and / or efficiency in service delivery, but what happened is the privatization of health services and its impact on the lives of workers. Understanding the object of study was performed using the dialectical movement of reality with concern the necessary mediation for a full analysis and a qualitative approach was chosen, with bibliographic research and field, through semi -structured interviews with 13 subjects. So the result of the study shows the growth performance of the partner institutions at UBS in São Paulo and precarious employment of all workers, regardless of the form of contract.

Keywords: health system. privatization of health. primary care, public-private partnership.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos Sujeitos	24
Quadro 2 - Serviços de Saúde na STS Pirituba/ Perus	26

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Administrações regionais de saúde, distritos e unidades de saúde na cidade de São Paulo, 1992 75**
- Figura 2 - Distribuição da ESF, NASF e UBS por região no município de São Paulo..... 80**

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRSN	Coordenadoria Regional de Saúde Norte
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FMI	Fundo Monetário Internacional
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
HU	Hospital Universitário
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto Nacional de Administração da Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MPS	Ministério da Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado
PSP	Prefeitura de São Paulo
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIS	Projeto Qualidade Integral em Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
URRS	União da República Socialista Soviética
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO E ECONÔMICO MUNDIAL E BRASILEIRO NO PÓS II GUERRA.....	30
1.1 O cenário mundial pós II Guerra Mundial.....	31
1.1.1 A Guerra Fria: a disputa entre EUA e URSS	31
1.1.2 Crises do sistema capitalista pós II Guerra: algumas considerações.....	33
1.1.3 Consenso de Washington e as repercussões na América Latina	39
1.2 Influências do pensamento neoliberal no Brasil.....	41
1.3 Breves Considerações sobre o Governo Lula e Dilma e a tese do novo desenvolvimentismo	48
CAPÍTULO 2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	52
2.1 Antecedentes da Reforma Sanitária	53
2.2 Reforma Sanitária e a Construção do Sistema Único de Saúde (SUS).....	57
2.2.1 Os Princípios e diretrizes do SUS	60
2.3 A Política de Atenção Básica no Brasil.....	63
2.3.1 Estratégia Saúde da Família	66
2.3.2 Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF).....	67
2.4 Contrarreforma do Estado e a Política de Saúde no Brasil.....	68
CAPÍTULO 3 A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES EM RELAÇÃO À POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE PIRITUBA/PERUS	73
3.1 A Construção do SUS no município de São Paulo.....	74
3.2 Utopia da eficiência das OS	81
3.3 Privatização da Atenção Básica no município de São Paulo	88
3.4 Precarização do trabalho na Atenção Básica no município de São Paulo	92
3.4.1 Diferentes regimes de trabalho e diferença salarial.....	94
3.4.2 Gestão por resultados	98
3.4.3 Insegurança no/do trabalho e a alta rotatividade de trabalhadores.....	100

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
----------------------------------	------------

REFERÊNCIAS	110
--------------------------	------------

APÊNDICES

Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	122
---	-----

Apêndice B – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM O GERENTES DA UBS E PROFISSIONAL DO NASF	123
--	-----

Apêndice C – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM.....	124
--	-----

Apêndice D – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM ASSISTENTE SOCIAL	125
---	-----

Apêndice E – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS ADMINISTRATIVO	127
--	-----

Apêndice F – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM AGENTES COMUNITÁRIOS.....	128
---	-----

Apêndice G – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM PROFESSORA CONVIDADA	129
--	-----

INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como principal objetivo identificar e analisar a percepção dos profissionais em relação aos modelos de gestão presentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de São Paulo, especificamente na região onde está localizada a Supervisão Técnica de Saúde (STS) Pirituba/ Perus.

A origem do interesse pela temática está na experiência da pesquisadora como Assistente Social em uma Unidade de Saúde em São Paulo, e por meio da qual se pode observar a existência de trabalhadores com diferentes tipos de regimes trabalhistas no mesmo ambiente de trabalho. Assim, surgiram diversas inquietações e indagações sobre como, por exemplo, essa situação se materializa no dia-a-dia de trabalho dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) que atuam nas UBS e que são concursados ou são contratados por instituições parceiras.

Na década de 1990 a política de saúde pública no país sofreu significativas mudanças, seguindo uma tendência mundial de adotar os ideários do modelo neoliberal de governo. Para efetivar as orientações do Banco Mundial e acompanhar as mudanças propostas, no Brasil teve início a reforma administrativa do Estado, adotando medidas a partir das quais o mercado tornou-se o principal condutor das relações.

A reforma do aparelho do Estado foi justificada como necessária para combater a crise econômica da década de 1980, sendo que o Estado foi visto como o grande causador da queda da taxa de acumulação. Isso porque os formuladores da contrarreforma afirmavam que interferência Estatal criava obstáculos às relações econômicas e o mercado foi visto como solução (CORREIA, 2005; CARNEIRO JUNIOR, 2002).

A contrarreforma do Estado foi materializada com a criação do Ministério Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), conduzida pelo ministro Bresser Pereira, e a partir da elaboração do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), significando mudanças nas leis e regulamentos, além de representar um desmonte dos direitos conquistados pelos trabalhadores, e na questão do Estado delegar responsabilidades para a sociedade civil (BEHRING, 2008).

O PDRAE delimitou as funções do Estado em três núcleos: Núcleo Estratégico, Núcleo de Atividades Exclusivas e Núcleo de Serviços Não Exclusivos. Foi nesse último que o governo criou a propriedade pública não estatal, e deu condições para a expansão do terceiro setor (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1995).

As políticas sociais foram consideradas como serviços não exclusivos do Estado, assim, nessa lógica, o Estado passou a dividir a sua atuação com outras instituições públicas

não estatais e privadas. É nesse contexto que foi elaborado o “programa de publicização” através da Lei nº 9.637 (BRASIL, 1998a, online), criando as Organizações Sociais (OS), entidades de direito público e de caráter público não estatal, que passaram a administrar serviços públicos. Porém, deve-se ressaltar que o financiamento desses serviços continuou a ser realizado pela transferência de recursos públicos (BRASIL, 1998b).

Na área da Saúde também houve reforma administrativa, através da criação de um caderno específico para a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde, que foi elaborado pelo Ministério de Administração de Reforma do Estado. A proposta dessa reforma da saúde foi de reconhecer:

[...] o caráter prioritário das medidas preventivas de promoção e de proteção à saúde, mas só se refere a elas indiretamente. O que se espera é que as economias decorrentes do processo racionalizador venham propiciar recursos econômicos e financeiros para o desenvolvimento daquelas medidas. (BRASIL, 1998b, p. 12).

As propostas desse caderno trouxeram recomendações para os serviços de atenção primária, média (rede ambulatorial) e alta complexidade (rede hospitalar), com a proposta de o Estado oferecer os serviços básicos, e a rede hospitalar e ambulatorial ficar sob a gestão do setor público não estatal. Observa-se que a rede hospitalar e ambulatorial são aquelas que realizam os procedimentos mais caros, ou seja, os setores mais lucrativos.

Na área da Atenção Básica, a responsabilidade ficou a cargo do Estado, assim, seguindo orientações do Banco Mundial, através de um pacote de serviços essenciais a ser adotado pelo município em troca de receber recursos federais, o governo implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Saúde da Família (PSF)¹, e o Piso de Atenção Básica. O PSF tornou-se a principal estratégia para implantação da Atenção Básica (CORREIA, 2005).

Portanto, a reforma da área da Saúde demonstra o interesse do enxugamento dos gastos do Estado nessa política, e para isso criou mecanismos para transferir a gestão da política pública para as entidades sem fins lucrativos.

No município de São Paulo o SUS foi implantado tardiamente conforme será abordado posteriormente, e a Estratégia Saúde da Família foi implantando desde o início através de convênios com instituições parceiras, dessa forma, a política de saúde seguiu a tendência da reforma proposta no Caderno MARE n. 13 (BRASIL, 1998b).

¹ Atualmente o programa é denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF começou a ser implantado em 1996 no município de São Paulo, no entanto, não são todas as UBS que têm cobertura de equipe de ESF, assim, as UBS do Município estão organizadas da seguinte forma:

- UBS com Saúde da família: têm todos os profissionais contratados pela Instituição Parceira e têm a ESF;
- UBS de Ação Programática ou tradicional, organizadas sob o modelo de programas de saúde, nas quais o atendimento é realizado nas unidades, além de todos os trabalhadores serem servidores públicos. São conhecidas como Unidades Tradicionais (essa será a forma utilizada nesse trabalho);
- UBS Mistas: que estão em processo de implantação da ESF, mas dentro da mesma unidade acontece o atendimento pela Ação Programática e o atendimento pela ESF, de acordo com a demarcação da abrangência territorial. Nesse tipo de UBS há trabalhadores concursados – celetistas ou Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) – e contratados pela Instituição Parceira – CLT.

Dentro desse contexto, de diferentes tipos de UBS e com trabalhadores respondendo a regimes de trabalhos diversificados no mesmo local de trabalho, que se origina o interesse pela realização do presente estudo, com a hipótese de que essa situação pode interferir no cotidiano profissional.

Assim, para identificar e analisar a percepção dos trabalhadores nesses espaços, a pesquisa apresentou inicialmente os seguintes objetivos:

- Objetivo Geral:
 - . Analisar a percepção dos profissionais em relação ao(s) modelo(s) de gestão nas Unidades Básicas de Saúde e as possíveis interferências para o cotidiano de trabalho das equipes de saúde, no município de São Paulo, especificamente na região onde está localizada a Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/ Perus.
- Objetivos específicos:
 - . Verificar historicamente a constituição da política de saúde brasileira, com ênfase para o município de São Paulo;
 - . Caracterizar as principais modalidades de gestão na política pública de saúde, com ênfase para o município de São Paulo;
 - . Analisar a interlocução do Serviço Social nas Equipes do Núcleos de Apoio de Saúde da Família;

- . Conhecer as repercussões da gestão da saúde nas atividades desenvolvidas pelos profissionais nas UBS;
- . Identificar como a equipe NASF tem percebido as mudanças propostas e/ou efetivadas pelo modelo de gestão.

A metodologia utilizada para desenvolver esse trabalho foi a pesquisa qualitativa, considerando a perspectiva dialética, expressa por um processo de constantes mudanças nas dimensões econômica, política, social e cultural presentes na atual conjuntura de aprofundamento e expansão do capital, a partir dos processos de contrarreforma do Estado e de privatização da política de Saúde Pública.

Este estudo foi iniciado em 2012 e varias foram as etapas para sua concretização. Para o alcance dos objetivos definidos (gerais e específicos) utilizou-se da abordagem pesquisa bibliográfica e de campo.

Primeiramente, orientou-se pelo levantamento e estudo bibliográfico para permitir o conhecimento da temática. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, câmpus de Bauru, e da Prefeitura do Município de São Paulo, foram entrevistados 13 Sujeitos por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram obtidos junto aos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde, da Supervisão Técnica de Saúde (STS) Pirituba/ Perus.

É importante destacar que nos procedimentos metodológicos, o objetivo inicial era fazer uma caracterização das UBS que foram o lócus da pesquisa. No entanto, durante o processo de realização das entrevistas, foi solicitado à pesquisadora, principalmente pelos trabalhadores contratados pelas Instituições parceiras, que em nenhum momento da dissertação houvesse dados que pudessem identificá-los, com receio de represálias. Dessa forma, foi realizada a caracterização da região de Pirituba/ Perus, e em relação ao perfil dos Sujeitos foi feita uma caracterização abrangente, para que em nenhum momento, o trabalhador pudesse ser reconhecido através dos depoimentos. Além disso, também foi solicitado que não se utilizasse o nome verdadeiro da OS pela qual eles são contratados, portanto, quando foi preciso mencioná-la, utilizou-se a denominação de PARCEIRA.

Dessa forma, apesar do uso de roteiros de entrevistas (em anexos) não foram utilizados os trechos que pudessem identificar os sujeitos entrevistados, dessa forma, não foi possível analisar os seguintes objetivos específicos: a interlocução do Serviço Social nas Equipes do NASF; as repercussões da gestão da saúde nas atividades desenvolvidas pelos profissionais

nas UBS; e como a equipe NASF tem percebido as mudanças propostas e/ou efetivadas pelo modelo de gestão.

Para apresentar os resultados da pesquisa e elaborar um conhecimento que pudesse servir ao debate teórico, buscou-se no Capítulo 1, para entender a estrutura da política de Saúde, foi realizada uma discussão sobre o desenvolvimento capitalista no pós II Guerra Mundial e as mudanças ocorridas no mundo, provocadas pela mundialização do capital e as crises do sistema do modo de produção capitalista.

No Capítulo 1, buscou-se fazer uma discussão da construção da política pública de Saúde no Brasil e no município de São Paulo, considerando as consequências da lógica financeira nas políticas sociais, especificamente a de Saúde, na atualidade.

No Capítulo 3, foi exposto o resultado da pesquisa de campo, demonstrando a percepção dos trabalhadores referente aos diferentes modelos de gestão presentes nas Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo, especificamente na região onde está localizada a Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/ Perus, ocorridos principalmente após os anos de 1990.

Nas considerações finais foram retomados os tópicos para delinear como as UBS do município de São Paulo estão num processo de privatização e mercantilização dos serviços, e tal situação afeta a todos os trabalhadores, independentemente da forma de contratação.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Objeto de estudo e metodologia utilizada

Essa pesquisa teve como objetivo principal identificar e analisar a percepção dos profissionais em relação aos modelos de gestão presentes nas Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo, especificamente na região onde está localizada a Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/ Perus. Nesse sentido, buscou-se compreender como as diferentes modalidades de gestão nas UBS podem interferir no cotidiano de trabalho.

Para Minayo (2004, p. 17), a pesquisa é: “[...] a atividade básica de ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo.”

A compreensão do objeto de estudo foi realizada através do movimento dialético da realidade, com apreensão das mediações necessárias para uma análise de totalidade. Com isso, foi necessário entender o processo histórico de construção do SUS, bem como as

transformações ocorridas no mundo, decorrentes do modo de produção capitalista, e de como esse contexto afeta os trabalhadores da área da Saúde na STS Pirituba/ Perus.

A metodologia utilizada refere-se ao controle de cada técnica usada no desenvolver da pesquisa, ou seja, ela é o modo de conduzir a pesquisa de acordo com o objeto de estudo. Ao definir o método, o pesquisador deve ter claro que a metodologia é algo provisório, retificável e em permanente construção

[...] as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado. (MINAYO, 2004, p. 20).

Nesse sentido, o presente estudo apoiou-se em um método de pesquisa que contribui com uma leitura e reflexão sobre a realidade, e a escolha da abordagem qualitativa foi considerada a mais apropriada.

A pesquisa qualitativa responde à questões muito particulares; se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível da realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2004, p. 21-22).

Para realização da pesquisa foi realizado um estudo bibliográfico, que permitiu o conhecimento do tema por meio de abordagens realizadas por distintos autores, no intuito de compreender o objeto em estudo e construir uma fundamentação teórica capaz de aproximar-se da realidade específica.

De acordo com Cruz Neto (2004, p. 61), “[...] é preciso que tenhamos uma base teórica para podermos olhar os dados dentro de um quadro de referências que nos permite ir além do que simplesmente nos está sendo mostrado.”

A fundamentação teórica iniciou-se desde o início de 2012, com leituras de livros referentes à construção do SUS no Brasil e no município de São Paulo, como também de outros assuntos que permitissem compreender a complexidade que permeiam todo o objeto de estudo, tais como: modo de produção capitalista e crise do capital, contrarreforma do Estado, privatização da saúde, a situação dos trabalhadores na área da saúde.

Após o aprofundamento teórico ocorreu a pesquisa de campo. Utilizou-se como instrumento básico para a coleta de dados a entrevista semiestruturada. Esse tipo de técnica

permitiu acrescentar e reformular as perguntas durante o decorrer da entrevista, o que garantiu uma maior flexibilidade ao entrevistado na formulação das questões.

Para a realização da pesquisa de campo foi necessário submeter o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil para autorização do Comitê de Ética. No entanto, para desenvolver a pesquisa na Prefeitura de São Paulo foi necessária aprovação desta proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde. Observa-se que o caminho percorrido para obter as autorizações e a aprovação do Comitê de Ética teve bastantes dificuldades:

- 1) No segundo semestre de 2013 foram solicitadas autorizações aos gerentes das UBS para aplicar a pesquisa nas suas Unidades, no entanto, nem todos responderam, e de outros a resposta foi negativa.
- 2) Em janeiro de 2014 foi possível ter autorizações de três UBS: Uma UBS tradicional ou com ações programáticas; uma UBS mista e uma UBS com ESF.
- 3) Em fevereiro de 2014 o Supervisor de Saúde da região de Pirituba/ Perus deu parecer favorável para a realização da pesquisa, encaminhando o projeto para o Coordenador de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Norte, para sua apreciação; o Coordenador de Saúde também deu parecer favorável para realizar a pesquisa, dessa forma foi possível fazer o cadastro e submeter o projeto na Plataforma Brasil;
- 4) Em 10/06/2014 o projeto foi aprovado na Plataforma Brasil, pelo CEP da faculdade UNESP – câmpus Bauru, porém era necessário também ser apreciado pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde, dessa forma sua aprovação ocorreu em 27/06/2014.

Após a aprovação do projeto no CEP foi realizado contato com as UBS para realizar as entrevistas com os trabalhadores, mas no mês de julho/2014 ocorreu a Copa do Mundo no Brasil e, além disso, nesse mês muitos trabalhadores saem de férias, dessa forma, a aplicação das entrevistas aconteceu entre agosto/2014 até o final de setembro/2014.

As entrevistas foram preparadas em novembro de 2013, a partir de seis roteiros norteadores destinados para o Gestor e profissional do NASF, enfermeiro, Assistente Social, profissional Administrativo e Agente Comunitário de Saúde (ACS) (apêndice B, C, D, E e F, respectivamente). É necessário frisar que as entrevistas realizadas constituem a principal fonte de dados a ser empregada nesse trabalho.

Elas obedeceram às normas éticas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim foram respeitados os princípios éticos quanto ao **sigilo** da identidade dos

entrevistados, o que assegura a privacidade dos Sujeitos em relação aos dados confidenciais que possam oferecer à pesquisadora (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

As entrevistas foram gravadas com recurso tecnológico de áudio - mp4 - por meio da autorização prévia dos Sujeitos entrevistados, segundo assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), posteriormente transcritas e analisadas. Este recurso permitiu à pesquisadora relatar de maneira real a fala dos entrevistados.

A pesquisadora ficou com o compromisso de retornar aos Sujeitos entrevistados os resultados desta pesquisa, bem como socializá-la por meios de textos e demais produções bibliográficas. Essa é uma forma da sociedade e dos Sujeitos envolvidos na pesquisa participarem dos benefícios dos conhecimentos gerados.

Conforme exposto anteriormente, a metodologia é algo que está em permanente construção, nesse sentido a mudança no número de indivíduos para entrevista não alterou o propósito inicial da pesquisa. Essa não se baseou no critério numérico para garantir sua representatividade, mas na escolha de Sujeitos capazes de prestar informações relacionadas ao objetivo.

[...] trabalhamos com a concepção de Sujeito coletivo, no sentido de que aquela pessoa que está sendo convidada para participar da pesquisa tem uma referência grupal, expressando de forma típica o conjunto de vivências de seu grupo. O importante, nesse contexto, **não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses Sujeitos tem, em função do que estamos buscando com a pesquisa.** (MARTINELLI, 1999, p. 24, grifo da autora).

Inicialmente foram escolhidos 15 trabalhadores para realizar as entrevistas:

- 01 Assistente Social que trabalha no NASF;
- 02 Assistentes Sociais que trabalham em UBS, sendo uma que trabalha numa unidade tradicional e outra em Unidade Mista;
- 03 Enfermeiros (as), sendo um de cada tipo de UBS;
- 02 Agentes de Saúde;
- 03 Profissionais administrativos, sendo um que trabalha numa unidade tradicional, outro com gestão de OS e outro numa unidade mista;
- 03 Gestores, sendo um de cada tipo de UBS;
- 01 profissional do NASF, para preservar sua identidade não será identificado sua ocupação.

Para a realização das entrevistas existiu a necessidade de fazer algumas modificações, pois dois profissionais contratados por Instituição Parceira, por motivo de compromissos profissionais, não conseguiram agendar um dia para serem entrevistados, então a pesquisa de campo foi realizada com 13 profissionais e não 15 conforme previsto anteriormente. A escolha foi realizada aleatória, de acordo com o horário de trabalho dos profissionais entrevistados que estavam na Unidade de plantão no momento que a pesquisadora foi realizar a pesquisa de campo, após autorização da gerente da Unidade. Além disso, foi realizada entrevista com a Prof.^a Dra. Maria Valéria Correia, professora da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, durante o Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde, ocorrido em abril de 2014, na cidade de São José dos Campos.

Para se chegar às categorias que subsidiaram as análises da pesquisa de campo utilizou-se da análise de conteúdo para a escolha das falas mais representativas de cada categoria. Portanto, para este estudo, foram selecionados apenas aqueles trechos das entrevistas que dialogavam diretamente com as categorias ora descritas:

- utopia da eficiência das OS;
- privatização da Atenção Básica no município de São Paulo;
- precarização do trabalho.

Caracterização dos Sujeitos

O objetivo inicial para caracterizar os Sujeitos era descrevê-los com todas as informações que foram levantadas durante a aplicação do roteiro norteador, no entanto, no transcorrer da entrevista os trabalhadores, principalmente os contratados pela Instituição Parceira, pediram para que em nenhum momento houvesse alguma menção por meio da qual pudessem ser reconhecidos, por medo de sofrer represálias. Dessa forma foi elaborado um quadro para apresentar de forma geral os Sujeitos da pesquisa:

Quadro 1 - Caracterização dos Sujeitos

ENTREVISTADOS	ESCOLARIDADE	SEXO	IDADE	ANOS NA PREFEITURA OU NA PARCEIRA	UBS	VINCULO CONTRATUAL
Sujeito A	Superior	Feminino	40 anos	5 anos	UBS 2	Estatutário
Sujeito B	Superior	Feminino	46 anos	15 anos	UBS 1	Estatutário
Sujeito C	Superior	Masculino	29 anos	1 ano e 5 meses na parceira	UBS 3	Celetista
Sujeito D	Superior	Feminino	39 anos	5 anos na parceira	UBS 2	Celetista
Sujeito E	Ensino Médio	Feminino	55 anos	8 anos na parceira	UBS 3	Celetista
Sujeito F	Ensino Superior Cursando	Feminino	31 anos	10 anos	UBS 2	Estatutário
Sujeito G	Ensino Superior Cursando	Masculino	26 anos	9 anos na parceira	UBS 3	Celetista
Sujeito H	Superior Completo	Masculino	46 anos	12 anos	UBS 1	Estatutário
Sujeito I	Superior Completo	Feminino	33 anos	6 anos na parceira	UBS 3	Celetista
Sujeito J	Superior Completo	Feminino	31 anos	5 anos na parceira	UBS 2	Celetista
Sujeito L	Superior Completo	Feminino	63 anos	38 anos	UBS 1	Estatutário
Sujeito M	Superior Completo	Feminino	55 anos	23 anos	UBS 2	Estatutário
Sujeito N	Superior Completo	Feminino	56 anos	22 anos	UBS 1	Estatutário

Fonte: Coleta de dados específicos para a realização desse estudo. Elaborado por Gislaíne dos Santos Silva.

Tipos de UBS

UBS 1 – Tradicional

UBS 2 – Mista

UBS 3 – Parceria

As entrevistas ocorreram com 13 trabalhadores, sendo que quatro foram de UBS tradicional, cinco de UBS mista e quatro de UBS com ESF. Dentre eles, sete trabalhadores têm vínculo estatutário e seis são celetistas.

A maioria dos entrevistados é do sexo feminino, totalizando dez trabalhadoras, apenas três homens participaram da pesquisa. Dessa forma, percebe-se a predominância das mulheres no serviço de cuidados, como a saúde. Observou-se que a faixa etária varia de 26 a 63 anos.

Em relação à escolaridade, dez Sujeitos têm o curso superior concluído, dois cursando e apenas um tem o Ensino Médio completo. Tal situação reflete as mudanças na sociedade em relação à autonomia das mulheres em cursar nível superior, como também mostra a facilidade de acesso nos últimos anos aos cursos de graduação pela população.

Observou-se que os trabalhadores oriundos de concursos públicos têm mais tempo de serviço na prefeitura do que aqueles contratados pela Instituição Parceira - de 01 a 05 anos: quatro trabalhadores, sendo que três são contratados pela parceira; de 06 a 10 anos: quatro trabalhadores, sendo que três são contratados pela parceira; de 11 a 20 anos: dois trabalhadores oriundos de concurso público; acima de 20 anos: três trabalhadores oriundos de concurso público.

Caracterização da região

Inicialmente, pensou-se em caracterizar as UBS nas quais foram realizadas as entrevistas, porém, a pedido dos Sujeitos, para garantia de maior anonimato, será caracterizada a região onde está localizada a Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/ Perus.

Região de Pirituba/Perus

O município de São Paulo tem uma população estimada em 11.376.685 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Censo de 2010 (IBGE, 2010), numa área de 1530 km. Dessa forma, considerando a dimensão do município e sua complexidade na rede de serviços de Saúde, escolhemos uma região específica: o território onde está localizado a Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/ Perus², que está subordinada à Coordenadoria Regional de Saúde Norte. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, a população da região estudada, em 2011 era de aproximadamente 592.813 pessoas.

No território estão localizados os seguintes serviços públicos de Saúde – junho de 2014:

² A escolha da localidade se deu pelo pioneirismo da região na implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS).

Quadro 2 - Serviços de Saúde na STS Pirituba/ Perus

SERVIÇOS	QUANTIDADE
Hospital Municipal	1
Pronto- Socorro Municipal	1
Ambulatório de Especialidades	2
AMAs– Assistência Médica Ambulatorial	9
AMAs E – Assistência Médica Ambulatorial Especialidades	2
UBS – Unidade Básica de Saúde	27
CAP AD Álcool e Drogas, Adulto e Infantil	4
Outros Serviços de Saúde Mental	5
Saúde Bucal	1
DST/ AIDS – Serviços Especializados	1
NIR/NISA – Reabilitação e Saúde Auditiva	3
UAD – Unidade de Assistência Domiciliar – Atenção Básica	3

Fonte: PREFEITURA DE SÃO PAULO (online) - junho/2014.

A região que abrange a STS de Pirituba/Perus é composta por duas unidades administrativas do governo municipal. A Subprefeitura de Pirituba compreende os Distritos de Jaraguá, Pirituba e São Domingos; e a Subprefeitura de Perus abarca os Distritos de Perus e Anhanguera. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura de São Paulo (PSP) está subdividida em cinco Coordenadorias Regionais: Norte, Leste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

A STS de Pirituba/Perus está vinculada à Coordenadoria Regional de Saúde Norte (CRSN). A região de Pirituba/Perus abrange uma área extensa, visto que são duas subprefeituras, as quais comportam cinco distritos com características bastante diversas entre si. Exemplificando, na Subprefeitura de Pirituba há três distritos, e a população tem condições socioeconômicas bastante diversificadas, dependendo do bairro em que vivem.

Subprefeitura de Perus

A Subprefeitura de Perus é composta por dois distritos administrativos, o de Perus e o de Anhanguera. O Distrito de Perus foi reconhecido pela Câmara Municipal em 21 de setembro de 1934 (PSP, 2014). O Distrito de Anhanguera surgiu acompanhando o trecho da Rodovia Anhanguera, estrada que era conhecida como São Paulo – Campinas, e que foi inaugurada em 1º de maio de 1921 (DINIZ, 2012, p. 126). A Subprefeitura de Perus tem 146.046 habitantes, dos quais 65.859 são do Distrito Anhanguera e 80.187 do Distrito de Perus (IBGE, 2010).

Segundo o histórico da Subprefeitura de Perus, há duas possibilidades da origem do nome Perus (PSP, 2014). A primeira é que a denominação tenha surgido devido a uma antiga moradora, Dona Maria, que teria ficado bastante conhecida por servir refeições para os tropeiros que passavam pela região. Essa moradora, que era criadora de aves, especialmente de perus, passou a ser chamada de Dona Maria dos Perus. Assim, as pessoas que iam para o bairro passaram a associar a região ao nome da moradora "vou onde tem perus" (PSP, 2014). A segunda possibilidade é que a origem do nome seja proveniente da língua tupi-guarani, em decorrência de uma justaposição e modificação do nome real "PIRU", que traduzido significa em português "pôr-se apertado, à força" (PSP, 2014). Segundo Diniz (2012, p. 115), essa expressão é utilizada em decorrência dos morros e montanhas que existem na região.

A área da Subprefeitura de Perus está localizada na zona noroeste da cidade de São Paulo, por onde passam as rodovias Bandeirantes e Anhanguera. Faz divisas com os Municípios de Caieiras, Cajamar, Osasco e Santana de Parnaíba. Recentemente o Rodoanel Mário Covas, pelo trecho Oeste, ativou uma divisa com o Município de Barueri, antes inexistente (PSP, 2014).

Após a inauguração da Estação Ferroviária, em 1867, ligada à empresa São Paulo Railway Company, a região adquire importância, pois garantiu a ligação das fazendas locais com as cidades de Jundiaí, São Paulo e Santos. Nesse contexto é que o bairro começa seu processo de urbanização (DINIZ, 2012, p. 116-117).

Os principais marcos desse período são a chegada da Companhia Melhoramentos de São Paulo, em 1890; a inauguração do Hospital Psiquiátrico do Juquery, em 1898, na cidade vizinha de Franco da Rocha; a instalação da Estrada de Ferro Perus-Pirapora, em 1910; e o estabelecimento da Fábrica de Pólvora, que nos primeiros anos da República torna-se a principal fornecedora de munição para o Porto de Santos (PSP, 2014).

Nas décadas de 1920 e 1930, com a chegada de grandes fábricas na região, o número de moradores aumenta consideravelmente, composto especialmente por trabalhadores das indústrias (DINIZ, 2012, p. 118-119). Perus abrigou em seu território a primeira fábrica de cimento do país, a Companhia Brasileira de Cimento Portland Perus (1926 - 1980), desativada depois de muita pressão popular (PSP, 2014).

Os dados do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS³/2010) apresentam que 38.770 pessoas (em 10.867 domicílios) vivem em setores censitários de alta e de muito alta vulnerabilidade social. Há 5.146 famílias cadastradas no CadÚnico, “[...] sendo 6.738 crianças e adolescentes (0 a 17 anos), 8.862 jovens e adultos e 872 idosos.” Informações que segundo a SMADS, demonstram a clara necessidade de expansão da rede socioassistencial. Além disso, 475 domicílios declararam ter renda per capita de 1/8 salários mínimos e 8903 domicílios com renda de até ½ salário mínimo (PSP, 2013, p. 79).

Subprefeitura de Pirituba

A Subprefeitura de Pirituba está localizada na zona norte da cidade e abrange os Distritos de Pirituba, Jaraguá e São Domingos. Tem 437.592 habitantes, dos quais 184.818 são moradores do Distrito do Jaraguá, 167.931 vivem no Distrito de Pirituba, e 84.843 no Distrito de São Domingos (IBGE, 2010).

Segundo a Prefeitura de São Paulo ([2014]), o Distrito de Pirituba tem 128 anos de existência; o Distrito do Jaraguá tem 122 anos; e o de São Domingos, a primeira gleba oficialmente reconhecida tem 51, e a segunda tem 46 anos de existência.

A denominação Pirituba é decorrente da junção da palavra "piri", que significa vegetação de brejo, com o aumentativo "tuba", que na língua tupi tem o significado de "muito." A emergência no século XIX ocorre como decorrência de grandes fazendas de café, especialmente as Fazendas Barreto, do Brigadeiro Tobias e a Jaraguá.

Devido à forte influência política dos fazendeiros e a importância que a produção de café tinha para a economia naquele momento histórico, foi construída a Estação de Pirituba, com a finalidade de escoar os carregamentos que se destinavam ao porto de Santos. A inauguração da Estação de Trem, em 1º de fevereiro de 1885, é uma referência histórica da região de Pirituba (PSP, [2014]).

³ O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE), fornece dados em relação a questão da desigualdade dentro dos municípios e a situação das suas áreas de concentração de pobreza. Além de examinar as condições de vida da população, como renda, escolaridade, saúde, condições de inserção no mercado de trabalho, o acesso aos serviços prestados pelo Estado.

Após a morte do proprietário da Fazenda Barreto ocorre a partilha entre os seus herdeiros, e as terras são divididas em dois lotes no ano de 1926, com isso duas vilas começam a se desenvolver ao lado da Estação (PSP, [2014]). Nos anos seguintes outras partes da Fazenda Barreto são loteadas, formando novas vilas, dentre elas a Vila Bonilha, Vila Zatt, Vila Maria Trindade, Vila Mirante e Jardim São José (PSP, [2014]).

Segundo dados da PSP ([2014]), o Parque São Domingos tem origem após a morte do coronel Anastácio de Freitas Trancoso, que cultivava em suas fazendas cereais, café e chá. Em 1856 seus descendentes venderam a fazenda ao brigadeiro Rafael Tobias de Aguiar e à sua mulher, Domitila de Castro. No ano de 1917 a Companhia Armour do Brasil compra as fazendas, e em 1950 partes das terras são loteadas dando origem ao Parque São Domingos, nome que homenageia o santo católico São Domingos Sávio.

A área do Jaraguá abrange além do pico, a estação de trem Jaraguá, inaugurada em 1891 com o nome de Taipas – teve o nome alterado posteriormente para Pirituba. Segundo informações da PSP ([2014]), “[...] as primeiras referências históricas da região datam do início do século XVI, quando Martim Afonso de Souza colheu informações sobre os recursos naturais e minerais da região.” Em 1939 a fazenda na qual se localiza o morro do Jaraguá é adquirida pelo governo do Estado. No ano de 1961 é criado o Parque Estadual do Jaraguá (PSP, [2014]).

De acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social de 2010, há em Pirituba 51.201 pessoas (14.077 domicílios) vivendo em setores censitários de alta e muito alta vulnerabilidade social. Além disso, em Pirituba 1035 domicílios declararam ter renda per capita de até 1/8 do salário mínimo e 18.926 domicílios com renda de até 1/2 salário mínimo, sendo que a maior concentração de domicílios em situação de baixa renda está localizada no distrito do Jaraguá (PSP, 2013, p. 81).

**CAPÍTULO 1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO E
ECONÔMICO MUNDIAL E BRASILEIRO NO PÓS II GUERRA**

Para melhor compreensão da estrutura da política de saúde brasileira, buscou-se fazer uma breve discussão do desenvolvimento do sistema capitalista no contexto histórico mundial e brasileiro, a partir do período pós II Guerra Mundial. O objetivo é abordar a política keynesiana, a mundialização do capital, as transformações de nível mundial após as crises do modo de produção capitalista e suas consequências na política de saúde.

1.1 O Cenário mundial pós II Guerra Mundial

1.1.1 A Guerra Fria: a disputa entre EUA E URSS

No período pós II Guerra Mundial emergiu o confronto indireto entre duas grandes potências: Estados Unidos (EUA) e União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Essa disputa tornou-se conhecida como Guerra Fria por causa das disputas estratégicas e conflitos indiretos entre os dois países, disputando a hegemonia política, econômica e militar mundial (HOBSBAWN, 2001).

A Guerra Fria teve como principal característica a bipolarização mundial, com a URSS liderando o bloco socialista e exercendo influência nos países do Leste Europeu, em algumas nações da Ásia, da África e Cuba, na América Central. Do outro lado os EUA, que ajudaram na reconstrução de países pós II Guerra, como Itália, França, Reino Unido, dentre outros, e exerceu forte influência sobre o restante dos países do mundo capitalista, hemisfério norte e Oceania, além da América Latina, onde patrocinou e articulou governos militares ditatoriais (HOBSBAWN, 2001).

A bipolarização mundial ficou explícita a partir de 1947 quando Harry Truman, na época presidente dos Estados Unidos, criticava a URSS em vários pronunciamentos, expressando a necessidade de conter o avanço comunista no mundo, isso deixou nítido o confronto ideológico entre essas duas potências, e tornou-se conhecido como Doutrina Truman⁴.

Durante o governo de Truman, foi criado o Plano Marshall (1947) para a reconstrução dos países europeus devastados pela guerra, utilizado depois também ao Japão. O Plano oferecia aos países empréstimos com juros baixos e investimentos para que pudessem se recuperar economicamente (HOBSBAWN, 2001).

⁴ A Doutrina Truman ficou caracterizada como a intervenção e apoio dos EUA às regiões que desejavam se manter livres do expansionismo soviético (HOBSBAWN, 2001).

Em contrapartida, a URSS procurou criar mecanismos que impedissem seus aliados de ficar interessados nos benefícios proposto pelo Plano Marshall, assim, criou em 1949 o Conselho Econômico de Assistência Mútua (Comecon) para organizar a reconstrução do bloco socialista pós-guerra (HOBSBAWN, 2001).

Outro ponto de destaque nesse período foi a criação da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) em 1949 pelos Estados Unidos e outros países capitalistas, com a finalidade de deter uma possível agressão soviética. Em contraponto, a URSS e seus aliados formaram o Pacto de Varsóvia em 1955, que visava a ajuda militar em caso de um ataque do bloco capitalista.

Apesar de não ter ocorrido um conflito armado direto, foi um período em que a ideia da possibilidade de acontecer novamente uma guerra a qualquer momento era muito grande, caso ocorresse poderia devastar a humanidade⁵, isso porque os dois países possuíam grande quantidade de armamento nuclear.

De acordo com Hobsbawn (2001, p. 227) “[...] ambos usaram a ameaça nuclear, quase com certeza sem intenção de cumpri-la, em algumas ocasiões: os EUA para acelerar as negociações de paz na Coreia e no Vietnã (1953, 1954), a URSS para forçar a Grã-Bretanha e a França a retirar-se de Suez, em 1956.”

A ordem bipolar se manteve durante mais de quatro décadas, a partir dos anos de 1970 ocorreu a diminuição da intensidade na corrida armamentista, ocasionada pelo fracasso da intervenção americana no Vietnã, elevados custos da manutenção de conflitos no exterior e pelo choque do Petróleo.

Os destaques na década de 1980 foram a eleição de Ronald Reagan (1981-1989) nos Estados Unidos, marcando o fim do “*New Deal*”⁶, e a adoção do ideário neoliberal, consequentemente a redução dos gastos sociais pelo Estado. Na URSS, a eleição para presidente de Mikhail Gorbachev (1985-1991) foi num período em que o país atravessava uma crise econômica. Como alternativa, o então presidente implementou a Glasnost, abertura política, priorizando uma maior liberdade autorizava a entrada gradual de multinacionais; a existência de empresas privadas, e estimulava a concorrência entre as empresas; e a Perestroika, reestruturação econômica.

⁵ “A crise dos mísseis cubanos de 1962, um exercício de força desse tipo inteiramente supérfluo, por alguns dias deixou o mundo à beira de uma guerra desnecessária, e na verdade o susto trouxe à razão por algum tempo até mesmo os mais altos formuladores de decisões.” (HOBSBAWN, 2001, p. 227).

⁶ Franklin Roosevelt, eleito presidente dos Estados Unidos em 1932, com a finalidade de reerguer a economia do país após a crise de 1929, implantou o “*New Deal*.” Programa com ações que conciliavam questões econômicas e sociais, como: controle na emissão de valores monetários, investimentos em setores da indústria e a criação de políticas de emprego (HOBSBAWN, 2001, p. 278).

Em 1989, aconteceu a queda do muro de Berlim, maior símbolo da Guerra Fria, e a reunificação da Alemanha (Ocidental com Oriental). Em 1991, foi decretado oficialmente o fim da URSS, com a criação da Comunidade dos Estados Independentes (CEI), organização formada pela Rússia, Ucrânia, Bielo-Rússia, Cazaquistão e Uzbequistão.

O fim da URSS representou a finalização da bipolaridade mundial, período marcado por embates políticos, ideológicos e militares, além disso, pela expansão do modo econômico capitalista nos países socialistas.

1.1.2 Crises do sistema capitalista pós II Guerra: algumas considerações

O contexto histórico mundial no pós II Guerra além de ser marcado pela Guerra Fria, também teve destaque a expansão do modo de produção capitalista, caracterizado por altas taxas de crescimento econômico, ampliação de empregos e salários, como também pela forte intervenção do Estado (MOTA, 2009).

Esse período tornou-se conhecido como “Anos Dourados”, com o crescimento econômico mundial, a ampliação da proteção social, da renda e uma considerável melhora na qualidade de vida dos trabalhadores (BEHRING, 2009; HOBBSAWN, 2001).

Nesse cenário a teoria econômica keynesiana, do economista John Maynard Keynes (1883-1943), prevalecia com força desde a depressão econômica que o mundo vivenciou em 1929⁷.

O pensamento de Keynes influenciou na elaboração do *Relatório Beveridge*, publicado em 1942, na Inglaterra, documento que propôs diversas reformas no âmbito da seguridade social e contribuiu para a consolidação do *Welfare State* inglês (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 59).

A implantação do *Welfare State*, a princípio na Grã Bretanha, depois expandindo para outros países, tinha como principal característica a intervenção estatal na economia, limitando a livre operação do mercado e ampliando a promoção da seguridade e assistência social e da garantia do pleno emprego (ANTUNES, 2001).

⁷ A grande depressão econômica de 1929, com seus dramáticos efeitos inflacionários e depressivos, redundando num aumento assustador do desemprego, provocou em todo mundo ocidental tensões sociais agudas que exigiram do Estado capitalista franca regulação estratégica. Para tanto, esse Estado teve que assumir despesas consideráveis para sustentar o emprego e oferecer melhores condições de vida aos trabalhadores, valendo-se inclusive, de um corpo doutrinário que lhe deu, por mais trinta anos, suporte teórico e político – o keynesianismo, que serviu de base ao regime de produção fordista (PEREIRA, 2001, p. 32 apud SALVADOR, 2010b, p. 55 -56).

A partir da década de 1970, o mundo passou a presenciar uma crise do sistema de produção capitalista. Após um período próspero de acumulação e auge do fordismo, o capital passou a dar sinais de crise, e os fatores que a impulsionaram foram: a tendência decrescente da taxa de lucro decorrente do excesso de produção; o esgotamento do padrão de acumulação fordista/ taylorista; a desvalorização do dólar; a crise do *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social; crise do petróleo e a intensificação das lutas sociais (CHESNAIS, 2005; MOLLO, 2011; VIANNA, 2000).

De acordo com Hobsbawn (2001), os 20 anos após 1973 foram um período marcado pela instabilidade e crises, sendo que nas regiões capitalistas desenvolvidas as crises não eram reconhecidas e nem admitidas, eram reconhecidas como “recessões.”

Para Mézaros (2011), as raízes da crise encontram-se no atual estágio de desenvolvimento capitalista, isso porque o sistema sócio metabólico do capital só é capaz de reproduzir-se através de um modo de produzir essencialmente destrutivo, e que é contra qualquer perspectiva de preservação, tanto natural quanto social.

Assim, a crise estrutural do capital⁸ não afeta apenas a esfera socioeconômica, mas também todas as dimensões da sociedade; o domínio do capital assumiu um caráter universal, à medida que alcança os lugares mais distantes do planeta, assim, “[...] o capital não pode ter outro objetivo que não sua própria auto-reprodução, a qual tudo, da natureza a todas as necessidades e aspirações humanas, deve se subordinar absolutamente.” (MÉSZAROS, 2011, p. 800).

⁸ “• A crise estrutural do capital que começamos a experimentar nos anos 70 se relaciona, na realidade, a algo muito mais modesto que as tais condições absolutas. Significa simplesmente que a tripla dimensão interna da autoexpansão do capital exibe perturbações cada vez maiores. Ela não apenas tende a romper o processo normal de crescimento, mas também pressagia uma falha na sua função vital de deslocar as contradições acumuladas do sistema.

- As dimensões internas e condições inerentes à autoexpansão do capital constituíram desde o início uma unidade *contraditória*, e de modo algum não problemática, na qual uma tinha que ser “subjugada” à outra [...] de modo a fazer funcionar o complexo global. Ao mesmo tempo, enquanto a reprodução ampliada de cada uma pudesse continuar imperturbada [...], não só cada uma das dimensões internas contraditórias poderia ser fortalecida separadamente como elas também poderiam funcionar em uma harmonia “contrapontual.”

- A situação muda radicalmente, porém, quando os interesses de cada uma deixam de coincidir com os das outras, até mesmo em última análise. A partir deste momento, as perturbações e “disfunções” antagônicas, ao invés de serem absorvidas/dissipadas/desconcentradas e desarmadas, tendem a se tornar *cumulativas* e, portanto, *estruturais*, trazendo com elas um perigoso bloqueio ao complexo mecanismo de *deslocamento das contradições*. Desse modo, aquilo com o que nos confrontamos não é mais simplesmente “disfuncional”, mas potencialmente muito explosivo. Isto porque o capital nunca, jamais, *resolveu* sequer a menor de suas contradições.

- Nem poderia fazê-lo, na medida em que, por sua própria natureza e constituição inerente, o capital nelas *prospera* (até certo ponto, com relativa segurança). Seu modo normal de lidar com contradições é intensificá-las, transferi-las para um nível mais elevado, deslocá-las para um plano diferente, suprimi-las quando possível, e quando elas não puderem mais ser suprimidas exportá-las para uma esfera ou um país diferente. É por isso que o crescente bloqueio no deslocamento e na exportação das contradições internas do capital é potencialmente tão perigoso e explosivo.” (MÉSZÁROS, 2011, p. 799-800, grifo do autor).

A crise estrutural do capital deixa nítida a contradição entre o capital e o trabalho, evidenciando a exaustão no modo de produção capitalista. Além de mostrar a submissão das necessidades humanas ao poder alienante da expansão do capital, o trabalho humano transformado em mercadoria (MÉSZAROS, 2011).

A crise da década de 1970 deixou grande parcela da população mundial em situação de pobreza, desemprego estrutural, subemprego, precário sistema de saúde e transporte público, fome e péssimas condições de moradia (MÉSZAROS, 2011).

Nesse contexto, o autor afirma que essa crise não se origina por si só em algumas regiões obscuras, mas reside dentro e emana de três dimensões internas: produção, consumo e circulação/ distribuição/realização, assim quando elas estão funcionando normalmente não há crise estrutural, porém pode haver outros tipos de crises, como a cíclica⁹, que não vão afetar as três dimensões em conjunto.

Para Chesnais (1996), o processo de acumulação do capital sofreu profundas transformações com o esgotamento do fordismo, assim, na década de 1970 numa escala mundial os países sofreram com as consequências da crise, que o autor define como de sobreacumulação.

[...] as crises são sempre fundamentalmente crises de superacumulação das capacidades de produção, no qual o corolário é a superprodução de mercadorias. Esta superacumulação e esta superprodução são “relativas”; o ponto de referência é a taxa de lucro mínima na qual os capitalistas continuam a investir e a produzir. A amplitude da superacumulação hoje se deve a que as condições específicas que conduziram à crise e que a prolongam mascararam, durante um tempo, o movimento subjacente de baixa do lucro. Trata-se de algo completamente diferente da euforia clássica dos booms de fim de ciclo e menos ainda de fatos imputáveis aos traders. (CHESNAIS, 2012, [p. 8]).

Nesse contexto de reestruturação do sistema capitalista, após a crise da década de 1970 buscou-se recompor a rentabilidade do capital, que se encontrava em queda acentuada, e aumentaram as críticas ao modelo keynesiano.

Um dos teóricos que criticava o Estado intervencionista de Keynes, desde os anos de 1940, era Friedrich Von Hayek (1899-1992), pois considerava que a concorrência no mercado era o que levava à liberdade, assim, essa era a única forma de desenvolvimento socioeconômico. Ele foi idealizador e fundador da Sociedade de *Mont Pèlerin* em 1947 na

⁹ A crise de natureza cíclica mais conhecida ocorreu em 1929-1933, ocasionada pela quebra da Bolsa de Valores de Nova York. Apesar do grande desastre econômico e social que esse tipo de crise provoca, com as falências, o desemprego, a destruição de riqueza produzida, o rebaixamento dos salários etc., as crises cíclicas permitem soluções, ainda que protelatórias e de efeito temporário, dentro do marco referencial do próprio sistema do capital (MÉSZAROS, 2011).

Suíça, que era composta por pessoas reconhecidas como Popper, Friedman, Polayani, entre outros, e tinha como propósito de estabelecer o que chama hoje de neoliberalismo e o combate ao intervencionismo estatal (BEHRING, 2009; HARVEY, 2012).

A declaração da fundação da Sociedade de *Mont Pèlerin* diz:

Os valores centrais da civilização se acham em perigo. Em grandes extensões da superfície da Terra, as condições essenciais da dignidade e da liberdade humana já desapareceram. Noutras, acham-se sob a constante ameaça do desenvolvimento das atuais tendências políticas. A posição do indivíduo e o grupo autônomo se acham progressivamente solapados por avanços do poder arbitrário. Mesmo o mais precioso bem do Homem Ocidental, a liberdade de pensamento e de reflexão, encontra-se ameaçado pela disseminação de credos que, reivindicando o privilégio da tolerância quando em posição minoritária, buscam apenas galgar uma posição de poder a partir da qual possam suprimir e obliterar todas as suas concepções que não a sua.

O grupo sustenta que esses desenvolvimentos vêm sendo promovidos pela ascensão de uma concepção de história que nega todos os padrões morais absolutos e de teorias que questionam o caráter desejável do regime de direito. Ele sustenta ainda que esses desenvolvimentos vêm sendo promovidos por um declínio da crença na propriedade privada e no mercado competitivo; porque, sem o poder e a iniciativa difusos associados a essas instituições, torna-se difícil imaginar uma sociedade em que se possa efetivamente preservar a liberdade. (apud HARVEY, 2012, p. 29).

A sociedade fundada no pensamento de Hayek será estruturalmente desigual, pois ele defende que a desigualdade social e a concorrência são fatores para o impulsionamento do desenvolvimento e progresso. Ele aceita a desigualdade como algo que deve existir para ocorrer o desenvolvimento econômico e social. Além disso, defende a minimização do Estado e a abertura do mercado, essa ideia constituirá as bases teóricas e ideológicas do projeto neoliberal, que visa maior liberdade e autonomia à acumulação capitalista.

As teses neoliberais surgiram como a principal força do processo de acumulação do capital e de crescimento econômico, baseado no pensamento da liberdade de mercado como a melhor forma econômica para nação (BRANDÃO, 1991; SADER; GENTILI, 1995).

O termo “neoliberalismo” tem um significado específico o que concerne a um conjunto particular de receitas econômicas e programas políticas que começaram a ser propostos nos anos 70. Essas receitas têm como fonte de inspiração principal as obras de Milton Friedman. Essas ideias, por sua vez, remontam a Hayek e à chamada “tradição austríaca.” Por outro lado, e concomitante, ocorre no mundo uma mudança histórica nas relações institucionais entre o mercado e o Estado e entre as empresas e o mercado (THERBORN, 1995, p. 139-140).

De acordo com Sader (1995), o neoliberalismo é uma estratégia de dominação da classe burguesa, que busca o fortalecimento do direito à propriedade individual, das instituições de livre mercado e comércio como instrumento para a garantia à liberdade individual.

Para Harvey (2005), a crise de sobreacumulação constituiu um fator principal para que ocorressem importantes mudanças com a finalidade de restabelecer condições propícias para a acumulação do capital, além disso, o autor aponta a ascensão do neoliberalismo paralelamente à acumulação flexível¹⁰.

O neoliberalismo provocou mudanças significativas nas esferas econômicas, fiscal e social do Estado, incluindo a flexibilidade do câmbio, cortes de gastos sobre o capital e a elevação da taxa de juros. Tais mudanças foram usadas para enfraquecer o poder sindical e a organização dos trabalhadores, ao gerarem desemprego e reduzir direitos sociais; também ocorreram privatizações, liberalizações e desregulamentações de mercados, inclusive financeiros, dos fluxos de capital e as relações trabalhistas (HARVEY, 2012).

Nesse contexto, Harvey (2012, p. 17) expõe que a neoliberalização aprofunda o domínio das finanças sobre todas as outras áreas da economia, e que o Estado neoliberal cria condições à acumulação lucrativa de capitais pelos capitalistas, dessa forma, “[...] as liberdades que ele encarna refletem os interesses dos detentores da propriedade privada, de negócios, das corporações multinacionais e do capital financeiro.”

Outro conceito utilizado pelo autor é o de acumulação por expoliação¹¹, que é uma forma de acumulação de capital com uma persistente prática predatória de “acumulação primitiva.” A acumulação por expoliação possui quatro características principais: privatização e mercadificação, financialização, administração e manipulação das crises, redistribuições via Estado. E são nestas condições que o neoliberalismo vai criar um contexto favorável para que ocorra essa acumulação (HARVEY, 2012).

¹⁰ Para Harvey (2005), o período após o esgotamento do padrão fordista e a crise da década de 1970 é denominado por “acumulação flexível”, essa fase tem como principal característica as práticas de organização e gestão dos processos industriais, de comercialização e de trabalho.

A acumulação flexível para o autor é “[...] marcado por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional.” (HARVEY, 2005, p.298).

¹¹ “[...] relegam a acumulação baseada na atividade predatória e fraudulenta e na violência a uma “etapa original” tida como não mais relevante ou, como no caso de Luxemburgo, como de alguma forma “exterior” ao capitalismo como sistema fechado. Uma reavaliação geral do papel contínuo e da persistência das práticas predatórias de acumulação ‘primitiva’ ou ‘original’ no âmbito da longa geografia histórica da acumulação do capital é por conseguinte muito necessária [...] Como parece estranho qualificar de ‘primitivo’ ou ‘original’ um processo em andamento, substituirei a seguir esses termos pelo conceito de ‘acumulação por expoliação’.” (HARVEY, 2005, p. 120-121).

Chesnais (1996) analisa que a crise de sobreacumulação do capital acabou por pressionar governos e organismos internacionais a empreenderem ações no sentido de resolver o problema para uma destinação lucrativa ao capital, assim tem início o processo que o autor denomina de mundialização do capital.

A mundialização é o resultado de dois movimentos conjuntos, estreitamente interligados, mas *distintos*. O primeiro pode ser caracterizado como a mais longa fase de acumulação ininterrupta do capital que o capitalismo conheceu desde 1914. O segundo diz respeito às políticas de liberalização, de privatização, de desregulamentação e de desmantelamento de conquistas sociais e democráticas, que foram aplicadas desde o início da década de 1980, sob o impulso dos governos Thatcher e Reagan. (CHESNAIS, 1996, p. 34, grifo do autor).

Para o autor, a mundialização do capital acaba por gerar um regime de acumulação com dominância financeira¹², com a mobilidade dos capitais, a liberalização e a desregulamentação de mercados, e a formação de holdings, impactando no mercado de trabalho.

Atualmente, o capital portador de juros¹³ e o crédito desempenham importantes papéis na economia, o que fundamenta o poder do capital financeiro e da finança. A lógica financeira sobrepõe a lógica produtiva, assim, esse período é marcado por sucessivas crises financeiras, ocasionando grandes consequências sociais e econômicas (CHESNAIS, 2005).

Se, para Chesnais, o neoliberalismo coincide de modo geral com a história da imposição da dominação da finança, na análise de Harvey ela também é central, mas insere-se em um processo mais amplo de transformações. O poder do capital financeiro aparece mais claramente como produzindo o neoliberalismo e sendo por ele fortalecido. A desregulamentação financeira,

¹² Para Chesnais (2005, p. 39) o processo de acumulação financeira tem 3 etapas importantes:

- 1ª etapa: A partir dos anos de 1960 uma massa de dinheiro ocioso derivado em grande parte do lucro das empresas não era reinvestido na produção por causa da crise de sobreacumulação, a partir disso, esse dinheiro começou a ser investido no mercado de offshore de eurodólares, marcando a primeira etapa;
- 2ª etapa: A partir de 1976 foi marcado pelo o que Chesnais chama de “reciclagem de petrodólares”, ou seja, as elevadas somas por causa do aumento temporário do petróleo resultou numa “forma de empréstimos e de aberturas de linhas de créditos dos bancos internacionais aos governos de Terceiro Mundo, sobretudo da América Latina.” Tal situação pode ser considerada antecedente da crise de muitos países.
- 3ª etapa: Em 1986, a partir do “Big Bang da City” (conjunto de medidas liberalizantes colocadas em prática num curto espaço de tempo no mercado financeiro de Londres, o que resultou na pressão dos mercados de outros países a realizarem mudanças) começou a terceira fase da acumulação financeira. Etapa que tem como característica os mercados acionários abertos e desregulamentados em todo o mundo, dessa forma, os dividendos se tornaram um primordial mecanismo de transferência de riqueza e acumulação do capital. Em virtude desse processo, surgiram organizações não bancárias já existentes ou outras criadas recentemente se fortaleceram, entre as principais podem citar as seguradoras, os fundos de pensão e os fundos mútuos e de hedge (instituições que centralizam um enorme volume de dinheiro em busca de valorização financeira).

¹³ Esse capital busca “[...] fazer dinheiro sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos recebidos a títulos de posse de ações e, enfim, de lucros nascidos de especulação bem sucedida. Ele tem como terreno de ação os mercados financeiros integrados entre si no plano doméstico e interconectados internacionalmente. Suas operações repousam também as cadeias complexas de créditos e dívidas, especial entre bancos.” (CHESNAIS, 2005, p. 35).

por exemplo, pode ser vista como o resultado das pressões dos atores diretamente ligados ao capital portador de juros sobre os governos, como também uma medida tomada por estes na tentativa de aliviar os efeitos negativos da crise de sobreacumulação, que acabam por reforçar a posição daqueles. De todo modo, para ambos os autores a desregulamentação da atividade financeira e os fluxos de capital foi crucial no processo de neoliberalização. Ela tanto abriu novas oportunidades de valorização para o capital financeiro, como permitiu a arbitragem com as vantagens locais de cada região ou país do globo. (LAPYDA, 2011, p. 125).

Com essa lógica posta em primeiro plano, tem-se o fetichismo das formas de valorização do capital de natureza financeira, ocasionado pelo caráter abstrato e mesmo fictício. Como consequência, surgem as “bolhas”¹⁴, que degeneram em crises, e nesses momentos percebe-se que as ações não podem corresponder a um capital efetivo.

Assim, são utilizados diversos nomes para denominar esse tipo de crise: crise dos subprime, crise especulativa, crise bancária, crise financeira, e como medidas para conter essas crises, os governos e instituições lançam no sistema uma quantidade grande de dólares, no entanto os indicadores financeiros sinalizam a verdadeira situação.

Portanto, o mundo vivencia uma crise estrutural cada vez mais profunda, e ela não tem nada de novo, pois como afirma Chesnais (2005), ela é endêmica, crônica, cumulativa e permanente, e suas manifestações são desemprego estrutural, destruição ambiental e as guerras permanentes afetando grande parcela da população mundial.

1.1.3 Consenso de Washington e as repercussões na América Latina

Após a II Guerra Mundial foram criadas instituições financeiras multilaterais, como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), com o objetivo inicial a dar suporte às práticas do comércio internacional, mas o papel desses instrumentos financeiros permitiu algumas condições para a dominação política americana (CORREIA, 2005).

[...] as diversas moedas seriam conversíveis em dólar americano, que seria a seu turno conversível em ouro. Por isso, esse sistema monetário ficou conhecido como o “sistema dólar-ouro, que, mediante o uso de regras públicas e a atuação das instituições formais, deveria proteger as diversas moedas da oscilação cambial em relação ao dólar e variações do dólar frente

¹⁴ “Enquanto se está numa fase de crescimento, a bolha aumenta e o fetiche da valorização financeira parece se realizar. Todos parecem ganhar com a Bolsa e se beneficiar do chamado “efeito riqueza.” Assim que o cenário muda, ocorre o estouro da bolha. Os ativos perdem valor rapidamente, mostrando que muitos deles não tinham condições de realizar as expectativas. O que torna difícil prever quando as crises serão desencadeadas é precisamente o grande volume de capital fictício constantemente presente na economia e, portanto, também a dificuldade de avaliar os preços dos ativos.” (LAPYDA, 2011, p. 82).

ao ouro, favorecendo, portanto, a manutenção das paridades estáveis. (CORREIA, 2005, p. 84).

Esses organismos internacionais desempenharam um importante papel no processo de endividamento dos países latino americanos, iniciado nos anos de 1970, isso porque a dívida externa nessa década começou a crescer, e como consequência houve o aumento da dependência desses países.

Os empréstimos passaram a ser realizados através do sistema financeiro internacional com taxas de juros flutuantes, assim,

[...] esse fator associado ao aumento das despesas com a importação de petróleo e a queda do preço dos produtos exportados influenciou no déficit dos balanços de pagamento dos países dependentes, configurou-se a chamada crise da dívida, os capitais dos países latino-americanos eram deslocados para os países credores. (CORREIA, 2005, p. 85).

Com essa situação surgiu a tese da falência do Estado, este era

[...] visto como incapaz de formular política macroeconômica, e à convivência de se transferir essa grave responsabilidade a organismos internacionais, tidos por definição como agentes independentes e desinteressados aos quais tínhamos o direito de recorrer como sócios. (BATISTA, 2005, p. 17).

Nesse contexto de endividamento dos países latino americanos, em 1989 funcionários do governo dos EUA e os organismos financeiros internacionais, tais como FMI, Banco Mundial e BID, reuniram-se na cidade de Washington, nos Estados Unidos, em um encontro organizado pelo *Institute for International Economics* (IIE), com objetivo a fazer uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da América, posteriormente esse encontro tornou-se conhecido como Consenso de Washington (BATISTA, 2005; SANTOS, 2003; TRALDI, 2003).

Nesse encontro, foram apresentados dez pontos¹⁵ de um programa que visava promover reformas estruturais onde o funcionamento da economia deveria ser entregue às leis de mercado. Os defensores dessas medidas acreditavam que implementadas em qualquer país

¹⁵ “[...]1) disciplina fiscal para redução do déficit público, 2) priorização do gasto público em educação e saúde; 3) implementação de uma reforma tributária; 4) manutenção das taxas de juros positivas e determinadas pelo mercado; 5) a manutenção de câmbios competitivos; 6) o desenvolvimento de políticas comerciais liberais; 7) a promoção da abertura para investimentos estrangeiros diretos; 8) a privatização de empresas estatais; 9) a promoção de uma profunda desregulamentação do mercado; 10) a garantia de proteção à propriedade privada.” (TRALDI, 2003, p. 20).

as taxas de crescimento aumentariam, como consequência ocorreria a diminuição da pobreza (BATISTA, 2005; SANTOS, 2003; TRALDI, 2003).

Esse conjunto de medidas obedecia às orientações das instituições internacionais, como o Banco Mundial, e tinha como objetivo a redução da atuação do Estado e o máximo de abertura à importação de bens e serviços e à entrada de capitais de risco, com isso confirmava a soberania do mercado autorregulável nas relações econômicas, não focou questões como educação, saúde, distribuição de renda, as mudanças no campo social eram vistas como algo que ocorreria em consequência da liberalização econômica.

Esse foi um período em que os ideários neoliberais eram transmitidos em escala mundial, com frequência pelo presidente dos Estados Unidos, Reagan, desde o início de sua administração. No Brasil as reformas comerciais liberalizantes recomendadas pelo FMI e pelo Banco Mundial foram seguidas principalmente pelo governo Fernando Collor de Mello, porém desde o governo de José Sarney, primeiro presidente após a Ditadura Militar, percebe-se na agenda brasileira a abertura comercial, a privatização de estatais, a desregulamentação, a negociação da dívida externa, tais medidas estavam sendo implementadas aos poucos no Brasil (BATISTA, 2005).

Para Batista (2005) o pensamento neoliberal era transmitido de uma forma que os dirigentes dos países latino-americanos acreditavam que a crise econômica que enfrentavam não era por causa de fatores externos, como a alta dos preços de petróleo e a alta das taxas internacionais de juros, mas por fatores internos como as políticas nacionalistas, e a solução estaria em reformas neoliberais, apresentadas como sinônimo de modernização.

A partir das transformações ocorridas no mundo do capital, com a reorientação do papel do Estado, que previa sua não intervenção na economia do país e o mercado como responsável pela regulação da sociedade, surgiu a idéia da necessidade da reforma do Estado por alguns intelectuais, para alcançar o nível desejado de eficiência e efetividade nas ações da administração pública e seguir as recomendações do Banco Mundial e FMI (TRALDI, 2003).

Nesse sentido, foi um período que as políticas econômicas e sociais implementadas nos países latino americanos tiveram que obedecer às condicionalidades impostas pelos organismos financeiros internacionais.

1.2 Influências do pensamento neoliberal no Brasil

A influência do pensamento neoliberal no Brasil teve seus primeiros traços no governo Sarney, porém ocorreu com mais ênfase na década de 1990, durante o governo Fernando

Collor de Mello, e com maior destaque nos dois mandatos do FHC, quando adotou uma série de medidas, no entanto, nos países considerados desenvolvidos essa influência acontecia desde os anos de 1970 (CORREIA, 2005).

Para compreender o contexto econômico brasileiro na década de 1990 é necessário entender a aproximação do país com os organismos econômicos internacionais. De acordo com Correia (2005), houve uma aproximação do Brasil com as agências financeiras internacionais na década de 1940, na participação do Brasil no Acordo de Bretton Woods como signatário.

Nos anos que antecederam o Golpe Militar de 1964 a economia brasileira estava enfraquecida, alguns indicadores mostravam que o crescimento do PIB estava inferior ao crescimento populacional, e com um alto índice inflacionário.

Com a renúncia do presidente Jânio Quadros, e João Goulart assumindo a presidência em 1961, os brasileiros ficaram na expectativa que as chamadas reformas de bases (reforma agrária, tributária, fiscais e a implantação de uma legislação antitruste) prometidas durante a campanha fossem implantadas; porém Goulart representava uma ameaça aos interesses internacionais e de algumas pessoas no país, desencadeando o processo necessário para que ocorresse o golpe Militar em 1964. Esse regime foi a solução da burguesia brasileira para assegurar seu poder de dominação e reprimir as forças democráticas populares (PAULO NETTO, 2007).

No período da Ditadura Militar, a economia brasileira caracterizou-se pela forte intervenção do Estado, contribuindo para o desenvolvimento de uma infraestrutura propícia aos interesses do capital, o que ficou evidente após os acordos estabelecidos com o Banco Mundial e FMI, com o apoio do governo norte americano ao golpe¹⁶ (CORREIA, 2005; PAULO NETTO, 2007).

O regime de Ditadura Militar aliou-se ao grande capital monopolista, possibilitando a promoção de uma rápida modernização econômica. O regime investiu em uma economia de bens de consumo duráveis, a beneficiar o capital estrangeiro e as grandes indústrias nacionais, dessa forma, expandiu o parque industrial; pelo lado das políticas públicas sociais não

¹⁶ “A partir de 1967, a prioridade econômica do governo militar, em vez de combate à inflação, passa a ser o crescimento acelerado da economia. Teve como objetivo o crescimento econômico dos setores produtores de bens destinados às camadas alta e média da sociedade, e ao investimento em bens de produção, como estratégia de tornar o Brasil uma grande potência. O êxito dessa política, o denominado “milagre econômico”, foi assegurado pelos investimentos estrangeiros e por um amplo investimento do Estado. A consequência foi o exorbitante crescimento da dívida externa, aprofundando as dependências de US\$ 3,4 bilhões, em 1967, passou para US\$12,5, em 1973.” (CORREIA, 2005, p. 94).

permitiu que houvesse a participação popular na sua formulação, as decisões que atingiam a maioria da população eram tomadas pelo Estado (VIANNA, 2000).

Essa modernização econômica trouxe consequências negativas para a sociedade brasileira, além disso, colocou o país numa grave crise inflacionária e recessiva que permaneceu por toda década de 1980 e desencadeou uma crise política e de legitimidade do regime (CARNEIRO; MIRANDA, 1986).

Com o alto índice inflacionário, o Brasil criou várias políticas de estabilização, pois a média da inflação chegou a atingir 200%, situação que facilitou a influência neoliberal no país e a abertura do país para o mercado internacional.

De acordo com Carneiro e Miranda (1986), a partir de 1985 ocorreu uma mudança expressiva na economia comparada ao período de 1981-84. A política econômica brasileira desse período tinha o objetivo de reordenar a economia através do controle da inflação e das finanças públicas, porém ela provocou recessão e o aumento da inflação.

Em 1985 ocorreu uma melhora no mercado interno, o que causou um alívio na economia, esse crescimento elevou o salário e gerou mais empregos. Além disso, a dívida externa foi estabilizada através da redução da taxa de juros internacional e pela manutenção de um elevado saldo na balança comercial.

Nesse contexto, no Brasil houve uma mobilização popular e rearticulação dos sindicatos de trabalhadores, que resultou no final dessa década na transição para o regime democrático e a promulgação de uma nova Constituição Federal, em 1988¹⁷.

Com a eleição de Fernando Collor, em 1989, deu-se continuidade no país às reformas orientadas para o mercado, com a adoção de uma série de medidas econômicas que tinha como propósito rever o quadro inflacionário. As medidas desse governo visavam:

- a) alavancagem do processo de privatização das empresas nacionais; b) abertura econômica para capitais estrangeiros; c) retomada do processo inflacionário; d) minimização dos gastos públicos governamentais na área social, entre outras características, o que aponta seu perfeito alinhamento com as indicações feitas pelos organismos internacionais. (COUTO, 2004, p. 146-47).

O governo Collor durou dois anos e foi interrompido pelo impeachment, provocado por escândalos de corrupção. A reforma administrativa implantada durante o seu mandato não foi capaz de acabar com a crise.

¹⁷ A Constituição, promulgada em 1988, também apresentava o perfil desejado pelas agências internacionais para realizar as reformas liberais (BEHRING, 2008).

Nesse contexto, assumiu o governo o Vice-Presidente da República, Itamar Franco, que tinha como finalidade recompor uma articulação política a mais ampla possível, para que houvesse condições de governabilidade ao seu pequeno mandato (BEHRING, 2008).

Nas eleições de 1994 foi eleito para presidente o sociólogo Fernando Henrique Cardoso, ministro da Fazenda do governo de Itamar e um dos formuladores do plano de estabilização, o Plano Real¹⁸. Para Fiori, “o Plano Real não foi concebido para eleger FHC; FHC que foi concebido para viabilizar no Brasil a coalizão de poder capaz de dar sustentação e permanência ao programa de estabilização do FMI, e viabilidade política ao que falta nas reformas preconizadas pelo Banco Mundial” (FIORI, 1997, p. 14 apud BEHRING, 2008, p. 156).

O governo do FHC estabeleceu uma relação direta entre crescimento econômico e desenvolvimento social, dessa forma, considerou que o Estado ao realizar funções que não deveriam ser desempenhadas por ele acabou por prejudicar a população mais pobre, além de impedir o crescimento econômico. Diante disso, trouxe a idéia de que para retomar o crescimento seria necessária a eficiência do mercado, o que por consequência levaria ao desenvolvimento social.

Nesse cenário, FHC propôs um conjunto de mudanças para a reforma do Estado que ganhou corpo institucional a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), em 1995.

Para Traldi (2003), a reforma de 1990 foi a terceira implementada no país, sendo a primeira em ambiente democrático. A primeira foi realizada durante o período do Estado Novo, sob o comando de Getúlio Vargas (1930-1945), e a outra no regime de Ditadura Militar (1964-1985). Ela explica que nesses dois casos a Reforma do Estado estava voltada às questões administrativas da máquina burocrática, o aumento da centralização e a hierarquização do aparelho estatal.

O PDRAE¹⁹ estabeleceu novas formas jurídicas para o setor público, esse plano tinha como objetivo promover o ajuste fiscal, principalmente nos estados federados e municípios,

¹⁸Algumas metas do Plano Real era a estabilidade de preços, criando alternativas para o crescimento do mercado, e a desregulamentação do setor produtivo público, redefinindo seu papel. Ele integrava um conjunto de planos de estabilização discutido no Consenso de Washington, portanto, patrocinado pelas instituições econômicas internacionais (TRALDI, 2003; BEHRING, 2008).

¹⁹Essa reforma teve a direção do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), Ministério criado na 1ª gestão de Fernando Henrique Cardoso (1994-1997) e extinto em 1998, a reforma do Estado e da administração pública proposta por esse ministério baseou-se no modelo de administração gerencial, inspirada no setor privado (NOGUEIRA, 2006; TRALDI, 2003; BEHRING, 2008).

além de transformar a administração pública, considerada burocrática²⁰, em uma administração gerencial (NOGUEIRA, 2006).

A administração pública gerencial inspira-se na administração de empresas, mas não pode ser confundida com esta última. Enquanto a receita das empresas depende dos pagamentos que os clientes fazem livremente na compra de seus produtos e serviços, a receita do Estado deriva de impostos, ou seja, de contribuições obrigatórias, sem contrapartida direta. Enquanto o mercado controla a administração das empresas, a sociedade - por meio de políticos eleitos - controla a administração pública. Enquanto a administração de empresas está voltada para o lucro privado, para a maximização dos interesses dos acionistas, esperando-se que, através do mercado, o interesse coletivo seja atendido, a administração pública gerencial está explícita e diretamente voltada para o interesse público (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 16-17).

A justificativa de Bresser Pereira para focar a administração pública gerencial, foi que na década de 1980 houve uma crise do endividamento internacional, acompanhado pela discussão do ajuste fiscal e as reformas voltadas para o mercado, porém achava necessário que essa discussão se deslocasse para a Reforma do Aparelho do Estado²¹, principalmente com ênfase à reforma administrativa (PEREIRA, L. C. B., 1997).

²⁰ O modelo de administração burocrático apareceu após a revolução industrial e simultaneamente ao surgimento do Estado liberal, contribuindo para mudar a perspectiva sobre o papel do Estado. Este modelo baseia-se na impessoalidade, no profissionalismo, na formalidade e na racionalidade. Anterior a esse modelo, a administração pública era vista como ineficiente, com abusos e vícios que disseminava a desconfiança pela população (SALIONE, 2013).

Em relação à profissionalização, esse modelo irá opor-se ao nepotismo, assim, o funcionário recebe um valor relacionado ao seu mérito, meritocracia, a promoção profissional acontece através de competição e a ascensão profissional será por meio de critérios de experiência. Em relação a impessoalidade os cargos pertencem a organização e não as pessoas que estão neles, como consequência, não tem a obtenção do benefício em função da posição ocupada pelo profissional. Além disso, em relação a formalidade, tem uma padronização dos serviços prestados.

De acordo com Salione (2013, p. 21), o modelo de administração burocrático “[...] caracteriza-se pela submissão da Administração à Lei, a ser exercida levando-se em conta elevados padrões de conduta moral. O objetivo que norteia esse pensamento é o de defesa do interesse público, através de um conceito de integralidade, com redução da corrupção e maximização da democracia.”

Para autora, alguns fatores determinaram para esse modelo pudesse entrar em crise, tais como a lentidão de processos e a redução da eficiência, dessa forma, diante da opinião de alguns que a administração de modelo burocrático tinha muitas limitações começou a pensar em um outro modelo que enfatizasse eficiência, eficácia e competitividade e assim na segunda metade do século XX emergiu novo modelo de Administração Pública com ênfase a área da gerência. Alguns princípios do modelo burocrático permaneceram como: “[...] admissão por critérios de mérito, sistema estrutura e universal de remuneração, as carreiras, avaliação de desempenho, treinamento.” (SALIONE, 2013, p. 23).

²¹ No PDRAE tem a explicação da diferença entre Reforma do Estado e Reforma do Aparelho do Estado: “A reforma do Estado é um projeto amplo que diz respeito às várias áreas do governo e, ainda, ao conjunto da sociedade brasileira, enquanto que a reforma do aparelho do Estado tem um escopo mais restrito: está orientada para tornar a administração pública mais eficiente e mais voltada para a cidadania. Este Plano Diretor focaliza sua atenção na administração pública federal, mas muitas das suas diretrizes e propostas podem também ser aplicadas no nível estadual e municipal”, (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 12).

No PDRAE a crise do Estado é definida como:

[...] (1) como uma crise fiscal, caracterizada pela crescente perda do crédito por parte do Estado e pela poupança pública que se torna negativa; (2) o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado, a qual se reveste de várias formas: o Estado do bem-estar social nos países desenvolvidos, a estratégia de substituição de importações no terceiro mundo, e o estatismo nos países comunistas; e (3) a superação da forma de administrar o Estado, isto é, a superação da administração pública burocrática (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 10-11).

Assim, com o PDRAE ocorreu uma mudança no papel do Estado como era visto, com limitação e caracterizado como rígido, lento, insuficiente e sem memória administrativa²², a reforma do Estado previu o controle dos resultados visando qualidade e produtividade no serviço público, com objetivo de construir um Estado forte, inserido na lógica do capital (BEHRING, 2008).

Essa reforma foi estimulada pelo Banco Mundial e pelo FMI, com o argumento de que para o crescimento econômico e a inserção dos países na ordem mundial era preciso que os Estados estivessem com orçamento equilibrado e a moeda estivesse estabilizada.

Portanto, as reformas do Estado recomendados pelos organismos financeiros são para racionalizar os gastos na área social e fortalecer o setor privado, já que é uma reforma sustentada em orientações economicistas, com funções antes desempenhadas pelo Estado transferidas para o mercado e a redução dos direitos sociais (CORREIA, 2005).

A partir da reforma do Estado proposta pelo Banco Mundial as políticas públicas tendem: a focalização, em que gastos sociais são dirigidos aos setores da extrema pobreza. à descentralização da gestão da esfera federal para Estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas, à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado que é regido pelo mercado. (CORREIA, 2005, p. 89).

Nessa perspectiva, a transferência dos serviços sociais para a sociedade civil, sob o discurso ideológico de “solidariedade”, “parceria” e “democracia”, trouxe a discussão do

²² “[...] pretende-se reforçar a governança - a capacidade de governo do Estado - através da transição programada de um tipo de administração pública burocrática, rígida e ineficiente, voltada para si própria e para o controle interno, para uma administração pública gerencial, flexível e eficiente, voltada para o atendimento do cidadão. O governo brasileiro não carece de “governabilidade”, ou seja, de poder para governar, dada sua legitimidade democrática e o apoio com que conta na sociedade civil. Enfrenta, entretanto, um problema de governança, na medida em que sua capacidade de implementar as políticas públicas é limitada pela rigidez e ineficiência da máquina administrativa.” (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 13-14).

“terceiro setor”, espaço entre o Estado (público) e mercado (privado), no qual são incluídas ONGs, fundações empresariais, instituições filantrópicas e atividades do voluntariado.

De acordo com o Montaño (2007, p. 53), o termo terceiro setor

[...] é construído a partir de um recorte do social em esferas: o Estado (“primeiro setor”), o mercado (“segundo setor”) e a sociedade civil (“terceiro setor”). Recorte este, como mencionamos, claramente neopositivista, estruturalista, funcionalista ou liberal, que isola e automatiza a dinâmica de cada um deles, que portanto, desistoriza a realidade social. Como se o “político” pertencesse à esfera estatal, o “econômico” ao âmbito do mercado e o “social” remetesse apenas à sociedade civil, num conceito reducionista.

O “terceiro setor” reduz o papel do Estado na intervenção social, com ações direcionadas para focalização, tornou-se um serviço lucrativo para o setor privado, além de estimular a prática voluntária e filantrópica.

Em pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008, que resultou na publicação “As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil”, foram elencados cinco critérios para definição de entidades como de “Terceiro Setor.”

O primeiro é a institucionalização da entidade, ou seja, de acordo com estudo realizado pela ONU, para ser considerada institucionalizada a entidade precisa ser legalmente constituída. O segundo critério é que a organização precisa ser privada, além de ter ausente a finalidade lucrativa, portanto, o quarto critério diz respeito a não gerar lucro. O quarto critério é que as entidades devem ser autoadministradas sem interferência externa, e, por fim, o último diz respeito à voluntariedade, ou seja, podem ser constituídas por qualquer grupo de pessoas (IBGE, 2012).

Existem outros requisitos para uma entidade ser considerada de “terceiro setor”, ela precisa ter finalidade pública e contribuir para a sociedade. No Acórdão nº 2066/2006 do Tribunal de Contas da União, as entidades de interesse social devem ter a sociedade como destinatário, isto significa que caso a entidade só beneficie seus associados não tem a finalidade pública, interesse público ou interesse social (SALIONE, 2013).

Outro ponto do PDRAE diz respeito ao objetivo de transferir para o setor público não estatal os serviços não exclusivos, por meio de um programa de publicização²³, em que as Organizações Sociais (OS) administram algumas políticas públicas.

Dessa forma, as OS preenchem o espaço entre o Estado e o mercado, que muitas vezes é ocupado por instituições filantrópicas e por ONGs, que compõem o conjunto de entidades e serviços denominados “terceiro setor.”

As OS foram criadas com a Lei nº 9.637/1998, e elas podem ser qualificadas como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos; suas atividades serão voltadas para o ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (SALIONE, 2013).

A lei prevê que para uma entidade ser qualificada como OS precisa cumprir alguns requisitos, tais como: natureza, finalidade (não lucrativa), composição (existência de uma diretoria e de um Conselho de Administração), necessidade de publicação de relatórios.

A lei ainda prevê a possibilidade das OS firmarem parcerias com o Estado através de “Contratos de Gestão”, sem a obrigatoriedade de licitação. Essa situação suscita questionamentos junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), por meio de Ação de Inconstitucionalidade, por considerarem uma forma de terceirização ao transferir serviços públicos a entidades privadas, dispensando o processo licitatório. No próximo capítulo será aprofundada a discussão a respeito das OS, com enfoque para política pública de Saúde.

Portanto, apesar da Constituição Federal prever a ação complementar da iniciativa privada na prestação de serviços antes realizado pelo Estado, como na área da saúde, cultura, ciência e tecnologia, entre outros que não são considerados exclusividade do Estado, ocorre a inversão, na qual é o Estado que complementa as ações das entidades do “terceiro setor.”

1.3 Breves considerações sobre os Governos Lula e Dilma e a tese do novo desenvolvimentismo

Após três tentativas (1989, 1994 e 1998) para chegar à presidência da República, Luis Inácio Lula da Silva (Lula) conquistou a presidência em 2002, após derrotar o candidato José Serra. Essa vitória não representou grandes alterações na economia brasileira.

²³ O programa de publicização remete à seguridade ao setor privado, ao ter sua gestão assumido por OS, nesse sentido, as ações do Estado aparecem como mínimas para o social como defende a política sob influência do pensamento neoliberal.

Nesse mandato, Lula optou pela continuidade dos interesses do grande capital, sem muitas modificações na política social, incorporando apenas algumas reivindicações das classes populares.

[...] ao optar pelo não rompimento com os fundamentos da política neoliberal, o governo Lula, no seu primeiro mandato (2003-06), não só continuou com a política de ajuste macroeconômico do governo FHC, como a intensificou; e, ao lado do reforço à estabilização econômica, realizou uma minirreforma tributária para elevar a receita da União e uma nova reforma da Previdência para estabilizar o déficit do regime previdenciário dos servidores públicos em relação ao PIB [...]. Isso repercutiu desfavoravelmente nas políticas sociais e nas condições de vida da classe trabalhadora (e dos aposentados) porque, junto com essas medidas, a concentração de riquezas manteve-se intocada; ou melhor, a hegemonia do capital financeiro, o monopólio da terra e os fundos privados de pensão foram preservados e incentivados. E, atendendo pressões transnacionais, o governo adotou políticas de liberação dos transgênicos e de formação de superávit primário para remunerar capitais financeiros [...] nesse período, não se pode dizer que o governo Lula tenha realizado políticas sociais significativas, a despeito do seu empenho em acabar com a fome no país, por meio do Programa Fome Zero, cujo carro-chefe se tornou o Programa Bolsa Família, e de ter conseguido expressivo crescimento econômico. (PEREIRA, P. A. P., 2012, p. 744).

Em 2006, o presidente Lula foi reeleito e expandiu o programa Bolsa Família, e como consequências, de acordo com o Ministério de Desenvolvimento Social, 28 milhões de pessoas saíram da linha da pobreza e redução para 8,5% o número de brasileiros em estado de pobreza absoluta ou de miséria. Além disso, entre 2002 a 2010 o desemprego caiu de 12% para 5,7% e a renda das pessoas aumentou em 35% (PEREIRA, P. A. P., 2012).

Em 2010 foi eleita Dilma Rousseff para suceder Lula, o seu primeiro mandato foi marcado pela política de focalização, isto claramente demonstrado no seu plano “Brasil sem Miséria.”

Os governos de Lula e Dilma continuaram com as privatizações de bens públicos na forma das parcerias público-privadas, concessões e venda direta do patrimônio, no entanto, com os avanços e melhoria nas condições sociais da população, começou a surgir a tese de que, no Brasil, a partir do segundo mandato do presidente Lula, emergiu um novo modelo de governo, denominado “neodesenvolvimentista.”

De acordo com Castelo (2012), a tese do novo desenvolvimento é recente na América Latina, surgiu no início do século XXI no Brasil, com Luiz Carlos Bresser Pereira e alguns documentos do empresariado brasileiro, que sugeriam uma suposta alternativa à crise do neoliberalismo, eles defendem

[...] 1) complementariedade da atuação de um Estado forte nas falhas de mercado, com o objetivo de fortalecê-lo, leia-se fortalecer o atual padrão de reprodução do capital imposto desde os anos 1980/90 e aprofundá-lo e consolidá-lo no século XXI; 2) na política econômica: responsabilidade fiscal, superávit primário, metas inflacionárias, câmbio flutuante e tributação regressiva, com intervenções pontuais no câmbio e nos juros; 3) incentivos fiscais, tributários e subsídios para conglomerados do capital monopolista aumentarem suas taxas de lucro, sob o manto de uma política industrial e de inovação tecnológica, a chamada política de “campeãs nacionais”; 4) aumento da massa salarial e do crédito para ampliação do consumo do mercado interno e; 5) nas expressões mais agudas da “questão social”, a política social de transferência de renda de larga abrangência e focalizada nas camadas mais miseráveis da nossa sociedade. (CASTELO, 2014, p. 584).

No entanto, não existe nada de novo, são apropriações de antigas medidas consideradas neoliberais, apenas com algumas reestruturações. Porém, essas medidas ainda enfatizam o lucro do grande capital e a transferência de uma parcela do orçamento público para poucos da classe dominante.

De acordo com Sampaio Júnior (2012), o chamado neodesenvolvimentismo é mais do que uma tendência do pensamento econômico surgida no país no início da década de 2000, e refere-se a algumas particularidades da economia e da política brasileira.

A situação que se cristaliza a partir do segundo governo Lula é diferente. A modesta retomada do crescimento econômico, após quase três décadas de estagnação, a lenta recuperação do poder aquisitivo do salário após décadas de arrocho, a ligeira melhoria na distribuição pessoal da renda, o *boom* de consumo financiado pelo endividamento das famílias e a aparente resiliência do Brasil perante a crise econômica mundial dão um lastro mínimo de realidade à fantasiosa falácia de que, finalmente, o Brasil estaria vivendo um ciclo de desenvolvimento. O chamado neodesenvolvimentismo seria, assim, uma expressão teórica desse novo tempo. Para alguns de seus adeptos mais ingênuos que acreditam fervorosamente no poder criador das fórmulas abstratas, as novas ideias seriam, na verdade, a própria causa determinante da guinada qualitativa na trajetória da economia brasileira. (SAMPAIO JÚNIOR, 2012, p. 679).

Nesse contexto, a valorização dos aspectos positivos da melhoria da economia e das condições sociais dos brasileiros, traz a utopia de que a economia brasileira passa por um ciclo de crescimento com distribuição de renda.

Para Gonçalves (2012), o desenvolvimento econômico durante o governo Lula pode ser denominado como “desenvolvimento às avessas”, pois não existiram transformações estruturais que pudessem caracterizar o projeto desenvolvimentista. Isso porque Lula operou na esfera comercial com o processo de desindustrialização e dessorbimento de importações, na esfera tecnológica com a maior dependência dos setores externos, na esfera produtiva

com a desnacionalização e maior concentração de capital e, na esfera financeira estimulou um passivo externo crescente e a dominação financeira, caracterizando a subordinação da política de desenvolvimento à política monetária, com foco no controle da inflação.

Portanto, apesar dessa nova fase, o lucro do capital financeiro, industrial e do agronegócio no Brasil teve uma melhora considerável, “[...] se a pobreza absoluta ou extrema diminuiu a desigualdade, não sofreu decréscimos; e se a pobreza absoluta ou extrema preocupou o governo, o combate à concentração de riqueza não foi alvo dessa preocupação. E o país continua injusto.” (PEREIRA, P. A. P., 2012, p. 746).

CAPÍTULO 2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo tem como objetivo discutir a construção da política de saúde pública no Brasil, para isso a análise dará início nos antecedentes da Reforma Sanitária, perpassando pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e as consequências da lógica financeira nas políticas sociais, com ênfase na contrarreforma do Estado e a política de Saúde brasileira no atual cenário, principalmente na Atenção Básica.

2.1 Antecedentes da Reforma Sanitária

A intervenção estatal na assistência à saúde no Brasil ocorreu no século XX. Anteriormente a esse período, mais precisamente no século XVIII, a assistência médica era voltada para filantropia e pela prática liberal. No século XIX surgiram algumas iniciativas no âmbito da saúde pública destinadas a cuidar das questões coletivas, como das epidemias, da vigilância e regulamentação de aspecto da vida econômica e social, entretanto, as doenças e o seu atendimento ficavam sob responsabilidade de cada pessoa, família ou empresa, ou seja, era assunto privado (BRAVO, 2009; CAMPOS, 2006).

No século XX a saúde passou a ser considerada como uma questão de interesse público, no início do século, no bojo da economia capitalista cafeeira²⁴ ela foi reconhecida como “questão social”²⁵ (CAMPOS, 2006).

Em 1923, foi aprovada a lei Eloy Chaves, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs). Os primeiros trabalhadores a terem os direitos reconhecidos são os dos setores ferroviário e marítimo. Manteve-se a priorização dos setores que tinham alguma importância para a economia. As CAPs não trouxeram mudanças para o perfil liberal do Estado, que permaneceu regulando a relação capital/trabalho, sem criar um sistema nacional de proteção social (TEIXEIRA, S., 2008).

As CAPs foram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Somente os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-los, e os benefícios eram proporcionais às contribuições, sendo previstos assistência médica curativa e

²⁴ O Brasil tinha uma economia baseada na monocultura cafeeira voltada para a exportação. O café representava aproximadamente 70% do PIB nacional, as políticas econômicas – fiscal, cambial, monetária e de comércio exterior - implementadas durante o período da República Velha (período compreendido entre 1889 até 1930) tinham por objetivo atuar frente aos momentos de auge e crise do café (FURTADO, 2007).

²⁵ A história da sociedade brasileira está permeada por situações nas quais um ou mais aspectos importantes da questão social estão presentes. Durante um século de repúblicas, compreendendo a oligárquica populista, militar e nova, essa questão se apresenta como um elo básico da problemática nacional, dos impasses dos regimes políticos ou dilemas dos governantes. Reflete disparidades econômicas, políticas e culturais, envolvendo classes sociais, grupos raciais e formações regionais. Sempre põe em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal (IANNI, 1991, p. 2-3).

fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, idade e invalidez; pensão aos dependentes; auxílio funeral (BEHRING; BOSCHETTI, 2006; NEVES; SILVA, 2007; SIMÕES, 2007).

É a partir desse momento, também, que tem origem uma característica crucial da saúde em nosso país: a concepção da assistência médica, muito mais restrita que saúde, como pertinente à esfera privada e não à pública. Não se constitui, portanto, saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim à assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para qual se tem que contribuir com um percentual de salário, sempre por meio de um contrato compulsório (COHN et al., 2008, p. 15).

Dessa forma, a partir das CAP deu-se início à dicotomia da assistência curativa frente à atenção preventiva à saúde. A política de saúde pública concentrava-se nas medidas de caráter coletivo, em particular nas campanhas sanitárias, já à população coberta pelas CAP era garantida a assistência médica ofertada pelos serviços de atenção individual, comprados do setor privado, sendo que para os demais restava o recurso da filantropia.

A partir da década de 1930, a sociedade brasileira sofreu mudanças significativas em decorrência do processo de industrialização, da redefinição do papel do Estado, a urbanização acelerada e o surgimento das políticas sociais (MOTA et al., 2009).

Nessa época, o país procurou novas alternativas para sair da crise econômica, com isso o governo passou a subsidiar e incentivar outros setores da economia. Apesar de distante do desenvolvimento industrial, parte dos investimentos voltados antes para o café passou a ser destinado para a recente indústria; o Brasil adotou uma política intervencionista, criando condições para o crescimento industrial (FURTADO, 2007).

Em 1933, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), considerado o marco inicial para a criação do sistema previdenciário brasileiro. Ele foi criado com direitos diferenciados por ramo de produção – cada categoria tinha um tipo de benefício.

Os IAP ofereciam serviços de benefícios previdenciários e de saúde, mas houve uma redução da oferta dos serviços prestados em relação às CAP, pois o objetivo “era estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla” (BRAVO, 2009, p. 92).

Em 1966 foi unificado todo o sistema previdenciário, tendo em vista que os serviços e benefícios estavam organizados segundo as categorias profissionais, passando a compor o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Quem tinha acesso ao sistema era somente

os contribuintes e seus dependentes diretos, aos desempregados, aos trabalhadores domésticos, rurais e autônomos restavam os serviços de filantropia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia (CONH et al., 2008; MOTA, et al., 2009).

[...] assiste-se no país, no período de 1930 até meados de 1960, a associação entre um processo de desenvolvimento econômico e um conjunto de políticas sociais cujo eixo central reside na previdência social, e que apresenta algumas características: a extensão dos direitos de proteção social marcado pela “cidadania regulada”, e a lógica da articulação da política de seguridade social comandada pela necessidade de investimentos do Estado em setores básicos da economia, que dessem sustentação ao processo de industrialização (COHN, 2008, p. 229).

A saúde estava avançando gradativamente no interior do Estado quanto à estruturação dos serviços e diretrizes da política. Contudo, a diferenciação do atendimento entre quem era contribuinte da Previdência Social e não beneficiário se manteve, e a medicina previdenciária começou a ter mais destaque do que a saúde pública.

Com a implantação do regime de Ditadura Militar no país, em 1964, ocorreram relações antidemocráticas que repercutiram em toda a sociedade, restringindo o exercício da cidadania e da política por meio de mecanismos coercitivos. As ações no âmbito econômico, social, e político pelo Estado tinham finalidade de aumentar o poder da regulação sobre a sociedade e suavizar as tensões sociais para legitimar o regime e servir de mecanismo para acumular capital (BRAVO, 2010a).

A ditadura aconteceu na década de 1960, num momento em que houve uma sucessão de golpes de Estado no cenário internacional, patrocinado principalmente pelos Estados Unidos. Nessa situação, o Brasil apresentava-se como seu aliado nº1 na América Latina (PAULO NETTO, 2007).

O padrão de desenvolvimento econômico brasileiro estava relacionado aos interesses imperialistas e ao sistema capitalista. Através da política adotada pelo país, conseguiu vultosos empréstimos em dólares do governo norte-americano, o reescalonamento da dívida externa e investimentos diretos de capitais advindos dos Estados Unidos na economia (BRAVO, 2010a; PAULO NETTO, 2007).

As linhas-mestras deste “modelo” concretizam a “modernização conservadora” conduzida no interesse do monopólio: benesses ao capital estrangeiro e aos grandes grupos nativos, concentração e centralização em todos os níveis etc. – consagradas inclusive em tentacular repertório operativo e normativo (fora de qualquer controle democrático ou parlamentar) acionado por conselhos e coletivos diretivos atrelados ao grande capital. Elas instauram o perfil e a estrutura econômica- social ligados pela ditadura: a internacionalização e a territorialização do

imperialismo; uma concentração tal da propriedade e da renda que engendrou uma oligarquia financeira; um padrão de industrialização na retaguarda tecnologia evocacionado para fomentar e atender demandas enormemente elitizadas no mercado interno e direcionado desde e para o exterior; a constituição de uma estrutura de classes fortemente polarizada, apesar de muito complexa; um processo de pauperização relativa praticamente sem precedentes no mundo contemporâneo; a acentuação vigorosa da concentração geopolítica das riquezas sociais, aprofundando brutais desigualdades regionais. (PAULO NETTO, 2007, p. 31-32).

Dessa forma, em relação à distribuição de renda, percebe-se um nítido processo de sua concentração nas mãos de poucas pessoas, em consequência o aumento das disparidades socioeconômicas no país.

No período da década de 1960 até meados de 1988 ocorreram mudanças significativas no sistema de proteção social brasileiro, porém não houve a ruptura com a lógica do período anterior. A política de saúde, durante a ditadura militar, continuou a desenvolver-se privilegiando o setor privado, seguindo as tendências da economia implantada (COHN, 2008; BRAVO et al. 2007).

A orientação à privatização da assistência médica previdenciária promovida pela atuação do Estado pelo sistema previdenciário aumentou com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, em 1967. O governo possibilitou a política de convênios com os setores privados de assistência médica, além de aumentar seu poder regulatório sobre a sociedade.

O Ministério da Saúde tinha a responsabilidade de assistir às doenças que afetavam os grandes segmentos da população. Os investimentos na saúde pública tiveram um declínio e a medicina previdenciária teve um aumento, principalmente após a reestruturação do setor, que estendeu a cobertura do sistema de forma a abranger quase toda população urbana, após 1973 foram contemplados os trabalhadores rurais, empregados domésticos e trabalhadores autônomos, a criação de um complexo industrial e a diferenciação de atendimento à clientela (BRAVO, 2010a).

De acordo com Bravo (2010a, p.43), “[...] a redução dos gastos em saúde pública foi uma decisão política e não se pautou por indicadores sociais; implantou-se um novo padrão de estrutura do setor saúde, cuja ênfase era a medicina previdenciária.”

No final da década de 1970, a situação do país se agravou consideravelmente, a crise econômica ficou mais visível, houve o aumento do custo de vida, da taxa da inflação que chegou a 200%, arrocho salarial atingindo grandes faixas da população, alto índice de desemprego, além da crise da previdência (BRAVO, 2010a).

A política de saúde passa por *profunda* crise, pois as reformas implantadas no governo anterior, destacando-se o Sistema Nacional de Saúde e o SINPAS, não conseguiram dar respostas às principais questões, entre elas, a unificação dos aspectos preventivos e curativos, com uma Política Nacional de Saúde, sob a coordenação efetiva do Ministério da Saúde. (BRAVO, 2010a, p. 66, grifo da autora).

Neste contexto, emergiram novos atores sociais reivindicando e lutando para recuperar espaços que foram vedados pelo golpe de 1964 (SADER, 1988). A Saúde Coletiva presenciou um movimento com grandes repercussões na sociedade, que se tornou conhecido como Reforma Sanitária. O seu principal objetivo era democratizar os serviços de saúde, tornando-os públicos e com a participação dos usuários, como garantido na Constituição Federal de 1988, logro do Movimento de Reforma Sanitária.

2.2 Reforma Sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)

A economia brasileira apesar de apresentar melhoras a partir de 1984, com um sensível crescimento, o índice inflacionário não diminuiu permanecendo alto durante a década de 1980 (CARNEIRO, 1987).

Em 1985, com a morte de Tancredo Neves, José Sarney assume definitivamente a Presidência da República e marcou o fim de 20 anos de ditadura militar. Logo no início do mandato, o novo governo teve que enfrentar o problema do elevado índice de inflação.

A aceleração da inflação ao final da década de 1985 e início de 1986, coloca um importante dilema para a política econômica que até então vinha se pautando por um tratamento gradualista do processo inflacionário. A mudança de patamar de 230% ao ano para cerca de 450%, sem perspectiva de estabilização, reforçava todos os mecanismos de distorção, próprios de uma inflação desta magnitude apoiada num instrumento formal de indexação (CARNEIRO, 1987, p. 3).

Diante da situação, várias correntes do pensamento econômico utilizaram-se do argumento que a inflação elevada inibia os investimentos, pois provocava um clima de incerteza. Nesse contexto, a possibilidade de não obter lucros gerava uma contínua remarcação de preços, além disso, era crescente a valorização dos lucros do mercado financeiro em detrimento da valorização na esfera produtiva (CARNEIRO, 1987).

Foram elaboradas diversas medidas para conter a inflação, como o Programa de Estabilização Econômica e o Plano Cruzado, criado em fevereiro de 1986 com a introdução de nova moeda e o congelamento de preços e salários.

O Plano Cruzado provocou grande impacto em todo país, com a inflação decrescente houve aumento nas compras e a produção não correspondeu às exigências da demanda, assim, a inflação tornou a atingir um patamar ainda mais alto, superando os 1000% ao ano (CARNEIRO, 1987).

Em novembro de 1986, o governo lança o Plano Cruzado II, estabelecendo grandes aumentos no preço de vários produtos, mesmo assim em janeiro de 1987 a inflação do mês atinge 16,82%. Entre 1987 a 1994 foram implantados quatro planos de estabilização: Bresser, Verão, Collor I e Collor II, que abalaram a economia e o país.

A conjuntura inicial desse processo foi seguida por embates entre as forças políticas e sociais que lutavam para ampliar o processo de redemocratização e as que desejavam impor e preservar o antigo sistema.

A convocação da Assembleia Nacional Constituinte marcou um dos momentos mais significativos para o processo de transição, houve um grande esforço para reunir a sociedade. A população participou antes e durante a elaboração da Constituição Federal, como também antes e durante o processo de votação das Constituintes Estaduais.

Em 1988, em meio a uma situação de crise econômica, social e política, foi promulgada a Constituição da República. De caráter liberal, considerada o marco da redemocratização do país, tornou-se conhecida como Constituição Cidadã, pois introduziu no contexto brasileiro o conceito de Seguridade Social, que engloba Saúde, Previdência e Assistência Social.

Em relação à Saúde, na década de 1980 adquiriu uma dimensão política, deixando de ser somente interesses técnicos. Com o aumento das reivindicações pela melhoria da política de saúde e pelo fortalecimento do setor público, era grande a influência de novos atores sociais, como profissionais atuantes nessa área que integravam o movimento sanitário e criavam novos debates acerca da saúde e sua democratização.

O movimento de Reforma Sanitária teve como princípio uma crítica a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde. (VASCONCELOS, A. M., 2007, p. 76).

Os Sujeitos envolvidos nesse movimento reivindicavam a universalidade do acesso aos serviços públicos, considerando a saúde um dever do Estado e um direito social; a

descentralização da gestão desta política da União para as esferas estadual e municipal; um sistema unificado de saúde.

O movimento de Reforma Sanitária era composto por militantes oriundos de várias profissões e com distintas orientações políticas. Existiam dois blocos com opiniões diferentes em relação à questão: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FHB) e Associação das Indústrias Farmacêuticas, que defendia a privatização dos serviços de saúde; e outro que defendia os ideários da Reforma Sanitária, formados por intelectuais da área da saúde coletiva, estudiosos da saúde pública e da medicina social, profissionais do setor público dos serviços de saúde articulados ao movimento popular (COHN et al., 2008; BRAVO, 2010a).

A discussão da questão Saúde teve como fator marcante a preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 na cidade de Brasília, Distrito Federal, com a temática central: 1- A Saúde como Direito Inerente à personalidade e à Cidadania; 2- Reformulação do Sistema Nacional da Saúde; 3- Financiamento setorial.

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (CARVALHO, 1995; 53 apud BRASIL, 2006c, p. 48).

A VIII Conferência foi primordial para discussão da temática saúde no país. Teve a participação de aproximadamente 4.500 pessoas, dentre as quais mil delegados. Entretanto, os setores empresariais de saúde não participaram por não concordarem com o princípio da Conferência: saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Ela foi precedida por pré-conferências estaduais que garantiu autonomia das entidades para escolher seus representantes (BRAVO, 2010a).

A saúde, em seu sentido mais abrangente foi considerada como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a 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. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, Anais, 1987: 382 apud BRAVO, 2010a, p. 88-89).

Portanto, a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, propondo não somente o Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária com a politização da saúde, com objetivo de aprofundar o nível de consciência crítica da população em relação ao conceito de política de saúde. Além disso, foram as propostas do movimento que foram aprovadas e entraram na Constituição (BRAVO, 2007), tais como:

- saúde como direito universal e dever do Estado, sendo não contributiva e acabando com a discriminação de população urbana e rural;
- as ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública, cabendo ao Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar;
- constituição do Sistema Único de Saúde, com a ideia de todos os serviços organizados em uma rede hierarquizada, regionalizada e descentralizada e de atendimento integral, com a participação popular;
- participação do setor privado no sistema privado, em regime complementar.

Alguns princípios e diretrizes contidos no SUS, tais como universalidade, financiamento público pelo Estado, integralidade, hierarquização e regionalização, já tinham sido adotados por diferentes países há muitos anos, com exceção dos Estados Unidos²⁶ que manteve a separação entre mercado médico e saúde pública. Por isso, a Reforma Sanitária brasileira é considerada tardia, enquanto havia o declínio das concepções de estado de bem-estar em todo mundo, no Brasil ocorria o apogeu do reformismo em saúde (CAMPOS, 2006).

2.2.1 Os princípios e diretrizes do SUS

O SUS pode ser considerado um organismo de regulação, coordenação e execução do conjunto de ações e serviços voltados para assegurar o direito à saúde. Ele surgiu como possibilidade de consolidar um modelo de promoção, prevenção, proteção e assistência à saúde, superando o modelo médico-assistencial privatista, isto é, abolir a distinção da assistência médica curativa prestada aos trabalhadores formais e contribuintes do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) (apud SIMÕES, 2007, p. 122-123, grifo do autor), são princípios e diretrizes do SUS: “[...] universalidade; integralidade de assistência; equanimidade; descentralização; regionalização e

²⁶ “2010 - O Congresso adota a iniciativa histórica do presidente Barack Obama de um projeto que prevê dar assistência médica a mais de 50 milhões de americanos sem cobertura. A reforma não inclui um sistema de cobertura médica público, como no Brasil, mas obriga todas as pessoas a ter assistência médica ou pagar uma multa de 2,5% de suas rendas.” (REFORMA..., 2010, online).

hierarquização; racionalização dos serviços; eficácia e eficiência; participação de todos os segmentos da população.”

A questão da universalidade diz respeito ao dever de atender a todos, sem distinções, de acordo com suas necessidades, gratuitamente, ou seja, todos têm o direito de acesso ao serviço independentemente de contribuição; mas a concepção de acesso diz respeito à capacidade do usuário obter, quando precisar, disponibilidade nos recursos existentes (VIDAL, 2008).

O artigo 196 da CF afirma que “a saúde é um direito” de todos e dever do Estado, garantida por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CRESS, 2006), porém, o acesso universal esbarra no projeto de valorização do capital financeiro.

Essa situação também atinge a área da Saúde, pois temos a universalidade x focalização e a diminuição dos gastos públicos, no qual o financiamento ficou submetido à influência da lógica do mercado, ou seja, “[...] o prevalecimento da lógica do lucro e da capitalização nos investimentos do setor.” (COHN, 2008, p.18)

Outra questão também bastante discutida é da universalização versus a segmentação. O Sistema de saúde suplementar é um sistema privado de assistência à saúde exercido por operadoras privadas sob a regulação da Agência Nacional de Saúde (ANS).

O mercado de planos e seguros de saúde cresceu consideravelmente nos anos 2000. Percebe-se a relação direta entre a expansão do modo de produção capitalista e a expansão desse mercado:

Voltando um pouco mais no tempo, é nítida a relação entre o desenvolvimento do setor privado da saúde no Brasil e a decisão dos governos autoritários, que unificaram os institutos previdenciários, expandiram a população beneficiária e proporcionaram o crescimento do mercado de serviços de assistência médica. Essas mudanças ocorreram sobretudo por meio da compra direta de serviços pelo Estado e da transferência da função provedora para a iniciativa privada. Outros fatores históricos contribuíram para a formação do campo da saúde suplementar: a industrialização do país, a partir dos anos 1950, no governo de Juscelino Kubitschek, quando corporações estrangeiras que compunham o parque produtivo contrataram assistência privada para seus empregados; decretos do governo militar de 1964, que viabilizaram a contratação, pelo Estado, de empresas médicas e serviços privados de saúde; a recessão econômica dos anos 1980, a partir da crise do petróleo de 1978, que provocou retração nos convênios mantidos entre o Estado e as empresas médicas, fazendo crescer a oferta direta de planos de saúde a indivíduos ou empresas; a própria Constituição Federal de 1988, que prevê a livre atuação da iniciativa privada na saúde; e, por fim, a reforma do aparelho administrativo do Estado,

implementada nos anos 1990, que culminou na criação das agências reguladoras setoriais. (BAHIA; SCHEFFER, 2010, p. 27-8 apud CHELALA, 2012, p. 115).

De acordo com Segatto e Buscato (2010), cerca de 45 milhões de pessoas no Brasil possuem planos de saúde. Elas utilizam o convênio para consultas e internações de custo baixo ou moderado. Porém, quando necessitam de um serviço caro e de alta complexidade, elas recorrem ao serviço público. “Os beneficiários dos planos de saúde têm todo o direito de usar o serviço público, mas é preciso deixar claro que, ao fazer isso, eles estão subsidiando os planos de saúde.” (MÉDICI apud SEGATTO; BUSCATO, 2010, p. 89).

O Sistema de Desembolso Direto é representado por serviços de saúde adquiridos pela iniciativa privada mediante gastos diretos das pessoas e das famílias. Os beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar a qualquer momento podem utilizar os serviços do SUS, no entanto, quem não possui planos de saúde não pode utilizar a rede privada. “Há uma mobilidade unilateral da demanda. Os beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar utilizam com frequência os serviços de maior densidade tecnológica do SUS, mas os que não estão cobertos pelos planos de saúde não podem utilizar os serviços privados.” (BRASIL, 2006a, p. 58).

Portanto, enquanto a Constituição Federal e o SUS estabelecem ações para o acesso universal, as atuais políticas públicas esbarram em ações segmentadas e fragmentadas.

O princípio da equidade pode ser analisado por diferentes perspectivas, como no atendimento e uso dos serviços, nos resultados sanitários e no financiamento. A rede do SUS deve oferecer seus recursos de acordo com as necessidades de cada um, ou seja, todas as pessoas têm que ter acesso aos serviços disponibilizados, sem privilégios.

Além disso, os serviços devem ser organizados seguindo a diretriz da descentralização, o art. 198 da Constituição Federal prevê que “[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo.” (BRASIL, 2006b,).

Como forma de efetivar o que está previsto na Lei Orgânica de Saúde em relação à universalidade de acesso e à integralidade de atenção, os serviços de saúde foram organizados a partir da regionalização e seguindo o critério de hierarquização. A regionalização e a hierarquização são formas de continuidade do processo de descentralização.

Em 2002, foi aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02), estabelecendo o processo de regionalização como forma de equidade. A Portaria nº 373/ GM, de 27 de fevereiro de 2002, no artigo nº1 estabelece a aprovação²⁷.

Outro princípio que consta no SUS e muito discutido nos últimos anos diz respeito à participação do setor privado. A LOS prevê que a participação desse setor deve ocorrer de forma complementar, preferencialmente pelo setor filantrópico e sem fins lucrativos, por meio de contratos ou convênios, sem desvirtuamento da natureza pública dos serviços.

Portanto, ao analisar os princípios presente no SUS e a atual forma da política pública, fica claro que eles foram substituídos por um projeto privatista, com a privatização de serviços e o questionamento da universalidade do acesso, além disso, um caráter focalizado para atender às populações vulneráveis.

2.3 A Política de Atenção Básica no Brasil

O termo Atenção Primária à Saúde (APS) foi utilizado pela primeira vez como forma de organização dos sistemas de saúde na Inglaterra, no Relatório de Dawson, em 1920. Esse documento organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino (BRASIL, 2011).

Essa concepção de APS influenciou a organização dos Sistemas de Saúde em todo o mundo, definindo as características básicas do modelo de APS, que são a regionalização e a descentralização.

Em 1978, foi realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas (UNICEF) a I Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários, em Alma-Ata, no Cazaquistão. Nessa Conferência foi recomendada uma meta entre os países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000 através do modelo de APS.

A APS²⁸ nesse encontro foi entendida como

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade,

²⁷ “[...] na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e da busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.” (BRASIL, 2002,).

²⁸ Esse documento é denominado como Cuidados Primários de Saúde.

mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS; OMS, 1978).

As metas de Alma-Ata não foram alcançadas plenamente, no entanto, a APS tornou-se referência fundamental para os movimentos em prol da saúde com qualidade e acesso universal nas décadas de 1980 e 1990. Ainda nesta última década, o modelo de APS era mais focalizado, seguindo as recomendações dos organismos internacionais como Banco Mundial e FMI.

No Brasil, a implantação do SUS na década de 1990 ampliou a rede de serviços de Atenção Básica seguindo os princípios da Reforma Sanitária, com isso o SUS adotou a denominação de Atenção Básica de saúde para focar a reorientação do modelo socioassistencial.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica é entendida como:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p. 19).

Em 2011, foi aprovada a Portaria nº 2488, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários (ACS).

Nessa portaria, ficaram estabelecidos os fundamentos e as diretrizes da AB, que são: a territorialização, a universalidade, a integralidade e a participação dos Sujeitos. Em relação aos trabalhadores, foram elencadas as seguintes atribuições em comum:

- I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde[...];

- III - Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários [...];
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local[...];
- V - Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VIII - Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;
- X - Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI - Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII - Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;
- XIII - Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV - Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe;
- XV - Participar das atividades de educação permanente;
- XVI - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII - Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2012, p. 43-45).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde considera a AB como porta de entrada do indivíduo ou da sua família ao sistema de saúde e sua principal estratégia para sua efetivação tem sido a Estratégia Saúde da Família (ESF).

2.3.1 Estratégia Saúde da Família

Na década de 1990, o SUS adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como a principal estratégia para implantação da AB à saúde, com a instituição de equipes para atuar a partir do contexto sócio cultural das famílias.

O PSF teve a primeira etapa de implantação em 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e os resultados satisfatórios permitiram que a partir de 1994 instituíssem as primeiras equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Em 2006, com a Portaria MS/GM nº 648 que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), alterou-se a denominação do PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF).

Assim, uma equipe de ESF tem responsabilidade sobre a saúde de uma população composta de 600 a 1000 famílias, não excedendo o total de quatro mil pessoas de uma área geográfica definida.

A definição do território de atuação de uma equipe precisa ser realizada de forma conjunta entre técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, equipe de ESF e a população, conforme consta na Portaria 2488/2011. Além disso, a definição do território deve levar em consideração os aspectos geográficos, sócio demográficos, de transportes da população e epidemiológicos, fatores que irão limitar ou facilitar o acesso à Unidade de Saúde.

A área de abrangência de uma equipe de ESF não costuma ser homogênea, pois existem microáreas onde cada equipe de saúde atua, e assim cada microárea terá suas próprias características em termos econômicos, culturais e epidemiológicos.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 recomenda que para que uma UBS de grandes centros urbanos a equipe de ESF seja responsável por, no máximo, até 12 mil habitantes no território.

Em relação à equipe, ela deve ser formada por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) em número capaz para cobrir 100% da região em que a UBS está instalada, respeitando-se o máximo de 1 ACS para 750 pessoas, e de 12 ACS para cada equipe de ESF (BRASIL, 2012).

Além disso, a essa composição pode ser somada a equipe de saúde bucal formada por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário. Cada equipe de saúde bucal será responsável pela população de até no máximo duas equipes de ESF.

Com o objetivo de ampliação da abrangência das ações de AB, foram criados em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por profissionais de diversas áreas do conhecimento que devem atuar em parceria com as equipes de ESF.

2.3.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O NASF foi instituído pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar as equipes da ESF e é formado por equipes com profissionais de diferentes áreas do conhecimento atuando de forma a apoiar os profissionais das equipes de ESF.

Os NASF(s) são constituintes da AB, porém não são considerados como serviços de porta aberta. Esses Núcleos têm suas ações pautadas na discussão de casos, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território, ações de promoção e prevenção de saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outros (BRASIL, 2008).

Ele pode ser organizado em duas modalidades: Nasf 1 e o Nasf 2. Para ser considerado Nasf 1 deve obedecer a algumas condições, tais como: a carga horária semanal total dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas, nenhum profissional poderá ter carga semanal inferior a 20 horas e máximo de 80 horas semanais. No Nasf 2 a carga horária semanal total deve ser no mínimo de 120 horas semanais, nenhum profissional ter carga semanal menor que 20 horas e máximo de 40 horas semanais.

As equipes do Nasf 1 e do 2 poderão ser compostas pelos seguintes profissionais: acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2012).

O foco para a organização do processo de trabalho será o território sob sua responsabilidade, e a estrutura deve priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, além de ter como referencial teórico do apoio matricial, que significa

[...] assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais encarregados da atenção à problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar, aquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra referência, protocolos e centros de regulação. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 399-400).

Além do apoio matricial, o NASF utiliza-se de outras ferramentas para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho, como a Clínica Ampliada, O Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (BRASIL, 2008).

A Clínica Ampliada é direcionada aos profissionais de saúde que tem sua prática de atenção aos usuários, ou seja, os conhecimentos de cada profissional são direcionados a atender as necessidades do Sujeito. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas e direcionada a um indivíduo ou para o coletivo, com resultado das discussões da equipe interdisciplinar geralmente aplica o PTS para casos mais complexos. O Projeto de Saúde no Território é uma estratégia das equipes de ESF e do NASF para desenvolver ações na produção da saúde em um território que tenha foco na articulação dos serviços com outros na área da Saúde e demais políticas sociais (BRASIL, 2008).

Diante do apresentado, o SUS está inserido numa ordem que privilegia a atenção à Saúde, ao menos vem sendo estruturada uma rede de serviços localizados no território e voltados para a prevenção dos problemas de saúde. No entanto, paralelamente vem sendo dada autonomia, subsídios e apoio ao privado, favorecendo o mercado, deixando em segundo plano as propostas do projeto de Reforma Sanitária, com visível aumento dos planos privados de saúde.

2.4 Contrarreforma do Estado e Política de Saúde no Brasil

A partir da década de 1990 ocorreram importantes mudanças estabelecidas entre Estado e os serviços de saúde pública implementados no contexto de contrarreforma do aparelho de Estado Brasileiro.

Na década de 1990, o Brasil seguiu as tendências internacionais e iniciou amplas reformas no governo de Fernando Collor de Mello, com abertura comercial para o mercado estrangeiro, o aumento da atuação de bancos estrangeiros e a privatização de alguns bancos e empresas estatais. Estes acontecimentos intensificaram-se ao longo dos dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso, sob o comando de Luiz Carlos Bresser Pereira, então ministro da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) (BEHRING, 2008; MONTAÑO; DURIGUETO, 2011; TRALDI, 2003).

Essas Reformas instituíram significativas mudanças no país, em suas relações comerciais externas e na política econômica. Na área social, adotaram um modelo de parceria

do Estado com setores da sociedade civil organizada para a gestão dos serviços de saúde, configurando uma nova forma de terceirização.

Na área da Saúde percebe-se a atuação das políticas de caráter neoliberal, em especial a partir da terceirização, sob diferentes modalidades e por meio de contratos de gestão, com a inserção das Organizações Sociais (OS), Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, e em 1999, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); seguida da Lei Complementar (PLC) n. 92/2007 que cria as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e, mais recentemente, da Lei nº 12.550/2011, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), estabelecendo um marco legal e regulador das ações entre o Estado e as organizações da sociedade civil prestadora de serviços sociais (SILVA, 2011).

Considera-se que existe o processo de privatização, pois ocorre a transferência de bens públicos para as entidades de caráter privado. A privatização é imposta pelo programa de publicização, que “[...] garante para o setor privado sem fins lucrativos uma forma de terceirizar a produção de serviços de saúde dispensando a concorrência com outras instituições, tanto na oferta de serviços produzidos quanto na disputa pelo financiamento.” (TRALDI, 2003, p. 47).

As OS se constituem como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos. Elas podem ser associadas ao Estado para prestação de serviços sociais e culturais, qualificadas por ato do Poder Executivo. Distinguem-se das empresas públicas, autarquias, fundações públicas ou sociedades de economia mista.

As Organizações Sociais (OS) foram concebidas como instrumento de viabilização e implementação de Políticas Públicas. O objetivo formal da chamada “Lei das OS” foi de “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 a saúde” (art.1º, Lei 9.637/98). As OS podem contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas aos órgãos de controle internos e externos da administração pública [...] (CORREIA, 2011, p. 44).

As OS são firmadas por contrato de gestão, pelo qual o poder público repassa para a iniciativa privada a gestão de determinados serviços. Para isso, exigem uma prévia habilitação legal das entidades para junto com o poder executivo instituir o contrato de gestão, documento que define os objetivos e as metas a serem alcançadas no campo de atuação, de acordo com a natureza da política pública. Esse tipo de gestão surge com a ideia de que esses serviços serão realizados de forma mais eficiente, no entanto, serão financiados pelo Estado (SILVA, 2011).

O modelo de gestão por OS é contrário ao SUS constitucional, já que ocorre a atuação do mercado no setor, ficando reduzido a uma relação de compra e venda; o dever do Estado em garantir o acesso à política de saúde fica sob a responsabilidade da iniciativa privada.

A Constituição Federal representou um marco importante na consagração dos direitos sociais no Brasil, porém os padrões de políticas universais e redistributivas esbarraram nas estratégias dos interesses do capital.

No Brasil, o projeto de Reforma Sanitária começa a ser questionado no início dos anos de 1990 e, na segunda metade dessa década, consolida-se o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista, este último é pautado na política de ajuste, que tem como tendência a contenção de gastos com a racionalização da oferta e da descentralização com isenção da responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. (BRAVO, 2010b, p. 13).

Essa realidade pode ser claramente percebida com a atuação das Organizações Sociais, das Fundações Estatais de Direito e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) enquanto gestoras dos serviços de Saúde. A partir de 2003, o país viveu um momento de expectativa de mudanças em virtude da eleição do governo Luiz Inácio Lula da Silva, no entanto, nos dois mandatos em que ele governou houve uma política de continuidade da contrarreforma iniciada nos governos anteriores.

É da compreensão de que a prioridade dada ao capital portador de juros no Brasil, ao longo dos governos FHC e em continuidade nos governos Lula, sustentou a permanência de uma política econômica neoliberal que trouxe inúmeras consequências às políticas sociais de direitos, diminuindo inclusive o seu conteúdo de política. Isso porque a adoção de políticas macroeconômicas, regidas por metas de inflação e dívida pública estrangida e/ou de superávits primários, levou a diminuição dos gastos públicos com direitos sociais, em destaque na saúde, aumentando os riscos da desuniversalização e assistencialização das políticas sociais. Vive-se, no momento do pós- anos Lula, um estado de distanciamento da efetivação da política de direitos universais da saúde, o que vem determinando as difíceis condições de financiamento do SUS e da Seguridade Social. (MENDES; MARQUES, 2012, p. 38).

Em 2007, foi criada a Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) através do Projeto de Lei Complementar n. 92/2007, que trata não somente da política de saúde, mas abrange todas as políticas de caráter social, consideradas não “exclusivas do Estado” (TEIXEIRA, M. J. O., 2012, p. 56). Tal projeto segue as orientações do Banco Mundial, o qual publicou em 2007 um documento com avaliações e propostas para “[...] aumentar a qualidade de gestão e racionalizar o gasto público do SUS.” (GRANEMANN, 2011, p. 50).

A Fundação Estatal além de priorizar as ações privatistas dos serviços sociais e da política social, também faz com que haja a redução do Estado no controle das formas de contrato e regulação do trabalho, afetando os direitos dos trabalhadores, assim Granemann (2011) argumenta três questões fundamentais com rebatimentos diretos para o dia a dia dos serviços: 1) pela contratação da força de trabalho que ocorrerá pelo regime jurídico da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com seleção por meio de concurso público, por edital publicado no Diário Oficial, no entanto, um concurso que não prevê a estabilidade no trabalho; 2) a remuneração será diferenciada já que cada Fundação Estatal estabelece com o Estado um Contrato de Gestão, cada Fundação terá seu quadro de pessoal, seu plano de carreira, emprego e salários; 3) a Fundação Estatal juridicamente não contribui com a formação do fundo público estatal, isso porque elas [...] venderão seus serviços ao Estado e a outros agentes do mercado.

De uma parte reivindicarão do Estado recursos para realizar a prestação de serviços e de outra não contribuirão para a formação do fundo público que sustenta a própria política social executada pela fundação porque esta ao prestar serviços sociais gozará de imunidade tributária. (GRANEMANN, 2011, p. 53).

Nesse processo, fica clara a redução dos direitos trabalhistas, a privatização dos recursos públicos, a ampliação dos espaços em que ocorre a acumulação do capital, e o fortalecimento do setor privado na oferta dos serviços sociais que por lei deveriam ser executados pelo Estado. Além disso, cria uma diferenciação entre os serviços públicos, e inclusive entre os trabalhadores da saúde.

Outra forma de gestão via terceirização do serviço de Saúde e também parte do processo de contrarreforma encontra-se no debate sobre a gestão dos hospitais universitários, com a já indicada Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (BRAVO; MENEZES, 2011).

A EBSERH surgiu com o discurso do Governo Federal para solucionar a denominada “crise” dos Hospitais Universitários (HUs), resultado da progressiva redução de pessoal que assolou o setor público e da falta de investimentos para dar conta do ensino, pesquisa, extensão e assistência, característica dos HUs. Porém, isso também significa a terceirização do maior sistema hospitalar público brasileiro, composto por 46 unidades hospitalares.

A gestão hospitalar pela EBSERH significa o oposto do que tem defendido e reivindicado os trabalhadores da saúde pelo fato de ocorrer a precarização do trabalho, a contratação é pelo regime da CLT e por contratos temporários de até dois anos, fim do

concurso público para contratação, e os funcionários existentes passariam para EBSEH, assim, apesar de serem vinculados à Universidade de origem, seu processo de trabalho estaria submetido e determinado pela empresa (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 23).

Em relação à assistência à população usuária, a lógica determinada passa a ser dos interesses privados, rompendo o pacto constitucional de garantir saúde e educação como bens públicos, que não poderiam e não deveriam se submeter aos ditames do mercado. A EBSEH nega esse princípio constitucional e abre espaço para mercantilização dos serviços de saúde prestados pelos HUs. O princípio de trabalho está ligado ao cumprimento de metas que são estabelecidos no Contrato de Gestão, por isso não existe a busca pela qualidade ou ampliação dos serviços prestados, prejudicando a população.

Portanto, na atualidade presencia-se um desmonte das políticas sociais públicas, principalmente as de caráter universais. A partir da década de 1990 a estratégia de governo baseou-se (e ainda se baseia) na transferência de recursos sociais para a esfera financeira, ocorrendo um retrocesso na gestão das políticas sociais. Ao invés de o Estado garantir direitos sociais e construir uma rede de proteção social, transfere essas questões ao setor privado.

**CAPÍTULO 3 A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES EM RELAÇÃO À
POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NA SUPERVISÃO TÉCNICA DE
SAÚDE PIRITUBA/ PERUS**

Neste capítulo, aborda-se o resultado da pesquisa de campo, buscando identificar e analisar a percepção dos trabalhadores a respeito da política de saúde no seu cotidiano de trabalho, especificamente na STS Pirituba/ Perus. No entanto, será resgatado o processo de construção do SUS no município de São Paulo para compreender como esses trabalhadores analisam o contexto de trabalho no qual estão inseridos. Para tanto, para subsidiar as análises foram utilizadas as seguintes categorias: utopia da eficiência das OS, privatização da Atenção Básica no município de São Paulo e precarização do trabalho. Categorias essas construídas após a coleta de dados para subsidiar essa análise.

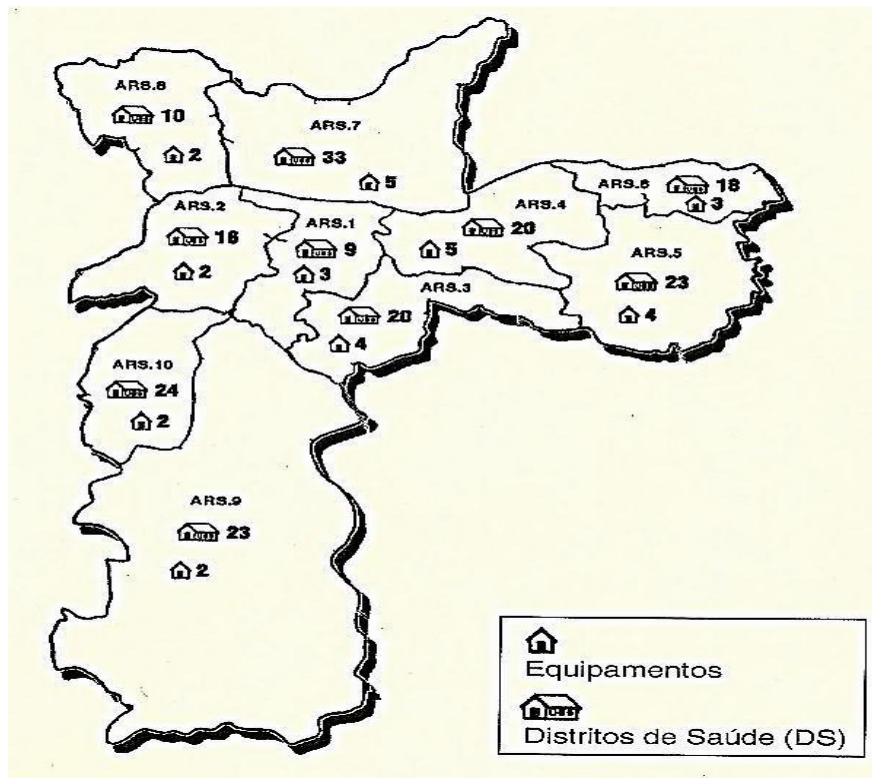
3.1 A construção do SUS no município de São Paulo

O município de São Paulo conta com a predominância das Organizações Sociais (OS) e as Parcerias Público-Privadas (PPP) na gestão dos serviços de saúde pública, no entanto, na década de 1990 o município teve outra experiência na transferência da gestão da saúde para instituições reconhecidas sem fins lucrativos, com o Plano de Atendimento à Saúde, conhecido como PAS.

A construção do SUS no município de São Paulo aconteceu de forma tardia. Até 1988, a Secretaria Municipal de Saúde/SP era organizada administrativamente em dois departamentos: Departamento da Saúde da Comunidade, responsável por Coordenar postos de atendimentos médicos, e a Superintendência Médico-Hospitalar de Urgência, responsável pelos prontos-socorros e hospitais.

Na gestão de 1989-1992, a prefeita Luiza Erundina (PT) tinha o desafio de construir o SUS na cidade, dessa forma, ocorreu uma reorganização na Secretaria Municipal de Saúde na época chamada de Secretaria de Higiene e Saúde, a partir da qual as atribuições político-administrativas foram descentralizadas para 10 Administrações Regionais (AR) de Saúde e 32 Distritos de Saúde (DS), que por causa da descentralização orçamentária e financeira ganharam relativa autonomia. Ao final dessa gestão todas as Unidades de Saúde municipais estavam subordinadas e coordenadas pelo Distrito de Saúde de sua região (PALMA, 2013; PINTO, 2009).

Figura 1 – Administrações regionais de saúde, distritos e unidades de saúde na cidade de São Paulo, 1992



Fonte: Extraído de Boletim informativo Participação e Saúde, n. 4, fev. 1992, São Paulo, Cedec, apud BÓGUS, Cláudia Maria. *Participação popular em saúde: formação política e desenvolvimento*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 1998, p. 96. (PALMA, 2013, p. 83).

No período de 1993-1996, quem assumiu a Prefeitura de São Paulo foi Paulo Salim Maluf (PDS), marcando o final do primeiro governo democrático e popular da cidade de São Paulo e iniciando um longo período de retrocessos.

Na área da Saúde, sob influência gerencialista, houve a implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), como pressuposto inicial utilizou-se do discurso da ineficiência dos serviços públicos. A sua principal diretriz foi a regionalização do atendimento, com unidades de atendimento geridas por cooperativas de trabalho, criando uma nova forma de gestão (COHN; ELIAS, 1999, p. 16).

De acordo com Cohn e Elias (1999), nos documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde, a justificativa para criação do PAS era a necessidade do poder público apresentar alternativas para solucionar os problemas no atendimento na área da Saúde Pública.

[...] as ARS e os DS perderiam sua autonomia, bem como seus recursos financeiros, que seriam centralizados no gabinete do secretário de Saúde, onde antigas estruturas voltavam a se fazer presentes. Os conselhos gestores das unidades, dos DS e das ARS seriam esvaziados, seja pela ausência dos gestores nas reuniões, seja por ameaças e represálias aos trabalhadores

membros dos conselhos, pela sonegação de informações, retirada do apoio técnico-administrativo e tentativas de proibir o acesso dos conselheiros aos serviços e mesmo a reuniões antes públicas. Ocorreria ainda o desmantelamento sistemático de experiências que pudessem ser vistas como “marcas” da gestão anterior, bem como o rápido sucateamento da rede municipal, arrocho salarial e perda da qualidade dos serviços – e de sua estrutura física –, estratégia que se mostraria importante para a legitimação da proposta que se gestava: o Plano de Atenção à Saúde (PAS). (PALMA, 2013, p. 97).

O PAS configurou-se como uma proposta de transferência da gestão estatal para o setor privado não lucrativo. Os prestadores de serviços tinham grande autonomia para a administração e à organização do trabalho, já que o gerenciamento dos serviços de saúde ocorria de acordo com a racionalidade inerente à esfera da iniciativa privada. Essa modalidade de gestão obedecia aos parâmetros apresentados como desejáveis pelos organismos internacionais²⁹ para a implantação das políticas de saúde (COHN; ELIAS, 1999).

Nesse período, a maioria dos serviços e dos estabelecimentos de Saúde de caráter assistencial ligados à Secretaria Municipal de Saúde (16 hospitais, 16 prontos-socorros, 14 ambulatórios de especialidades e 99 unidades básicas de saúde) foi cedida às cooperativas privadas de profissionais de saúde organizadas para esses fins, com exceção de 50 UBS municipalizadas. Dessa forma, a assistência à Saúde foi organizada em 14 módulos assistenciais regionais, sendo que cada módulo coordenava de sete a 14 UBS, e pelo menos um hospital e pronto-socorro, que funcionavam como referência regional.

[...] a proposta que sustenta o PAS está alicerçada em três vertentes: *co-parceria na gestão dos serviços de saúde*, com a municipalidade entrando com os bens móveis e imóveis (rede física, equipamentos e veículos,

²⁹ “ Existem dois documentos que sintetizam o conjunto de propostas do Banco Mundial para a área da saúde no Brasil. Um do ano de 1991 “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, e outro de 1995 que, como seu título revela, define a agenda da saúde para os anos 90, ‘A organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90’.

O primeiro, elaborado após a Constituição de 88 e a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde 8080 e 8142 de 1990, rebate frontalmente os avanços formais da reforma sanitária contemplados nesta legislação. De acordo com o Banco Mundial, ‘as realidades fiscais colindem com os sonhos de despesas alimentados pelo processo de democratização e pela Constituição de 1988’ (Banco Mundial, 1991, p. 1-20)

[...]

Baseado no eixo da maioria das suas propostas que é o custo/ efetividade sugere a seletividade do acesso como proposta à quebra da universalidade: ‘os programas devem orientar-se especificamente para os pobres e considerar explicitamente a sua situação’ (Banco Mundial, 1991, p.7).

[...]

O segundo documento também vai de encontro aos avanços constitucionais de 88, ao referir-se que, na Constituição, a ‘firme tendência para a universalização da cobertura [...] trata, por si só, um aumento significativo nas despesas se as promessas públicas forem mantidas’ (Banco Mundial, 1995, p.x/xi).

[...]

Estes documentos defendem também a redução dos recursos destinados à saúde, em coerência com as políticas de ajustes dos organismos financeiros internacionais que exigem corte de gastos públicos.” (CORREIA, 2005, p. 121-122).

considerados como bens de capital) e as entidades privadas (cooperativa de trabalho) ofertando os recursos humanos em saúde, viabilizando o gerenciamento descentralizado e privado dos serviços de saúde; *flexibilização administrativa da relação de trabalho*, por meio do modelo de cooperativa de trabalho; e *financiamento provido por fundo público, nos moldes de pré-pagamento*, com a adoção da modalidade de captação por habitante abrangido pela área geográfica do serviço (COHN; ELIAS, 1999, p. 97, grifo do autor).

Nas eleições municipais de 1996, quem venceu as eleições municipais foi Celso Pitta (PDS), e uma de suas propostas era a continuidade das parcerias público-privadas para a gestão e operacionalização da política pública de saúde, analisadas como bem sucedidas.

Em 1998, cresceram consideravelmente as mobilizações pela retomada do SUS, tornando a crise do PAS visível. Cada vez mais ficavam aparentes os problemas e os esquemas de corrupção presentes nesse programa.

Após diversas críticas, denúncia e pressão do Conselho Municipal de Saúde para o Conselho Nacional de Saúde, apresentação de provas e o desvio de dinheiro, o Ministério da Saúde suspendeu seus repasses financeiros para o município. Os recursos que financiavam o PAS eram quase exclusivos da receita própria do município (COHN; ELIAS, 1999).

Nas eleições municipais de 2000, a candidata Marta Suplicy (PT) ganhou as eleições e, com isso, iniciou o processo de desmanche do PAS e retomou a construção do SUS no município. Apesar do município de São Paulo ser referência nacional no sistema de Saúde, em virtude da grande quantidade, complexidade de serviços e estabelecimentos de saúde, o SUS foi implantado tardiamente no município, somente em 2001 a nova gestão começou a reconstruir o sistema de saúde.

O SUS foi implementado por meio de três eixos: 1) reorganização das instâncias de participação e controle social; 2) extinção do antigo Plano de Atendimento à Saúde (PAS); 3) municipalização da rede básica estadual.

Em 2002, ocorreu uma descentralização política administrativa na prefeitura, e foram criadas 31 Subprefeituras e 41 Distritos de Saúde (com 250 mil habitantes em média), reorganizados em 31 Coordenadorias de Saúde vinculadas às Subprefeituras. Em 2004 foram criadas cinco autarquias hospitalares (PINTO, 2009).

Nas eleições de 2004 o candidato José Serra (PSDB) venceu as eleições, e seu vice era Gilberto Kassab (PFL), marcando um período de gestão municipal que durou até 2012. Na área da Saúde esse governo significou novamente perdas para o SUS, e a consolidação da participação das OS no município (PALMA, 2013).

No início do seu mandato, em 2005, houve uma nova reorganização na Secretaria Municipal de Saúde, e por meio de um decreto transferiram as Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras à Secretaria, oficializando 5 Coordenadorias Regionais de Saúde, e criando 24 Supervisões Técnicas de Saúde, essas subordinadas às Coordenadorias).

Além disso, os dirigentes desse governo enfocaram na implantação de serviços de pronto-atendimento, conhecidos como Unidades de Assistência Médica e Ambulatorial (AMAs), com gestão total de OS:

Ao final de 2006 encontrariam-se em funcionamento 35 AMAs, com previsão de 50 até 2007, ocupando espaços das UBS, e mesmo de prontos-socorros. Seus funcionários, contratados por diferentes OS, conviviam, no mesmo local de trabalho com servidores públicos concursados – com diferentes salários e vínculos –, estimulando a crescente “canibalização” da força de trabalho existente, que passava a migrar entre serviços e OS, levando a uma precarização ainda maior do trabalho e à desestruturação da luta sindical.

Por outro lado, o modelo de pronto-atendimento adotado, baseado na “queixa-conduta” e dissociado da rede básica e de ações de saúde coletiva, se por um lado aparentemente ampliava o acesso, por outro diminuía a potencialidade dos serviços, com reflexos inevitáveis em longo prazo, tanto na saúde do indivíduo como no quadro de morbi-mortalidade da população da cidade. (PALMA, 2013, p. 137).

De acordo com Palma (2013), em 2007 o Brasil contava com 70 OS, sendo que 25 delas eram na área da Saúde. Desse total, 27 estavam sediadas no Estado de São Paulo, sendo que 17 na saúde.

Atualmente, no município de São Paulo existe forte predominância das parcerias com OS, principalmente na gestão das unidades de saúde da Atenção Básica. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atua como apoio às equipes de Saúde da Família/Estratégia de Saúde da Família (PSF/ESF), e não constitui porta de entrada do sistema de Saúde, teve o seu processo de implantação realizado em parceria com Instituições Conveniadas, e em contratos de gestão com o SUS, dessa forma, as equipes do NASF são contratadas por OS conveniadas com o município.

O Programa Saúde da Família (PSF) começou a ser implantado no Município de São Paulo pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) no ano de 1996, em parceria com o Projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), e com as demais instituições privadas que estavam

vinculadas ao PAS. Essa forma de implantação do PSF perdura até o município aderir ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que ocorreu em 2001 (PALMA, 2013)³⁰.

De acordo com o site da Prefeitura do Município de São Paulo, em 2005 o Município contava com 722 equipes de ESF implantadas em 197 unidades, e cobertura de 27%. Em 2012, eram 1277 equipes de ESF, distribuídas em 270 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cobertura de 45,06%, correspondendo a uma expansão de 76,8% das equipes, e consolidando a Saúde da Família como estratégia de reorganização das Unidades Básicas de Saúde. As equipes estão distribuídas por Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), e preferencialmente nas regiões mais periféricas e ou de alta vulnerabilidade (PSP, 2014b).

Em 2008, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria n.154, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica à Saúde, com objetivo do atendimento de forma universal e igualitária da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Constituem diretrizes do NASF: ação interdisciplinar e intersetorial, promoção, prevenção, reabilitação, humanização, educação permanente, promoção da integralidade e organização territorial.

O NASF não constitui porta de entrada do sistema de saúde, mas atua como apoio às Equipes de Saúde à Família (ESF), e deve ser constituído por profissionais de diversas áreas do conhecimento.

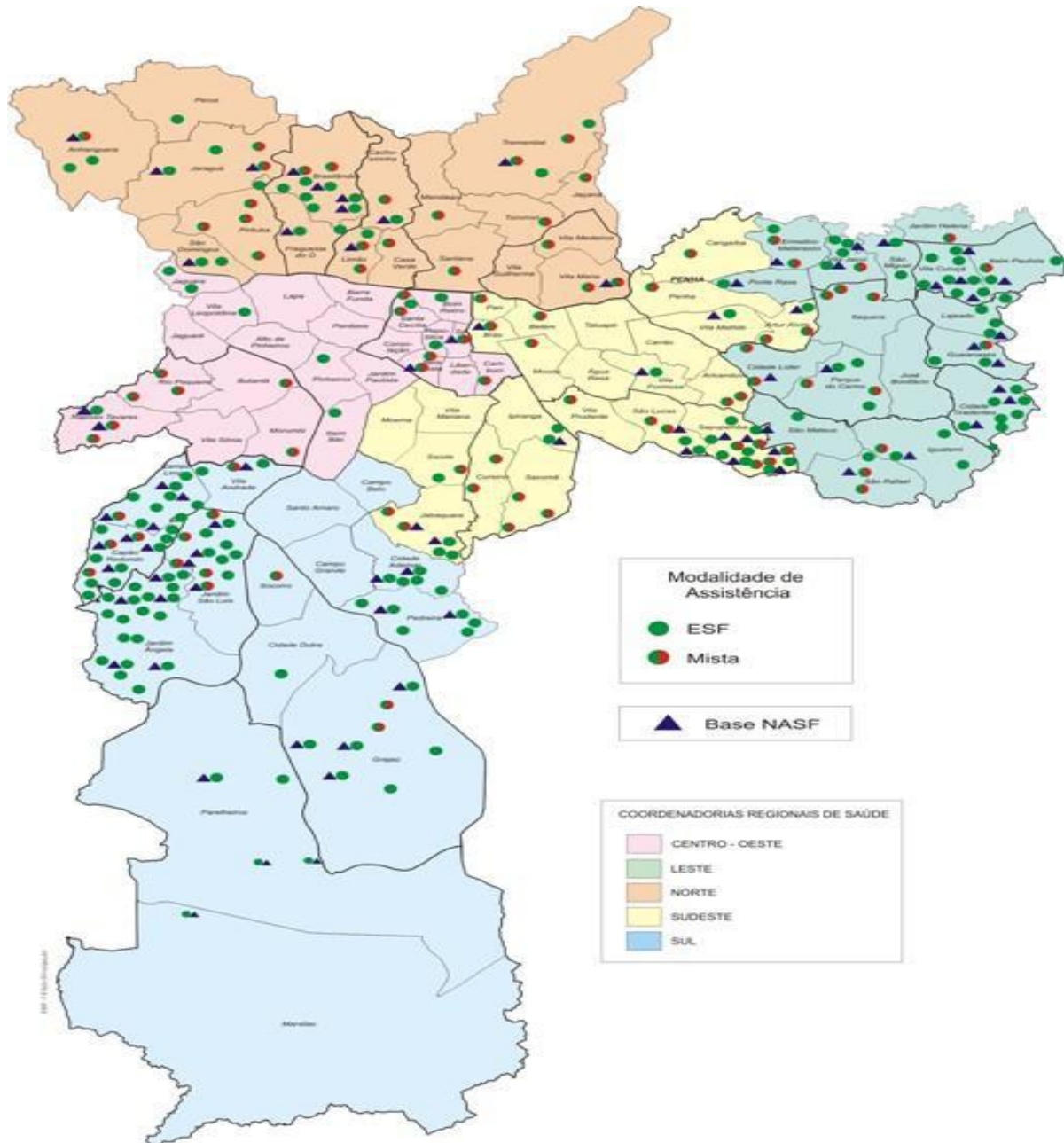
As ações de saúde desse Núcleo devem ser sustentadas pelo apoio matricial, ou seja, baseia-se na interdisciplinaridade, na troca de saberes entre os profissionais com intuito de aumentar a capacidade de ver o Sujeito como um todo, contribuindo para uma melhor efetividade no trabalho, e espera-se que a ESF organize a sua atuação para o acompanhamento do Sujeito/família (PSP, 2009).

A implantação do NASF no município de São Paulo teve início em julho de 2008, com proposta de 86 equipes, sendo que as Coordenadorias Regionais de Saúde ficaram responsáveis por escolher as categorias profissionais para compor a equipe, de acordo com o

³⁰ “A aprovação da implantação do PSF nos moldes propostos pela SMS-SP, em 2001, seria aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde por apenas um voto de diferença, expressando um conjunto de dúvidas e questionamentos que se encontrava em debate no período. Os argumentos críticos baseavam-se fundamentalmente em três ordens de questões, não excludentes entre si. Uma primeira dizia respeito à ausência de controle público sobre as ações e os serviços desenvolvidos pelas “entidades parceiras”, dado seu caráter privado, ainda que filantrópico, e a diversidade de interesses em jogo. Uma segunda questão, mais ampla, dizia respeito ao risco de redução dos princípios da universalidade e integralidade do SUS a um projeto “destinado aos pobres, e pobre como eles”, incapaz de substituir outras estratégias de atenção básica, e sua necessária multiprofissionalidade – apresentando-se como um projeto ao gosto das políticas focalistas, privatizantes e de “cesta básica” voltada aos pobres, propugnadas pelo Banco Mundial, FMI e outros organismos de cooperação internacional [...]” (PALMA, 2013, p. 117).

perfil de cada região. De acordo com o site da Prefeitura do Município de São Paulo, em maio de 2011 o município contava com 86 equipes NASF (PSP, 2009).

Figura 2 - Distribuição da ESF, NASF e UBS por região no município de São Paulo



Fonte: (PSP, 2009, p. 1)

O processo de implantação e contratação dos profissionais foi desenvolvido em parceria com as Instituições Conveniadas, e em contrato de gestão com a Secretaria Municipal

de Saúde, dessa forma, as equipes do NASF são contratadas por Organizações Sociais (OS) conveniadas com o município.

Diante do exposto, após realizar e fazer análise do conteúdo das entrevistas foram elencadas três categorias para subsidiar a identificação e análise da percepção dos trabalhadores em relação aos diferentes modelos de gestão na Atenção Básica, mais precisamente nas UBS localizadas na STS Pirituba/Perus: utopia da eficiência das OS, privatização da Atenção Básica no município de São Paulo e precarização do trabalho.

3.2 Utopia da eficiência das OS

Conforme foi exposto anteriormente, em São Paulo, antes mesmo que a Constituição fosse implantada, houve a negação dos seus princípios, materializada na crescente transferência da gestão dos serviços de saúde para as entidades caracterizadas como parceiras e OS, com o discurso de melhor atendimento e governança.

Com a contrarreforma do Estado, foi disseminada a ideia de que a administração realizada por órgãos públicos é ineficiente, e a gestão baseada no modelo privado é capaz de oferecer maiores respostas à população, justificando a terceirização da saúde, via OS ou Instituições Parceiras, as quais são tidas como mais eficazes e eficientes, e, portanto, oferecem maior resolutividade aos problemas.

Essa ideia também é incorporada por alguns trabalhadores da área, não somente aqueles contratados pelas Parceiras, mas também pelos servidores públicos. Dos 13 entrevistados, os Sujeitos C, D, E, F, G, J, M e N nos seus depoimentos identificaram as parceiras nos serviços de saúde, conforme os depoimentos escolhidos:

Eu tenho alguns pensamentos sobre a política de saúde, eu analiso da seguinte forma, o que a gente tem de serviço de saúde hoje, a gente pode dizer assim em termo de Saúde da Família ok, tem equipe, tem médico agora, tem esforço e tudo mais, mais em termos gerais ela esbarra muito em burocracia, em financiamento, em coisas do gênero. Eu analiso que o trabalho que as OS fazem, é um trabalho que assim por mais que as pessoas virem e fale: “Ah! A OS é negar o SUS!”, eu não vejo dessa forma não, do tempo que estou na PARCEIRA, sinceramente, e comparando com alguns amigos que estão no setor público, em termos de trabalho eu prefiro manter como OS. Eu não prestaria concurso hoje, nem a pau, o motivo é seguinte: a OS querendo ou não ela consegue canalizar melhor essa situação de vínculos de trabalho e de transformação daquele objeto de trabalho, que no caso é a saúde, em produtividade. Então, se a gente for pensar em termos quantitativos a produção de saúde com a OS ela suplanta a produção de saúde coletiva no Estado [...] o que consigo ver é que a administração estatal ela é uma desgraça, e por quê? Por causa justamente do tipo de

financiamento, de como é financiado, da burocracia, a burocracia política que a gente tem no SUS, ela é um puta de um entrave! E, quando eu digo que eu não gostaria que o Estado intervisse, é no sentido de que “poxa você agora vai ter que pagar pela saúde pública?” Não, pelo contrário a saúde continua sendo de graça, desde que o recurso viesse financiado pelo próprio recolhimento de impostos. Então, eu vejo dessa forma, eu prefiro que a saúde não seja mais pública, pública no sentido de pertencer ao Estado, eu prefiro que a saúde ela pertença ao povo diretamente, administrado por organizações da própria sociedade civil (Sujeito C).

[...] a parceira não é a solução, mas ela facilita muito, principalmente na questão do profissional, ela dá uma sustentabilidade maior, ela dá um recurso maior, não que a Prefeitura não dê, mas eu não sei se a Prefeitura ainda está encaminhando no sentido de efetivar os programas e ela não, ela já vem impondo, ela já vem com você precisa vestir a camisa, eu acho que isso é bacana... (Sujeito J).

Elas são necessárias, porque hoje nós estamos vivendo uma situação em que os concursados não dão conta dos problemas, então as parcerias, inclusive estão previstas no SUS e elas são muito bem vindas, só que a gente também tem que está com os mesmos objetivos, a mesma programática, é óbvio que é muito difícil coordenar ações iguais, com salários, horários e situações diferentes de trabalho, os vínculos empregatícios geram muito conflitos entre os funcionários, porque eles ganham de forma diferente para fazer a mesma coisa, então acho que para quem está coordenando é um desafio (Sujeito N).

O primeiro depoimento reporta a ideologia amplamente disseminada pelo MARE, de que a gestão burocrática do Estado é atrasada, retrógrada e ineficiente. Trata-se de uma inversão do entendimento de coisa pública, como aparece também nos outros depoimentos.

Nesses depoimentos, verifica-se a aprovação da gestão privada na Saúde, banalizada na concepção de maior autonomia e eficiência. Para os trabalhadores que estão atuando nos serviços de Saúde, muitas vezes, não há o conhecimento do SUS e do projeto de Reforma Sanitária, portanto, também não há sua defesa.

Diante dessa percepção dos trabalhadores em relação à eficiência da OS, fica claro que a opinião ocorre baseada na aparência da realidade, isso porque as situações e acontecimentos não se mostram como realmente são.

Para Kosik (2010), a realidade não se apresenta imediatamente, pois esse mundo é o da pseudoconcreticidade, ou seja, o homem permanece na superficialidade, se distanciando do que é essencial, vivencia uma práxis fetichizada.

Nesta *práxis* se forma tanto o determinado ambiente material do indivíduo histórico, quanto a atmosfera espiritual em que a aparência superficial da realidade é fixada como o mundo da pretensa intimidade, da confiança e da familiaridade em que o homem se move “naturalmente” e com que tem de se avir na vida cotidiana (KOSIK, 2010, p. 14-15).

Nessa realidade, os homens não criam e nem atribuem sentido ao mundo e às coisas que nele estão; eles encontram mundo e coisas com sentidos já prontos e acabados. Dessa forma, eles são movidos pela carência material, pelas exigências sociais e pelos interesses alheios, além disso, nessa dinâmica não conseguem enxergar a si mesmos como Sujeitos engolidos pelo sistema, têm como análise que o mundo sempre foi como é, e que é o modo próprio dele.

Diante disso, Kosik (2010) afirma que essa práxis se apresenta como pensamento que não atinge a compreensão acerca do modo de ser das coisas, é um pensamento comum que leva o homem se tornar uma peça do sistema, cuja função será de manter o seu funcionamento.

O pensamento comum é a forma ideológica do agir humano de todos os dias. Todavia, o mundo que se manifesta ao homem na *práxis* fetichizada, no tráfico e na manipulação, não é o mundo real, embora tenha a “consistência” e a “validez” do mundo real: é “o mundo da aparência” (Marx). A representação da coisa não constitui uma qualidade natural da coisa e da realidade: é a projeção, na consciência do Sujeito, de determinadas condições históricas *petrificadas*. (KOSIK, 2010, p. 19, grifo do autor).

Nos depoimentos apresentados, fica claro que a percepção dos Sujeitos para o cotidiano profissional tem sua relevância na gestão. No entanto, eles não conseguem captar os problemas estruturais do SUS, tais como falta de financiamento, falta de plano de carreira para o trabalhador da saúde e servidor público, entre outros; nos depoimentos poucas falas remetem a essas questões, e quando aparecem são postas como problema do trabalhador, conforme apresentado pelo Sujeito C:

[...] hoje nós estamos vivendo uma situação em que os concursados não dão conta dos problemas [...].

Assim, o que fixa é a ideologia que as parcerias com as instituições sem fins lucrativos são as “salvadoras”, capazes de solucionar os problemas, mas o que está por trás desse processo não foi reconhecido por esses trabalhadores, por exemplo, o fato de eles atenderem à grande demanda com pouco profissionais existentes, ausência de concurso público para substituir aqueles que se aposentam ou que pedem exoneração e para acompanhar a demanda crescente.

Em relação ao financiamento, no governo do ex-presidente Lula foi implementada uma política macroeconômica restritiva, prosseguindo aquilo que foi iniciado no governo

FHC, dessa forma, para assegurar o cumprimento de metas de inflação e a obtenção de superávits primários, resultou em pressão para que o gasto público fosse diminuído e o SUS sofreu consequências dessa situação. Além disso, percebe-se a apropriação dos recursos do fundo público da seguridade social e da saúde por parte dos interesses privados (MENDES, 2012).

O tema do financiamento aparece inicialmente de forma genérica no parágrafo único do artigo 198 da Constituição Federal, definindo que o SUS será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, dos entes federados, além de outras fontes, alterado posteriormente pela Emenda Constitucional nº 29/2000 (BRASIL, 2000), que definiu qual seria de fato a aplicação de recursos de cada ente federado no financiamento, e que só foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141 em 2012 (BRASIL, 2012).

Ainda no artigo 165, parágrafo 5º, inciso III, da Constituição foi determinado a criação de um orçamento de seguridade social, e a efetivação para isso era a criação de um fundo público com a obtenção de recursos próprios e exclusivos para as políticas de saúde, previdência e assistência social, diferente daquele que financia as demais políticas do governo. No entanto, o orçamento da seguridade social nunca foi implementado, o que ocorreu foi a apropriação das contribuições sociais destinadas para Seguridade Social, para utilização em outras políticas, principalmente para o pagamento dos encargos financeiros da União (amortização e juros da dívida) (SALVADOR, 2010b).

Nesse contexto, assiste a um largo processo de desmonte das políticas sociais, destinados à reprodução social dos subalternizados ao capital. Nesse processo, ocorre a apropriação privada da parte do fundo público³¹ pelos rentistas, donos do capital que porta juros.

Para Behring (2008) essa situação fará com que o fundo público seja redirecionado como um pressuposto geral das condições de produção e reprodução do capital, diminuindo seu destino e impacto junto às demandas do trabalho, mesmo que isso implique em desproteção.

O fundo público no Brasil tem sido majoritariamente formado de recursos oriundo de contribuições sociais e impostos que recaem sobre o consumo. No âmbito da Seguridade Social, a quase totalidade dos recursos sociais vem da classe trabalhadora, ou seja, 72% dos

³¹ Entende-se por fundo público conceito utilizado por Salvador (2010a, p. 207): “O fundo público envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, além do próprio orçamento, as empresas estatais, a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras etc. A expressão mais visível do fundo público é o orçamento estatal. No Brasil, os recursos do orçamento do Estado são expressos na Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovada pelo Congresso Nacional.”

impostos e contribuições, por meio da tributação da renda na fonte e/ ou consumo. Assim, a tributação não promove a redistribuição de renda e riqueza, mas contribui para sua concentração (BEHRING, 2009, 2012).

O fundo público sempre foi um pressuposto do capital, na atual fase do capitalismo a formação da taxa de lucro passa pelo fundo, o que o torna um componente estrutural insubstituível. Dessa forma, uma das principais consequências da financeirização para as políticas sociais é a captura do fundo público para reprodução do capital, diante disso, a dívida pública tem um papel central.

No Brasil um dos recursos para utilizar recursos das políticas sociais para o capital portador de juros esta na Desvinculação de Receitas da União (DRU). A área mais afetada é a Seguridade Social que tem 20% dos seus recursos destinados para DRU, isso ocorre com a finalidade de facilitar a formação de superávits e pagar a dívida pública. Dessa forma, o Estado por meio do fundo público comparece no socorro do grande capital, especialmente nas instituições financeiras (SALVADOR, 2010a).

Pelos relatos, percebe-se que o homem está diante do mundo da pseudoconcreticidade, lugar que “um claro- escuro de verdade e engano”, abordado por Kosik, vigora. E, para ele captar a essência desse processo, faz-se necessário analisar o fenômeno, isto é, entender como a coisa em si se manifesta nele, pois, “a essência se manifesta no fenômeno”. O fato de se manifestar no fenômeno revela seu movimento, e demonstra que a essência não é inerte e nem passiva. Justamente por isso o fenômeno revela a essência. “A essência é precisamente a atividade do fenômeno” (KOSIK, 2010, p. 15). Porém, fenômeno e essência não se constituem a mesma coisa, mas no mundo da pseudoconcreticidade eles são tomados como iguais.

Portanto, esses depoimentos mostram a influência do pensamento de que as OS são melhores até mesmo pelos trabalhadores da área, mesmo atuando na política de Saúde e conhecendo todas as dificuldades do cotidiano, eles não conseguem analisar criticamente a estrutura na qual estão inseridos.

Nesse contexto, se faz mister registrar também as falas dos Sujeitos entrevistados que reportaram ter a percepção que a solução não se encontra nas OS e/ou nas parceiras, os Sujeitos que tiveram essa percepção foram A, B, H, I e N. Eles conseguem captar que a falta de investimento na Saúde Pública e o sucateamento dos serviços, levam à utopia do discurso da eficiência das OS, situação ligada aos interesses da mercantilização da saúde.

[...] se você for comparar uma UBS tradicional com uma UBS que tem Estratégia, uma UBS que tem Estratégia tem muito mais estrutura... Mas por quê? Que interesse existe nisso? Em deixar uma UBS tradicional sem RH, não qualificar esse RH, não dá o retorno financeiro para esse médico, porque você sabe que a equipe da parceira recebe muito mais do que nós, que somos da Prefeitura. Então, que interesse é esse de fazer com que a UBS tradicional não tenha condições de atender de forma adequada os pacientes ou o território, e a parceira tem esse recurso, tem essas condições de atender melhor? Então, acredito que é até uma forma de justificar essa terceirização, é mesmo uma questão política mesmo [...] (Sujeito A).

O Sistema Único de Saúde é muito bom, mas infelizmente ele falta uma boa gestão ainda para fazer com que ele seja melhor, falta recursos para que a gente possa ter mais profissionais, mais RH, sempre é o RH que pega, né? Falta mais recursos para que a gente possa ter o RH ampliado, porque quem está dentro do SUS, quem é atendido pelo SUS eles elogiam o atendimento, as maiores críticas vem de quem não consegue entrar no SUS. Então, precisamos dar um jeito de aumentar essa porta de entrada no SUS, só que também não basta aumentar a sua porta de entrada e você deixar o corredor do mesmo tamanho, porque você vai aumentar a porta de entrada vai botar todo mundo no corredor, porque a pessoa passa aqui e precisa de especialistas e vai ficar ali no corredor esperando. Então, o sistema é bom, mas é uma pena que tá faltando recursos para que a gente possa aumentar isso para todos (Sujeito H).

Os problemas existentes no SUS precisam ser reconhecidos, a ausência de funcionários, sobretudo no nível secundário onde faltam especialistas, e a demora em se conseguir um atendimento, fragiliza a defesa do SUS.

Além disso, o atendimento realizado por uma UBS que é administrada por uma entidade conveniada com o município não garante o acesso ao tratamento, isso porque em regiões periféricas muitos profissionais se recusam a trabalhar, e, no caso, onde está localizada a STS Pirituba/ Perus há localidades de difícil acesso, causando recusas de profissionais em atuar em certas regiões, mesmo com um bom salário sendo oferecido.

O depoimento do Sujeito A mostra a percepção que ele tem da prevalência dos interesses privados na área da Saúde. Existe a falta de investimento por parte do município, principalmente na contratação de profissionais, com isso, essa falta de recursos humanos acaba também por se tornar outra justificativa para a mercantilização dos serviços, e o aumento da atuação dos interesses privados, interferindo e distorcendo a política pública.

Outra questão presente nos depoimentos é a redefinição do projeto e do programa, a cada vez que é modificado o gestor municipal. A falta de continuidade gera insatisfação, porque não avança na consolidação do SUS, ao contrário, rompe com as possibilidades de sua efetivação.

Sobre a privatização da saúde, observa-se que alguns Sujeitos reconhecem esse processo, alinhado a um sistema de saúde precário, que carece de mais profissionais e equipamentos tecnológicos (para exames) para o melhor atendimento da população, sendo que essa precarização é a própria justificativa para as parceiras público-privadas.

Com a percepção somente da aparência, a realidade fica distorcida, e não há uma relação de fato sobre quais os interesses que essas entidades estão defendendo. Muitos contratos de gestão estão sendo questionados pelos Ministérios Públicos e em tribunais de conta do município.

A transferência da gestão dos serviços de Saúde Pública para empresas que teoricamente são consideradas sem fins lucrativos constitui um grande mercado. Os defensores desse modelo de gestão alegam que pelo regime privado existe a possibilidade de uma melhor eficiência das ações de saúde voltadas à população, além de ter um melhor investimento nos recursos financeiros e humanos. No entanto, percebe-se que a atuação dessas entidades está gerando diversos questionamentos que colidem com os princípios presentes na Constituição³².

[...] então é a lógica do privado, entendeu? Que se coloca e esses interesses que se colocam claramente estão os interesses do mercado, então a desconstrução do SUS, o desmonte do sistema único de saúde que mal começou, ele nem foi montado, e em muita coisa sim, porque hoje você, a gente também não pode dizer que você não tem um sistema, é um dos sistemas públicos maiores do mundo, o SUS é de fato, agora também vejo como a gente é contraditório, a gente é o segundo mercado maior de planos de saúde do mundo, a gente só perde para os Estados Unidos, veja a gente tem ao mesmo tempo... temos o segundo maior sistema privado de planos privados de saúde, então alguma coisa não deu certo e alguma coisa que não deu certo são os interesses privados dentro da saúde que continua, que fere a todos os princípios da reforma sanitária, então o que eu digo é que acho que hoje a política de saúde e agora eu penso de uns anos para cá as coisas são mais avassaladoras, porque os programas, alguns programas, a gente não tem uma política, temos alguns programas, a política em si ela é cheia de puxadinhos e de programas [...]. (Entrevista concedida pela Prof.^a Dra. Maria Valéria Correia durante o CONASSS, em 09/04/ 2014, na cidade de São José dos Campos/SP).

No município de São Paulo, o Ministério Público Federal (MPF) ajuizou ação de improbabilidade administrativa contra responsáveis de uma Parceira que tem contratos para o

³² É importante registrar o papel exercido na atualidade pelo movimento constituído pela Frente Nacional Contra Privatização da Saúde, que além das mobilizações públicas em defesa do SUS também tem elaborado importantes discussões que permite maior entendimento do fenômeno da atual terceirização. Inclusive estimulado e promovido ações no Ministério Público que investiguem a situação financeiras das Instituições Parceiras.

programa ESF, e um ex-secretário municipal de saúde (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2013).

Nessa ação consta que o prejuízo referente aos últimos dois anos de convênio foi avaliado em R\$31,6 milhões, e aponta as seguintes irregularidades: parceira não poderia ser contratada para participar do SUS de forma complementar, pois não presta serviços de atendimento médico hospitalar e ambulatorial, requisitos presentes na CF, por isso, convênio considerado ilegal; a Secretaria Municipal de Saúde transferiu a gestão para parceira sem fiscalizar sua execução; os funcionários da administração da parceira que prestam serviços exclusivamente da entidade foram remunerados com recursos do convênio, a irregularidade está no pagamento dos funcionários com recursos públicos.

Portanto, percebe-se que existe uma utopia em relação às OS e aos contratos feitos com essas entidades. Alguns trabalhadores não conseguem captar a realidade em sua concreticidade, eles apreendem a realidade de forma distorcida, e, em suas análises, não negam a imediaticidade dos fatos, assim perpetuam a ideia da eficiência dessas entidades, um pensamento que o próprio Ministério da Saúde desenvolveu e estimulou.

3.3 Privatização da Atenção Básica no município de São Paulo

De acordo com Laurell (2008), o processo de privatização vivenciado na América Latina na década de 1990, constituiu elemento articulador das estratégias do sistema capitalista, tais como o corte dos gastos sociais, a centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza, e a descentralização, para alcançar o objetivo econômico de repassar as atividades econômicas rentáveis aos investimentos privados, com o intuito de acumulação de capital.

Esse processo é consequência das contrarreformas ocorridas nos países da América Latina, com mudanças na área econômica em nível mundial, e das reformas propostas pelos agentes financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o FMI. Contrarreformas que se voltou para a racionalização de gastos sociais e fortalecimento do setor privado.

O Brasil seguiu essa tendência, e a década de 1990 foi marcada por um intenso processo privatizante das empresas estatais, como também um período de desmonte das políticas sociais, sobretudo, aquelas consideradas universais, conquistadas através da luta de movimentos sociais, principalmente na década de 1980.

Conforme abordado anteriormente, na área da saúde, somam-se a essas mudanças as orientações do PDRAE e do Caderno MARE n.13, os quais começaram modificações no

sentido de repassar a gestão das Unidades da Saúde para entidades denominadas sem fins lucrativos: OS, OCISP, FEDP, entre outras, mas com ênfase na atuação das OS.

O artigo 199 da CF/1988 prevê a atuação de instituições privadas na prestação de serviços de saúde quando Estado ou município não conseguir suprir com as demandas dos usuários. Esse artigo abre uma lacuna para realização dos convênios, através de contratos de gestão com essas entidades.

A justificativa para permissão da assistência por entidades privadas no SUS fundamentava-se então na insuficiência da rede estatal em garantir a cobertura de todo o território nacional para assegurar o acesso à saúde universal. As entidades privadas que, em parceria com a Administração Pública, atuam na saúde complementar também estão submetidas ao regime jurídico público do SUS e seus princípios e regras embora possuam natureza privadas. (GOMES, 2014).

Mas, nos últimos anos ocorreu o inverso, existe a predominância das entidades Parceiras, e, nesse contexto, a assistência estatal passou a ser complementar à iniciativa privada. Esse processo também é considerado privatização dos serviços da saúde, pois conforme afirma Soares (2000b, p. 23 apud CORREIA, 2005, p. 140):

[...] vai denominar este processo, de privatização por “dentro” do setor público, com a introdução da lógica mercantil no interior dos serviços públicos, privilegiando a “microeconomia” do custo/ benefício em detrimento da qualidade dos serviços. Nesse tipo de privatização são transferidos apenas funções de gerenciamento e/ ou administração dos serviços subsidiados com recursos públicos. O Estado mantém sua função de financiador de serviços, ao tempo que perde o controle sobre a qualidade dos serviços prestados.

Dentro dessa lógica, o município de São Paulo também instituiu uma contrarreforma que reduziu o sistema de Saúde Pública, com o favorecimento da expansão de sistemas privados, repassando principalmente a gestão dos serviços para Organizações Sociais por meio de contratos de gestão.

Atualmente, o município conta com predominância das Organizações Sociais (OS) e as Parcerias Público-Privadas (PPP) na gestão dos serviços de UBS, situação que não é a primeira vez que ocorre, pois conforme já descrito, na década de 1990 o município viveu a experiência do PAS.

É importante ressaltar que o SUS no município foi implantado tardiamente, e a implantação da ESF sempre foi realizada por meio de convênios com instituições parceiras, como abordado anteriormente.

Conforme consta no site da Prefeitura, em setembro de 2012 estavam implantadas no município 1277 equipes de ESF, distribuídas em 277 UBS. Na Coordenadoria Regional Norte, local onde está localizada a STS Pirituba/ Perus, região em que foi realizada a pesquisa, existiam 88 UBS, sendo que 47 com ESF; na STS Pirituba Perus havia 27 UBS, sendo que 17 tinham ESF, ou seja, demonstra a atuação das intuições parceiras na região (PSP, Atenção Básica³³).

Percebe-se pela pesquisa de campo, que dos 13 entrevistados apenas três falaram desse processo de construção do SUS no município, Sujeitos A, B e I, foram depoimentos que trouxeram muita informação e dessa forma não podia ser descartado, e do processo de privatização que ocorre na Atenção Básica. Conforme o depoimento a seguir, o Sujeito reconhece que em São Paulo há um atraso para a efetivação do SUS, reconhece também as estratégias dos governos em repassar a gestão para as entidades privadas sem fins lucrativos.

[...] o município de São Paulo ele sempre desvalorizou, ele nunca potencializou a Atenção Básica, acho que a gente tem a história de desmonte com o PAS e quando a Marta vem reintegra São Paulo ao SUS, mas começa no PAS até com o governo do Estado a implantação da Estratégia Saúde da Família... e a Marta começa a potencializar isso mais como estratégia na cidade, mas eu acho que a gente ficou esses últimos anos desvalorizando o modelo de Atenção Básica na cidade. Esse modelo que é de vincular com a comunidade, que é de acompanhar, que é de organizar o cuidado olhando para um território, fazer análise do território, eu acho que a gente deixou isso de lado, acho que o município deixou isso de lado para dar ênfase no modelo do AMA [Assistência Médica Hospitalar], que nitidamente foi o modelo prioritário, de maior investimento nos últimos anos, que é um modelo de pronto-atendimento sem vinculação nenhuma, queixa conduta e acabou... queixa conduta e super desarticulado com as Unidades de referência das pessoas. Eu acho que teve ênfase nisso o que despotencializou o modelo da Unidade de Saúde, a UBS ficou muito despotencializada [...] (Sujeito I).

O processo descentralizador e de efetividade da Atenção Básica ocorreu em governos do PT, contudo, não houve a sua continuidade. Na realidade, ao invés disso houve o avanço da gestão privada na saúde, inclusive na atualidade essa tem sido a verdadeira ótica do PT na gestão federal.

A privatização, enquanto, elemento articulador do afastamento do Estado da condução direta dos serviços de saúde, aparece primeiramente nos hospitais, mas nos últimos anos chegou com maior intensidade na Atenção Básica.

³³ Atenção Básica (PSP, online).

[...] durante muito tempo o município entregou a gestão da saúde para parceira e não fez nenhum monitoramento, nenhuma fiscalização em relação a isso, não fez... Entregou para a parceira fazer o que queria e muito dos dirigentes das parceiras são médicos, administradores do modelo suplementar, não de SUS, são diretores e pessoas que gerenciam o modelo privado. Então, a mentalidade vem incluir uma mentalidade do modelo privado para o sistema de saúde pública, que não dá, não combina, é outra lógica, a mentalidade é do sistema privado. Então, eu não concordo porque fica um duplo comando, acho que fica uma briga de poder e acho que a saúde tem que ser pública e a gestão tem que ser pública, acho sim que precisa mudar o modelo pública de gestão de pessoas, de contratação de pessoas, de plano de carreira, eu acho que também isso precisa ser mudado, porque ser público no modelo como está hoje eu acho bem ruim, do modo como as coisas acontecem, porque a gente vê efetivamente em Unidades que tem funcionário público, onde o funcionário não trabalha, não cumpre horário, fica 2 horas e vai embora, faz atrocidades com os usuários e ninguém sabe o que faz com a pessoa, fica refém do funcionário, também acho isso super complicado, mas acho que precisaria se pensar um modelo de gestão das pessoas, um meio de contratação no sistema público, num plano de carreira, mas eu sou a favor de que tudo isso seja feito direto pelo próprio município de alguma forma e que não intermédio de parceiro, porque você vê também, eu conheço pessoas de outras parceiras, cada uma trabalha de um jeito, até em NASF, cada uma entende o NASF de um jeito e não tem um jeito... você não vê uma diretriz um modo do município atuar, então você fica muito a mercê da interpretação de que cada uma vai fazer e de como cada uma acha que tem que fazer, então eu sou contra, eu tenho críticas (Sujeito I).

O Sujeito I destaca a presença do duplo comando, ou seja, OS e gestão pública direta, a falta de acompanhamento das ações nas OS e também do funcionamento dos serviços, com destaque para o fato que existem funcionários que não cumprem sua carga horária na Unidade de Saúde, não oferecem atenção adequada ao usuário e ninguém faz nada.

Outra questão presente na fala é a ausência de salários compatíveis e plano de carreira, (conforme será exposto no subitem a seguir), expondo o trabalho no serviço público no lugar marginal, no qual alguns trabalhadores mantêm o vínculo funcional, mas não aderem ao trabalho bem feito e não se envolvem com os vários projetos e programas do SUS.

Portanto, utilizando-se de diversas justificativas, como por exemplo, a falta de profissionais, o processo de privatização da Atenção Básica na STS Pirituba/ Perus, fica mais acentuado, e a questão da mercantilização dessa política torna-se bem evidente.

3.4 Precarização do trabalho na Atenção Básica no município de São Paulo

Para entender o processo de precarização do trabalho na Atenção Básica no município de São Paulo, será feita uma breve explanação sobre o conceito de trabalho, como ele se apresenta na sociedade capitalista e como está composta a classe trabalhadora.

O trabalho sempre esteve presente na história da humanidade, ele transcende as organizações societárias, dessa forma, ele é o princípio ontológico constitutivo do ser social, o eixo fundamental da sociabilidade humana.

O trabalho diferencia o homem dos outros animais, pois através dele o homem consegue pensar e projetar o produto final numa determinada matéria-prima, diferentemente de qualquer outra espécie de animal (MARX, 1982).

[...] o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e, portanto idealmente. Ele não apenas efetuou uma transformação da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem que subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato isolado. Além da esforço dos órgãos que trabalham, é exigida a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção durante todo o curso do trabalho [...]. (MARX, 1982, p. 142).

Os elementos de constituição do processo de trabalho são: a atividade orientada para um determinado fim (trabalho vivo), o objeto de trabalho (matéria-prima) e os meios ou instrumentos. Assim, são esses elementos que vão constituir toda a atividade de objetivação e de produção de valores de uso, que satisfaçam a necessidade humana (MARX, 1982).

Na atual sociedade capitalista, o processo de trabalho não está voltado à produção de bens socialmente úteis, nessa lógica de produção, as mercadorias são criadas com a finalidade de produzir valor de troca, embora contenha valores de uso. Assim, tem-se o lado contraditório do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que é a fonte de humanização, com o capitalismo se torna degradado e alienado (ALVES, 2007).

Antunes (2001) expõe que o trabalho nessa sociedade se caracteriza pela mudança do trabalho vital e criador (trabalho concreto) em mercadoria, alienação, estranhamento (trabalho abstrato), respondendo às necessidades do capital, o valor de uso ficou subordinado ao valor de troca.

Nesse contexto de significativas mudanças que aconteceram no mundo do trabalho, a partir da organização e divisão do trabalho e a inserção da tecnologia, determinadas pelas

demandas de produção de mais-valia, as consequências foram as mais nefastas para a classe trabalhadora, tais como a destruição, precarização e eliminação de postos de trabalho, resultando em desemprego estrutural, perda de direitos, aumento da exploração da força de trabalho, através da desregulamentação da jornada de trabalho, instauração de novos modos de remuneração e diferentes formas de contratação.

Entende-se como precarização do trabalho o que Alves (2007, p. 114-115) analisa de:

[...] processo de diluição (ou supressão) dos obstáculos constituídos pela luta de classe à voracidade do capital no decorrer do século XX. É a explicitação da precariedade como condição ontológica da força de trabalho como mercadoria. A precarização possui um sentido de perda de direitos acumulados no decorrer dos anos pelas mais diversas categorias de assalariados. A precarização é síntese concreta da luta de classes e da correlação de forças políticas entre capital e trabalho.

Portanto, a precarização é um processo social histórico e político, que atinge o mundo do trabalho, principalmente os setores mais organizados da classe trabalhadora. De acordo com Antunes (2005), a classe trabalhadora é composta pelos assalariados, homens e mulheres que vivem da sua força de trabalho e não são os donos dos meios de produção, como alternativa de sobrevivência restam-lhes a venda de sua força de trabalho³⁴.

Além disso, a classe trabalhadora também é composta pelo conjunto de trabalhadores improdutivos, que têm sua força de trabalho executada através da realização de serviços, para o uso público e para o uso privado, ou seja, para o uso do capital, e, dessa forma, constitui elemento direto no processo de valorização do capital e da criação de mais-valia (ANTUNES, 2005).

A precarização do trabalho não se restringe ao mundo industrial, mas atinge também o chamado setor de serviços, incluindo o serviço público, que cada vez mais se submete à racionalidade do capital (ANTUNES, 2001).

Dessa forma, conforme o exposto e com todas as transformações ocorridas na área da Saúde, com a transferência da gestão dos serviços para instituições privadas, essa realidade também está presente e recai sobre os trabalhadores, independente da forma de contratação.

³⁴ “[...] uma noção ampliada, abrangente e contemporânea de classe trabalhadora, hoje, a *a classe-que-vive-do-trabalho*, deve incorporar também aqueles e aquelas que vende sua força de trabalho em troca de salário, como o enorme leque de trabalhadores precarizados, terceirizados, fabris e de serviços, *part-time*, que se caracterizam pelo vínculo de trabalho do mundo temporário, pelo trabalho precarizado, em expansão na totalidade do mundo produtivo. Deve incluir também o proletariado rural, os chamados boias-frias das regiões agroindustriais, além, naturalmente, da totalidade dos trabalhadores desempregados que se constituem nesse monumental exército industrial de reserva” (ANTUNES, 2005, p. 52, grifo do autor).

Através da pesquisa, ficou claro que é intensa a precarização do trabalho nas UBS no município de São Paulo, mais especificamente onde está localizada a Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/ Perus, apresentada como: diferentes regimes de trabalho numa mesma Unidade, diferença salarial, gestão por resultados, e como consequência a insegurança no/do trabalho, essas subcategorias foram as mais representativas quando analisado os depoimentos.

3.4.1 Diferentes regimes de trabalho e diferença salarial

Em relação à contratação de servidores, a CF de 1988 tornou o concurso público obrigatório para admissão de qualquer funcionário:

No capítulo VII – Da Administração Pública

Art. 37 -

1 – Disposições Gerais

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

I – os cargos, empregos e funções públicas são acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, assim como aos estrangeiros, na forma da lei;

II – a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração;

III – o prazo de validade do concurso será de até dois anos, prorrogável por igual período;

[...]

VI – é garantido ao servidor público civil o direito à livre associação sindical;

VII – o direito de greve será exercido nos termos e nos limites definidos em lei específica [...] (BRASIL, 2006b).

Porém, com as parceiras assumindo a gestão dos serviços nas UBS, a contratação é realizada sem realização de concurso, e o regime de trabalho é CLT. Dessa forma, nas Unidades de Saúde, principalmente aquelas que são consideradas mistas, existem trabalhadores com diferentes regimes de trabalho: estatutário, prestador de serviços, CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) e municipalizados³⁵, tal situação apareceram em seis

³⁵ Em 2002, algumas Unidades de Saúde Estaduais foram transferidas para o Município, que ficou responsável pela administração e gestão das ações (Resolução SS 40, de 04/04/2002). Os servidores lotados nas Unidades municipalizadas foram colocados à disposição da Prefeitura. Eles tem como regime de trabalho o efetivo, com legislação própria do Estado, e o temporário, regido pela Lei 500 (do Estado) (PSP, 2014).

depoimentos, nos Sujeitos A, B, F, I, J, M e N, podendo ser exemplificado no depoimento do Sujeito B:

Aqui tem vários vínculos, esse é o problema maior... Nós temos aqui pessoas do Estado, que agora parece que na rede são, somos só 280, então, nós temos, do Estado tem 4 vínculos trabalhistas, têm celetistas, tem Lei 500, tem efetivo e tem o contratado, e ai tem o pessoal da Prefeitura, aqui, por enquanto, é só Prefeitura não é PSF, mas antes já teve problema, hoje não, mas a questão da isonomia salarial é gritante[...] eu já participei de sindicato quando municipalizou, porque assim quando municipalizou foi em 2000, 2002, o que aconteceu? O prédio era do Estado, os profissionais do Estado, então a Prefeitura combinou com o Estado de prestar serviço e o prédio utilizado seria do Estado [...] então, depois continuou, nós fizemos várias reuniões, que nós queríamos a questão da isonomia. Conseguimos uma gratificação muito irrisória de trezentos e poucos reais, sendo que a gratificação de um profissional de Serviço Social da Prefeitura é muito maior... Recebemos R\$300, R\$ 315 sei lá, se for duzentos e oitenta e pouco, era R\$315 agora é R\$289... e quando municipalizou aconteceu um fato muito grave, o Estado tirou o prêmio incentivo porque assim dizendo que nós éramos da Prefeitura, mas como? nada foi legalizado, então, nós passamos 10 anos sem o prêmio incentivo com o salário muito baixo, e lutando, foi até o Supremo, o Estado recorreu, mas o sindicato ganhou a causa... um prêmio que na época era... então esse prêmio era R\$315, depois foi para R\$500, depois para R\$600 hoje é R\$1200, isso começou R\$1200 em abril desse ano, o salário do Estado era R\$900, o salário base não chega a um salário mínimo, o base não é um salário mínimo, o base não chega a R\$700, nem de médico, nem de Assistente Social, depois eles colocam as gratificações, os prêmios, mas o base, o nosso base não chega ao mínimo” (Sujeito B).

O Estado, a partir dos ideários neoliberais, vem utilizando estratégias para manter os salários dos trabalhadores públicos muito baixos. O PDRAE propôs e desencadeou de fato profunda reorganização dos serviços públicos, com críticas muito duras à rigidez da administração do Estado, impôs a lógica da gestão empresarial, que se daria via OS, e também a justificativa de que os problemas na efetividade dos serviços advêm dos funcionários públicos sem motivação para o trabalho. Na sua visão, a estabilidade oferecida pelos concursos públicos deve ser rejeitada.

A primeira emenda cobre o capítulo da administração pública. Suas principais mudanças são:

- o fim da obrigatoriedade do regime jurídico único, permitindo se a volta de contratação de servidores celetistas;
- a exigência de processo seletivo público para a admissão de celetistas e a manutenção do concurso público para a admissão de servidores estatutários;
- a flexibilização da estabilidade dos servidores estatutários, permitindo-se a demissão, além de por falta grave, também por insuficiência de desempenho e por excesso de quadros;
- nos dois últimos casos o servidor terá direito a uma indenização;

- no caso de insuficiência de desempenho, que tem por objetivo levar o servidor a valorizar o seu cargo, e permitir ao administrador público cobrar trabalho, o funcionário só poderá ser demitido depois de devidamente avaliado, e terá sempre direito a processo administrativo específico com ampla defesa;
- no caso de exoneração por excesso de quadros, a exoneração deverá obedecer a critérios gerais estabelecidos em lei complementar, e os cargos correspondentes serão automaticamente extintos, não podendo ser recriados em um prazo de quatro anos;
- possibilidade de se colocar servidores em disponibilidade com remuneração proporcional ao tempo de serviço como alternativa à exoneração por excesso de quadros;
- permissão de contratação de estrangeiros para o serviço público, sempre através de concurso ou processo seletivo público, desde que lei específica o autorize;
- limitação rígida da remuneração dos servidores públicos e membros dos Poderes, inclusive vantagens pessoais, à remuneração do Presidente da República;
- limitação rígida dos proventos da aposentadoria e das pensões ao valor equivalente percebido na ativa;
- facilidade de transferência de pessoal e de encargos entre pessoas políticas da Federação, a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios, mediante assinatura de convênios;
- eliminação da isonomia como direito subjetivo, embora mantenha, implicitamente, o princípio, que é básico para qualquer boa administração (MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO, 1995, p. 50-51).

O principal marco legal para efetivação da reforma administrativa foi a emenda constitucional 19/1998, que trouxe mudanças para o capítulo “Da Administração Pública” da CF/1988, afetando o trabalhador público com: fim do regime jurídico único; fim da isonomia salarial, fim da estabilidade, alteração dos concursos públicos, institucionalização dos contratos de gestão, disponibilidade com remuneração proporcional, revisão dos estatutos, alterações na previdência, alteração no tempo do estágio probatório.

O depoimento do Sujeito I refere-se a esse processo, menciona a luta pela isonomia, pela manutenção da gratificação anteriormente paga pelo Estado, enfim, percebe-se que o salário base é uma afronta a qualquer cidadão, valor inferior a um salário mínimo.

O rebaixamento salarial é uma estratégia utilizada pelo Estado para diminuir os gastos com os inativos, conforme também previsto pelo PDRAE. Ao pagar baixos salários e oferecer a gratificação como complemento, o Estado elimina futuros direitos do trabalhador, ou seja, este ao se aposentar terá direito apenas a um baixo salário. Nessa perspectiva, as OS aparecem como melhores e mais eficientes, porque oferecem um salário mais alto para os funcionários que são contratados via CLT e não têm estabilidade no emprego.

Portanto, nessa pesquisa constata-se existência de diversos vínculos trabalhistas, e, em consequência, diferentes salários. Dos 13 entrevistados, todos, em algum momento, falaram sobre essa questão, até mesmo os funcionários contratados pelas Instituições parceiras (OS).

Observa-se pelos depoimentos, que o Estado vai deixando de ser o grande aglutinador da proteção social brasileira à medida que repassa essa responsabilidade às entidades parceiras, não realiza concurso público e nem paga salários mais justos. De acordo com Correia ³⁶:

[...] Roberto Gurgel argumenta a questão de ter dois tipos de vínculos no mesmo órgão, ele disse que é inconstitucional, ele se apega numa liminar do Supremo Tribunal n. 135, porque veio a Emenda do Fernando Henrique, acho que é 92, emenda constitucional, mas tem uma liminar do Supremo que desmancha a Emenda, acho que é 135, que é a incompatibilidade de ter tipo dois vínculos no mesmo estabelecimento, não pode, você tem um vínculo ou outro, então, tem essa inconstitucionalidade, mas do ponto de vista de uma discussão mais geral está posto o processo de precarização do trabalho, da precarização dos vínculos dentro da reestruturação produtiva é que o Estado incorpora, tal qual e a justificativa é baixar custos, enxugar [...].

A principal característica observada, é que juntamente com a diferenciação dos vínculos, há também a diferenciação salarial, fato que eleva as OS como melhores. No que tange à garantia de salários mais altos, esta fragilidade salarial faz com que os próprios trabalhadores – servidores públicos – identifiquem as OS como mais adequadas.

Numa Unidade mista é complicado você conseguir conciliar regimes diferentes, então, você tem que fazer o funcionário entender, porque têm profissionais que trabalham juntos com salários completamente diferentes, um funcionário do Estado, administrativo, ganha muito menos do que um funcionário da Prefeitura, que ganha muito menos do que um funcionário da PARCEIRA e a carga horária é a mesma, eu tenho os três trabalhando juntos e fazendo o mesmo serviço, então, se você for pensar pela questão salarial gera um descontentamento muito grande (Sujeito M).

Eu percebo muito... Interferência tem, o pessoal do Estado tem uma diferença muito grande de salário com relação ao da Prefeitura, então, assim, não que as pessoas deixaram de trabalhar... só para você ter uma idéia quando eu entrei no Estado, a pessoa já morreu[...] ai o funcionário falou assim para mim: “olha seja bem vinda, o Estado finje que paga e a gente finge que trabalha”, ai, eu lembro que falei para ele: “eu não finjo que eu trabalho”, eu não consigo e acho que a profissão não combina com isso [...] (Sujeito B).

³⁶ Entrevista concedida pela Prof.^a Dra. Maria Valéria Correia durante o CONASSS, em 09/04/ 2014, na cidade de São José dos Campos/SP.

[...] mas por a gente trabalhar num mesmo ambiente tem muita diferença de salário mesmo, então, eu acho que deveria, que eles deveriam rever isso, se a gente trabalha num mesmo ambiente o pessoal deveria receber o mesmo valor, até porque isso gera briga, gera fofoca... a insalubridade, por exemplo, a gente recebe insalubridade, aí o pessoal da PARCEIRA a insalubridade, eu juro para você, é sete vezes maior do que o pessoal da Prefeitura... e assim é no mesmo ambiente, no mesmo espaço, devia rever isso, na parte da administrativa eu acho que é isso [...] (Sujeito F).

Portanto, as diversas formas de contratação geram diferenças nos direitos trabalhistas e disparidades de acesso aos direitos entre os próprios trabalhadores. Tal situação fragmenta as lutas trabalhistas, como gera intrigas e competição entre os trabalhadores dentro da Unidade.

3.4.2 Gestão por resultados

Com as reformas na área da Saúde começou a ser utilizado o conceito de gestão por resultado, com a mesma finalidade utilizada na área administrativa nas empresas privadas, ou seja, a busca para obter melhores resultados com os recursos disponíveis.

A administração por resultados no setor público começou a partir da contratualização de entidades privadas sem fins lucrativos pelo Estado. O seu conceito está ligado à administração gerencial.

A Administração Pública Gerencial compõe a proposta de contrarreforma do Estado proposto por Bresser Pereira, é um modelo que se baseia na lógica privada, na qual os trabalhadores devem receber abonos –incentivos financeiros - mas não devem abrir mão da estabilidade no emprego, a qual é vista como empecilho para o sucesso da gestão. Além disso, tem como base os conceitos de eficiência, eficácia, qualidade na prestação de serviços públicos e desempenho, além da redução de custos (SALIONE, 2013).

Parte-se do pressuposto de que todo desempenho pode ser medido, focando-se os resultados – que devem ser mensurados em comparação com as expectativas – e o cidadão beneficiário, ou cidadão cliente. A idéia de avaliação de desempenho, dentre outros princípios norteadores da Administração Pública gerencial, teve como inspiração o uso de práticas de gestão provenientes da administração privada. Contudo, devem-se levar em conta certas diferenças, como objetivo (de lucro, no caso das organizações privadas e de realização de interesse público, no caso da Administração Pública) e a origem das receitas (SALIONE, 2013, p. 23).

A gestão por resultados também pode ser analisada como um elemento de precarização do trabalho, já que a precarização quando associada à terceirização se efetiva em múltiplas dimensões, principalmente em relação à organização do trabalho.

Em relação a essa temática, todos os entrevistados contratados por Instituição Parceira (Sujeitos C, D, J, I e N) explicitaram, embora nem sempre como crítica, a pressão existente que o cumprimento de metas, tal fato pressupõe uma situação conhecida até mesmo pelos servidores públicos, como o Sujeito A:

[...] está tendo até uma discussão sobre isso, sobre a privatização da saúde. Eu não vejo com bons olhos, porque na verdade, hoje em dia se cobra muito quantidade e não qualidade, então o Programa Saúde da Família, que hoje é chamado Estratégia Saúde da Família, é uma proposta boa, é uma proposta viável, porém se cobra muito quantidade, então, um médico ele tem que atender por um tempo específico, eu não lembro se é por 15 minutos ou 20 minutos, então ele não consegue atender de uma forma integral devido a essa cobrança, como também é cobrado número de visita domiciliar, número de grupo, não é... o tempo de reunião com a equipe que é fundamental em Estratégia Saúde da Família não é nem contado, como se não existisse esse tempo.... então, assim o que é cobrado? o atendimento, AVD, o grupo, então acaba sobrecarregando a equipe. Então, acho assim, a proposta é viável, mas do jeito que está hoje, só privatizando, e números e a questão financeira porque quanto mais você atende mais tem o retorno financeiro! Eu sou contra, eu acho que o próprio município precisa dar conta da saúde [...] (Sujeito A).

[...] o médico de Saúde da Família hoje está com uma norma interna que ele tem que atender de 15 em 15 minutos, poxa é um período muito curto para atender muita gente, pensando por esse lado é um aspecto também muito negativo [...] (Sujeito C).

[...] você tem que ter produção, tudo é produção, ela é contabilizada por número de atendimento e não pela qualidade de atendimento ou pela resolatividade do caso, ela é contada a partir do número de atendimento que você fez e isso eu acho terrível, é cansativo, de certo modo é uma exploração do seu trabalho... (Sujeito C).

Olha, a gente não tem um número que a gente precise fazer, isso não é assim tipo dado, mas se você faz um atendimento no dia, você ficou ali uma hora ali com aquele paciente[...] o pessoal fica doido, você faz um atendimento de uma hora, no final das contas você vai passar as suas outras cinco horas fazendo serviços burocráticos, como por exemplo, preencher a produção ou entrar em contato com a rede, coisas do gênero, entrar em contato você não precisa nem sair do local.. Se você mandar a produção desse jeito aí sem chance o cara vai cair de pau, eles não entendem... então é pressão (Sujeito C).

[...] eles pensam muito em números e a gente acaba desfocando um pouco o que é estratégia da saúde, no meu caso... Porque eu sou do Programa Estratégia da Saúde, porque às vezes, tô dizendo por mim, às vezes, eu me pego muito em relatórios, em números, coisas que eu poderia tá dando mais atenção pra uma outra pessoa que não é só um relatório, um número... as

vezes, eu poderia muito bem falar assim: “olha hoje eu não vou fazer relatório, hoje vou ficar aqui duas horas de visita com a paciente, depois eu faço.” Então eles são assim, eles cobram muitos números da gente, então, acaba, as vezes, a gente não tendo tanto... Se torna meio que máquina (Sujeito D).

Observa-se que os depoimentos retratam as cobranças existentes em torno da quantidade, e não da qualidade das ações. Lembrando que na saúde existem especificações do atendimento que impedem a rigidez do tempo previamente determinado para a consulta. Portanto, um atendimento de 15 minutos, muito provavelmente não permitirá ao profissional conhecer os vários fatores que atuam no processo saúde-doença. É insuficiente também para criar vínculos e uma relação de confiança entre o usuário e o profissional, e vice-versa.

A organização e divisão do trabalho, para os trabalhadores contratados pela parceira, estão voltadas para metas pré-estabelecidas, cobradas pelo critério numérico da produtividade. Além disso, trabalham em equipe, com área demarcada e responsabilidade e cuidado sobre um número fixo de famílias.

Portanto, conforme descrito nos depoimentos acima, a intensificação do trabalho como exigência da produção limita o cumprimento da rotina e trabalhador a ter outro olhar para o Sujeito que utiliza o SUS. O paciente torna-se apenas um número, que será contabilizado para entrar em estatística de atendimento, e ser divulgado na imprensa que o serviço está cumprindo com o que foi estabelecido.

3.4.3 Insegurança no/do trabalho e a alta rotatividade de trabalhadores

Com o desenvolvimento do capitalismo, a precarização do trabalho assume características complexas. Com o processo de financeirização do capital e a crise estrutural, surgem fenômenos sociais que atingem as esferas produtivas e sócio-reprodutivas da sociedade (ALVES, 2007).

O processo de precarização do trabalho, que aparece sob o neologismo da *flexibilização do trabalho*, impõe-se não apenas por meio da perda de direitos e do aumento da exploração da força de trabalho, por meio do alto grau de extração de sobretabalho de contingentes operários e empregados da produção social. A precarização do trabalho se explicita por meio através do crescente contingente de trabalhadores desempregados supérfluos à produção do capital (ALVES, 2007, p. 126).

Nesse contexto, aumenta a insegurança no mundo do trabalho em diversas dimensões: insegurança de emprego, de seguridade social, de previdência social, e, como já abordado, perdas de direitos trabalhistas e sociais. Além disso, o processo de mercantilização da força de trabalho torna-se mais evidente.

No transcorrer dessa pesquisa, durante a coleta de depoimentos, teve um destaque especial para questão da insegurança no/do trabalho, no sentido de perder o emprego, diante da fragilidade contratual, como pressupõe o regime de trabalho da CLT, acaba ocorrendo grande rotatividade de profissionais das Instituições parceiras, uma vez que se for constatada incapacidade no cumprimento das metas estabelecidas pela empregadora, o trabalhador pode a qualquer momento ser dispensado.

A questão da grande rotatividade também apareceu nas falas dos Sujeitos C, D, E, J, I e G:

[...] eu acho que as Unidades Mistas que têm gerentes da Prefeitura... é porque eu tenho bons gerentes da Prefeitura... mas assim, eu acho que tem uma maior flexibilidade em relação aos gerentes da Prefeitura, que, às vezes, em algum momento pode soar desorganização da Unidade, em alguns momentos pode desorganizar as unidades, mas em outras traz muita flexibilidade também, porque como o gerente da Prefeitura acho que ele trabalha com um modelo, é diferente do gerente do parceira CLT, que demite, manda embora, que é cobrado pra caramba por metas, se ele não cumpre ele também é mandado embora. Então, essa coisa da demissão nas Unidades do Parceiro, desse risco de ser mandado embora, eu acho que é uma coisa muito presente, eu acho que, em alguns momentos, isso rola uma rigidez e essa rigidez se reflete até, às vezes, nos processos mesmo, em alguns processos, agora os da Prefeitura, eles não se prendem muito a essa coisa de rigidez. Essa, rigidez, então pega no pé para cumprir a meta, de tal jeito, essa cobrança ela é bem menor, tem mais flexibilidade porque acho que eles trabalham em um outro nível, em outro estatuto, são Unidades geralmente... os da Prefeitura onde os profissionais são mais antigos, porque é isso eles não mandam embora, eles mantêm as pessoas, então são profissionais mais antigos, acho que dentro das Unidades do parceiro quando o gerente é do parceiro roda mais os profissionais... então, tem isso quando o gerente é da Prefeitura o parceiro não apita tanto, por mais que o profissional seja do parceiro, porque tem que passar pelo gerente e o gerente que está lá é da Prefeitura [...] (Sujeito I).

[...] a facilidade de contratação de pessoas, de substituição, se você vê que uma pessoa não tem perfil para aquilo, que não dá para fazer aquele papel, você consegue mudar facilmente, você demite, contrata outro, acho que isso você faz facilmente[...] acho que é desse modelo, acho que é o duplo comando que fica, a rotatividade de profissionais porque também é isso você pode demitir você roda muito, a dificuldade de vinculação, porque você vai mudando muito, vai demitindo e isso também é muito ruim (Sujeito I).

A fala do Sujeito I mostra como pode ser ruim a rotatividade de trabalhadores numa Unidade, isso porque acaba por interferir no cotidiano profissional, o trabalhador não cria vínculos. Por outro lado, quando ele diz “*se você vê que uma pessoa não tem perfil para aquilo, que não dá para fazer aquele papel, você consegue mudar facilmente, você demite, contrata outro, acho que isso você faz facilmente*”, fica claro a visão da força de trabalho como mercadoria. O trabalhador pode ser descartado como mero objeto se não conseguir cumprir as metas ou, então, se não “vestir a camisa” da Instituição.

O trabalhador passou à condição de mercadoria, conforme a afirmação de Marx (1982, p. 148):

O trabalhador se torna tão mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadorias cria. Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. O trabalho não produz só mercadorias; produz a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e isto na proporção em que produz mercadorias em geral.

A exploração da força de trabalho aumenta quando associada ao sentimento de não conseguir cumprir as metas, e conseqüentemente a possibilidade da perda do trabalho. Assim, nos depoimentos, aparece com frequência essa questão diante do contexto de trabalho no qual os trabalhadores contratados pela Instituição Parceira estão inseridos:

[...] o enfermeiro que é concursado, ele se sente mais tranquilo, não que ele não trabalhe, não é nada disso, mas é assim é mais confortável saber que ele é efetivo, que a mudança de uma parceira, a mudança de um programa ele não corre o risco nenhum de ficar desempregado, por mais que ele seja até remanejado. Nós celetistas, no caso é pela parceira, nós temos essa insegurança sim, mas eu acho que se é profissional eu particularmente não fico focando nisso, eu sei que tem colegas que foca muito nisso, pela essa insegurança de falta de estabilidade digamos assim, que é o caso do servidor, né?... eu acho que... enfermeiros nem tanto, mas acho que tinha mais rivalidade antes, logo quando a parceira, o PSF, introduziu, porque eles achavam que a gente ganhava mais, eles ganhavam menos, porém eles trabalham menos, a gente trabalha muito mais horas, 40 horas semanais, então a gente trabalha muito mais, a gente tem meta a atingir, a gente tem programas para dar conta, enquanto eles não, é a rotina básica... para nós é uma rotina, a gente já tem um dia X para fazer visita e ai é geral, é uma visita generalista, seja psiquiatra ou TB não importa, é geral, eu acho que a sobrecarga é maior. Eu acho que hoje não tem mais essas rivalidades, eu vejo que melhorou bem, mas a gente fica muito inseguro, a mudança de parceiro você fica pensando: “ah! quem vai ser?, como vai ser?, será que eu tenho que sair? vou ter que mudar?”, quando eu entrei já tinha mudado de parceira duas vezes, era do Zerbini que mudou para Associação que virou PARCEIRA, quando virou PARCEIRA eles não aceitaram, tinha gente que

ia virar em terceiro vínculo eles não aceitaram, mandaram embora, então fica essa insegurança (Sujeito J).

Dessa forma, percebe-se que a instabilidade e a exigência de cumprimento de metas estabelecidas, como também a mudança de parceira, vêm acompanhados da insegurança de continuar no trabalho. De acordo com Alves (2007), expõe que o medo de perder o emprego reflete na saúde dos trabalhadores, provocando um estresse psicológico por antecipação.

Portanto, a gestão por cumprimento de metas e por produtividade utilizada nas OS e nas instituições parceiras, gera uma situação de superexploração da força de trabalho, além de acentuar a precarização do trabalho na Atenção Básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado buscou identificar e analisar a percepção dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde, da STS Pirituba/Perus, quanto os rebatimentos dos modelos de gestão para o cotidiano de trabalho. Também se buscou analisar a atual Política Pública de Saúde no Município de São Paulo, num contexto de privatizações e mercantilização da saúde. Para tanto, fez interlocuções com temas transversais importantes para a compreensão da estrutura dessa política, como subsidiaram a construção desse estudo e as respectivas análise dos dados.

O processo de análise e interpretação dos dados foi realizado a partir dos relatos de 13 trabalhadores, coletados em três UBS: Tradicional, Mista e com ESF, que proporcionaram o acesso à percepção dos trabalhadores em relação às diferentes modalidades de gestão.

A partir da interpretação de uma realidade geral da região em que está localizada a STS de Pirituba/Perus, considera-se que existe uma clara transferência para entidades privadas à gestão das UBS dessa localidade.

Para entender a atual situação da Política Pública de Saúde no Município de São Paulo, é necessário conhecer como foi o processo de construção do SUS. Dessa forma, é importante ressaltar que na década de 1990, o município teve a experiência da transferência da gestão dos serviços de Saúde para instituições sem fins lucrativos, com o PAS. O SUS foi implantado somente em 2001, de forma tardia.

Além disso, o município seguiu a tendência da contrarreforma do Estado orientada pela lógica de mercado. Intensificada no governo Fernando Henrique Cardoso por meio da desregulamentação da economia, da flexibilização das relações capital e trabalho, desmantelando o sistema de direitos sociais estabelecidos na Constituição de 1988.

Esse contexto favoreceu a defesa do processo de privatização, acompanhada do reconhecimento do cidadão como consumidor, elevou o processo da mercantilização da política social com a dicotomia entre o público e o privado.

O Município de São Paulo acompanhou essa tendência ao passar para a iniciativa privada, por meio de parceria com instituições, a gestão dos serviços de Saúde. Importante ressaltar que a gestão por OS ou através da Parceira Público-Privada não garante à população o acesso universal aos serviços de saúde.

Segundo a percepção dos trabalhadores em relação às Instituições parceiras, elas são capazes de oferecer maiores respostas à população na resolução dos problemas, em relação às UBS que são administradas por um trabalhador concursado. Portanto, para a maioria dos entrevistados, inclusive com vínculo estatutário, as Instituições parceiras são mais eficazes e eficientes.

A ideia de eficiência dessas Instituições foi disseminada pelo próprio Ministério da Saúde. Diante do exposto, observa-se que a percepção dos trabalhadores acontece baseada na aparência da realidade, no que foi posto de imediato como correto, não ocorre o processo de apreender a totalidade da realidade, desvendando-a da forma como realmente ela é. É nesse contexto que surgirá a utopia de que essas Instituições serão a solução para as problemáticas da política de Saúde.

Observou-se também que muitos trabalhadores têm essa ideia sobre as OS, pois não conseguem apreender que a falta de investimento do poder público na política de Saúde leva ao sucateamento do serviço, e que existem outros elementos para os entraves no SUS, tais como falta de financiamento e falta de plano de carreira para os trabalhadores, entre outros.

Ainda em relação à categoria da Utopia da Eficiência das OS, é necessário ressaltar que apenas três Sujeitos entrevistados reconhecem que a disseminação dessa ideia está intrinsecamente ligada aos interesses da mercantilização da Saúde.

Em relação à categoria Privatização da Atenção Básica no município de São Paulo, apenas três Sujeitos reconheceram o porquê ocorre esse processo. Na STS Pirituba/ Perus, região onde foi realizada a pesquisa, das 27 UBS existentes, 17 têm ESF, isto é, têm a presença da Instituição Parceira dentro das Unidades.

A transferência da gestão dos serviços de Saúde Pública para Instituições parceiras deixa nítido o processo de privatização de Saúde. Com o art.199 da CF/88, que prevê a atuação das instituições privadas de forma complementar na prestação de serviços, abriu-se uma lacuna para que as OS pudessem realizar os Convênios. Atualmente, existe a complementaridade invertida, ou seja, o público está se tornando complementar ao privado.

Dessa forma, ocorre a ampliação dos espaços em que acontece a acumulação do capital, e o fortalecimento do setor privado na oferta dos serviços sociais que por lei deveriam ser executados pelo município. Além de criar uma diferenciação entre os serviços públicos, e inclusive entre os trabalhadores da saúde.

Esse processo mostra como a Saúde ficou reduzida a uma relação de compra e venda; o dever do Estado de garantir o acesso à política de Saúde ficou sob a responsabilidade da iniciativa privada, sob o discurso da necessidade de alcançar uma maior produtividade e/ou eficiência na prestação de serviços públicos.

A Saúde tornou-se de grande interesse do capital, uma área de muitos investimentos tecnológicos e grandes possibilidades no mercado privado, seja pela indústria farmacêutica ou por planos de saúde, na indústria de equipamentos, até mesmo pelas redes de hospitais, na administração via OS, Fundações, entre outras.

Diante do cenário de privatização e de interesses privados na política de Saúde Pública no município de São Paulo, fica clara a precarização do trabalho na Atenção Básica. O trabalho, entendido como princípio ontológico constitutivo do ser social, torna-se eixo fundamental da sociabilidade humana, no entanto, na sociedade capitalista ele torna-se degradante e alienante.

Nesse sentido, observou-se que nas UBS da região da STS Pirituba/ Perus, os trabalhadores são submetidos a diferentes regimes de trabalho numa mesma Unidade, há uma grande diferença salarial, a gestão é por resultados, e como consequência geram a insegurança de perder o trabalho.

Nesse contexto, de UBS com diferentes tipos de gestão, há trabalhadores no mesmo espaço, exercendo as mesmas tarefas, submetidos a contratos, regimes de trabalho e salários diferentes. Essa situação terá rebatimento direto na classe trabalhadora.

A contratação dos profissionais pelas OS ou pelas Parceiras faz com que haja a redução do Estado no controle das formas de contrato e regulação do trabalho, afetando os direitos dos trabalhadores. A contratação da força de trabalho ocorre pelo regime jurídico da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com seleção por meio de processo seletivo, a remuneração será diferenciada, pois cada OS ou Parceria determina sua forma de contratação, seu quadro de pessoal, seu plano de carreira, emprego e salários, além disso, não existe estabilidade, a qualquer momento poderá demitir seu funcionário.

A existência de diferentes vínculos trabalhistas e, por consequência, salários diversificados, foi citado por todos os Sujeitos participantes da pesquisa.

A diferença salarial é um elemento que justifica, por parte dos trabalhadores, a ideia que as OS ou as Parceiras são melhores que a Instituição Pública, no entanto, essa situação gera intrigas e competições entre os trabalhadores dentro das Unidades.

Para os trabalhadores contratados pela parceira, a organização e divisão do trabalho ocorreram através de uma reorganização que se volta para metas pré-estabelecidas, cobradas pelo critério numérico de produtividade. A gestão do trabalho por resultados deixa nítido o processo de intensificação do trabalho como exigência da produção, limitando o cumprimento da rotina. Ela se baseia na lógica privada, e tem como base os conceitos de eficiência, eficácia, qualidade na prestação de serviços e desempenhos, além da redução de custos.

Na gestão por resultados existe uma cobrança muito grande para se cumprir as metas estabelecidas e, como a contratação dos trabalhadores é realizada pelo regime da CLT, a qualquer momento pode ocorrer dispensas, o medo de não cumprir o estabelecido provoca a insegurança no/do trabalho e o temor da sua perda.

Pelos depoimentos, percebeu-se como é constante essa situação quando os trabalhadores são da instituição parceira, até mesmo ficou evidente quando eles solicitaram que no texto final da dissertação não houvesse nenhuma fala ou caracterização dos entrevistados por meio da qual pudessem reconhecê-los.

Assim, nesse contexto, há o aumento da força de trabalho associada ao medo do desemprego, causado pela alta rotatividade de trabalhadores na instituição parceira.

Portanto, o modelo de gestão por OS e pela Parceria Público-Privado é contrário ao SUS constitucional, já que ocorre a atuação do mercado no setor, ficando reduzido a uma relação de compra e venda. O dever do Estado em garantir o acesso à política de Saúde fica sob a responsabilidade da iniciativa privada, que contrata profissionais sem concurso público, seguindo as normas do mercado de trabalho e adotando a Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT). Dessa forma, ficam isentos de cumprir leis de licitações, podendo adotar normas próprias para compras e contratos.

Em meio a esse contexto, surgem movimentos para combater as tendências da política privatista e de desresponsabilização do Estado, principalmente na área da Saúde. Como forma de defesa da Saúde Pública Estatal, e contra o processo de privatização advindo com a Política de contrarreforma, identifica-se o ressurgimento de diversos movimentos sociais, como os Fóruns de Saúde, existentes em diversos Estados, e a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde, que luta contra a política de saúde voltada para obtenção de lucro.

Os Fóruns de Saúde estão presentes em alguns Estados e de forma mais atuante em Alagoas, Rio de Janeiro, Paraná, Pernambuco, Ceará, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Rio Grande do Sul, Minas Gerais; e municípios como Londrina (PR), Santos (SP), Duque de Caxias (RJ) e Campos (RJ). A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde é formada por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários que lutam contra a privatização do SUS.

A Frente Nacional surgiu em 2010, a partir da articulação dos Fóruns de Saúde de São Paulo, Rio de Janeiro, Alagoas, Paraná e de Londrina, com o objetivo de defender o SUS universal, público, estatal, sob a administração direta do Estado e pelos princípios da Reforma Sanitária formulada na década de 1980 (BRAVO; CORREIA, 2012).

A Frente Nacional utiliza-se de algumas estratégias de luta, na área jurídica, com ações civis públicas, Ação Direta de Inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais, articulações com os Ministérios Públicos Estaduais e Federal, luta pela procedência

da ADIN 1.923/98³⁷ no STF; no parlamento, articula-se e pressiona os parlamentares a fim de impedir o processo de privatização da Saúde, por meio de manifestações nas Câmaras e Assembleias, denunciando publicamente os que têm votado contra o SUS e pela privatização; na sociedade, realiza debates sobre a privatização com os trabalhadores da Saúde e usuários do SUS; nas ruas, com caminhadas, atos e manifestações; nos espaços de controle social realiza pressão sobre os mecanismos institucionais – Conselhos e Conferências – para se posicionarem contra os “novos” modelos de gestão; na academia realiza cursos de atualização, debates, incentivo à pesquisas e trabalhos de extensão em torno da Saúde Pública; nos meios de comunicação, através da produção de material para divulgação nas entidades, partidos, sindicatos, além da grande imprensa.

Os Fóruns de Saúde também têm como objetivo a luta em defesa da Saúde Pública e universal, contra a privatização da Saúde, buscando demonstrar como ocorre a atual política que busca a lucratividade, e a imposição da lógica privada por detrás das Organizações Sociais e da Fundação Estatal de Direito Privado.

O Fórum Popular de Saúde, como a Frente Nacional, aparece como uma resposta contrária à privatização das políticas sociais, ou à simples entrega/repassa da responsabilidade do Estado com as políticas sociais. É, portanto, diante da atual conjuntura, um meio da resistência e luta contra o uso da Saúde como mercadoria e fonte de lucro. Trata-se de um movimento atual e legítimo, que vitaliza o movimento de Reforma Sanitária em favor da consolidação do SUS, e, claro, significa também o fortalecimento das classes subalternas no controle do que é público e no exercício democrático dos direitos civis para muito além do sufrágio universal.

³⁷ A Ação Direta de Inconstitucionalidade 1923/98 considera inconstitucional a Lei 9.637/98 que cria as OS.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Mônica. O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho**. 2. ed. Londrina: Práxis; Bauru: Canal 6, 2007.

ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005. (Mundo do trabalho).

_____. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2001.

BABILÔNIA, Lara Luísa Marques. A Saúde Pública em Uberlândia no contexto da reforma do Estado: privatização e precarização do trabalho. In: Seminário do Trabalho: Trabalho, Educação e Políticas Sociais no século XXI, 8, 2012. Marília. **Anais...** Marília: Ed. UNESP, 2012. (CD ROM).

BATISTA, Paulo Nogueira. **O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino- americanos**. São Paulo: Consulta Popular, 2005. (Caderno n.7).

BEHRING, Elaine Rosseti. Rotação do capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social. In: GRANEMANN, Sara et al.(Org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. Política Social no contexto da crise capitalista. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

_____. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____.; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de (Org.). **Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas**. 2. ed. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro: Ed. FSS/UERJ, 2010.

_____.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca básica de Serviço Social, v. 2).

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política**. 14.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BRANDÃO, André Augusto. Liberalismo, neoliberalismo e políticas sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 12, n. 36, p. 84-100, ago. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012 (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2011 (Para entender a gestão do SUS, v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 43, 4 mar. 2008. Seção 1. p. 38-42.

_____. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Constituição Federal de 1988. In: CRESS/ SP. (Org.). **Legislação Brasileira para o Serviço Social: coletâneas de leis, decretos e regulamentos para instrumentação do(a) Assistente Social**. 2. ed. São Paulo, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 40, 28 fev. 2002. Seção 1.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 de set. 2000. Seção 1. p. 1.

_____. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio. 1998a. p. 8. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 2014.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma administrativa do sistema de saúde**. Brasília, DF: MARE, 1998b. (Cadernos MARE da reforma do estado, c. 13).

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010a.

_____. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 102, p. 205-221, abr./jun. 2010b.

_____. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do Controle Social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

_____.; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: _____.; _____. (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : Rede Sirius, 2011. (Cadernos de saúde). Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/67170084/Revista-Cadernosde-Saude-PAGINA>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 87, p. 132-146, set. 2006.

_____.; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARNEIRO, Ricardo; MIRANDA, José Carlos. Os marcos gerais da política econômica. In: _____. (Org.). **Política econômica da Nova República**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____. (Org.). **A política econômica do cruzado**. Campinas: Bernal: Ed. Unicamp, 1987.

_____. A trajetória do Plano Cruzado. In: _____. (Org.). **A política econômica do cruzado**. Campinas: Bernal: Ed. Unicamp, 1987.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. **O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública de saúde**. 2002. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 613-635, out./dez. 2012.

_____. A questão do neodesenvolvimentismo e as políticas públicas. [nov. 2013]. Entrevistadora: Raquel Raichelis. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 119, p. 583-591, jul./set. 2014.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF, 2010. (Série: trabalho profissional nas políticas sociais).

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática, 2000.

CHELALA, Fauze Achcar. **Saúde suplementar: um estudo da ampliação dos planos e seguros de saúde na região metropolitana de Belém**. 2012. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

CHESNAIS, François. As raízes da crise econômica mundial. **O Olho da História**, Salvador, n.18, jul. 2012. Disponível em: <<http://oolhodahistoria.org/n16/artigos/chesnais1.pdf>>. Acesso em: 2014.

CHESNAIS, François. O capital portador de juros: Acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: _____. (Org.). **A finança mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. **Mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____.; ELIAS, Paulo E. PAS: das primeiras formulações à versão legal. In: _____.; _____. (Coord.). **O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo**. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

_____. O Plano de Assistência a Saúde do município de São Paulo: uma modalidade alternativa de gestão. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 44-45, jan./mar. 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1. p. 21082-21085.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : Rede Sirius, 2011. (Cadernos de saúde). Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/67170084/Revista-Cadernosde-Saude-PAGINA>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. 2005. 342 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. (Temas Sociais).

DINIZ, Rodrigo Aparecido. **Territórios, sociabilidades e territorialidades: o tecer dos fios na realidade dos sujeitos dos distritos de Perus e Anhanguera da cidade de São Paulo**. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

DOCUMENTO: contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : Rede Sirius, 2011. (Cadernos de saúde). Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/67170084/Revista-Cadernosde-Saude-PAGINA>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

FAUSTO, Boris. **História concisa do Brasil**. São Paulo: EDUSP: Imprensa Oficial do Estado, 2001.

FURTADO, Celso. **Formação econômica do Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cia. das Letras, 2007.

GIANNOTTI, Vito. **História das lutas dos trabalhadores no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad: NPC, 2007.

GOMES, Gustavo França. O direito à saúde na Constituição de 1988 e a contra-reforma do Sistema Único de Saúde (SUS). In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6., 2008, São Luis. **Anais...** São Luis: Ed. UFMA, 2008 (CD ROM).

GONÇALVES, Reinaldo. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 36, p. 637-671, out./dez. 2012.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : Rede Sirius, 2011. (Cadernos de saúde). Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/67170084/Revista-Cadernos-de-Saude-PAGINA>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

HARVEY, David. **Neoliberalismo**: história e implicações. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2012.

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

_____. **O novo imperialismo**. São Paulo: Loyola, 2005.

HEIMANN, Luiz Serman; IBANHES, Lauro César; BARBOSA, Renato (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas: IDRC, 2005. (Saúde em debate; 160).

HOBBSBAWN, Eric. **Era dos extremos**: o breve século XX: 1914-1921. 19. ed. São Paulo, Cia. das Letras, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 11. ed. São Paulo, Cortez: 2007.

IANNI, Octávio. **A era do globalismo**. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. A questão social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, ano 5, n. 1, p. 2-10, jan./mar. 1991.

IBGE. **As fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA : ABONG, 2012. (Estudos e pesquisas informações econômicas, n. 20).

_____. **População: censos demográficos: censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Tradução de Célia Neves e Alderico Tobirio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

LAPYDA, Ilan. **A “financeirização” no capitalismo contemporâneo: uma discussão das teorias de François Chesnais e David Harvey**. 2011. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LAURELL, Asa Cristina. Avançado em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: _____. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; SOUZA, Janice Tirelli O. de. Geração, democracia e globalização: faces dos movimentos sociais no Brasil contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 84, p. 91-117, nov. 2005.

MANDEL, Ernest. **A crise do capital**. Campinas: Ed. Unicamp, 1990.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: _____. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999. (Núcleo de pesquisa, 1).

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

_____.; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (Clássicos).

_____. **Para a crítica da economia política: salário, preço e lucro: o rendimento e suas fontes**. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Os economistas).

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O direito universal à saúde em risco: a fragilidade histórica do financiamento e as incertezas dos Governos Lula. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. esp., p. 35-58, set. 2012.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. O Conselho Nacional de Saúde na atualidade: reflexões sobre limites e desafios. In: BRAVO, Maria Inez de Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Org.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

MÉSZAROS, István. **Além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. (Temas Sociais).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. (Temas Sociais).

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Diretrizes do NASF**. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 2009.

_____. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar. 2008. Seção 1. p. 38.

_____. Portaria n. 373, de 27 fev. 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Seção 1. p. 52-68.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria da República em São Paulo. **MPF em São Paulo ajuíza ação de improbabilidade administrativa contra responsáveis pelo Programa Saúde da Família na capital**. 2013. Disponível em: <www.prsp.mpf.br>. Acesso em: 17 de jan. 2014.

MIRANDA, José Carlos. A economia monetária. In: CARNEIRO, Ricardo. **Os clássicos da economia**. São Paulo: Ática, 2003 (Fundamentos, v. 2).

MOLLO, Maria de Lourdes. Crédito, capital fictício, fragilidade financeira e crises: discussões teóricas, origens e formas de enfrentamento da crise atual. **Economia & Sociedade**, Campinas, v. 20, n. 3 (43), p. 449-474, dez. 2011.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____.; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011 (Biblioteca básica de Serviço Social; v.5).

MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NEVES, Mácia Emília Rodrigues; SILVA, Maria de Jesus da. Previdência social: construção da prática do Serviço Social. In: BRAGA, Léa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. (Org.). **Serviço Social na previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes**. São Paulo: Cortez, 2007.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 87, p. 1-14, set. 2006.

OPAS; OMS. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. 1978. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/>> Acesso em: 4 nov. 2014.

PALMA, José João Lanceiro da. **Lutas sociais e construção do SUS: o movimento de Saúde da Zona Leste da cidade de São Paulo e a conquista da participação popular na saúde**. 2013. 212 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

PAULO NETTO, José. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Estratégia e Estrutura para um novo Estado. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 24-38, jul./set. 1997.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Utopias e política social no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 729-753, out./dez. 2012.

_____. Estado, sociedade e esfera pública. In: CFESS; ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva. **A (re)construção do SUS no município de São Paulo (SP): uma avaliação sobre a incorporação da integralidade na política municipal de saúde**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PSP. Coordenadoria da Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. **Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF**. São Paulo, 2009. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2011.

_____. **Equipe Estratégia de Saúde da Família: 1.196 equipes MSP – OUTUBRO/2010**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/equipes_esf.pdf>. Acesso em: 3 out.2011.

_____. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. **Análise e caracterização de vazios socioassistenciais**. Coordenadoria de Observatório de Políticas Sociais. São Paulo, jun. 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. CEInfo. **Número de estabelecimentos / Serviços próprios da SMS por coordenadoria regional e supervisão técnica**. 2014a. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. **Endereços das unidades básicas de saúde com ESF**. 2014b. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. **Governo municipal**. São Paulo, [2014]. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/portal/>>. Acesso em: 2014.

REFORMA da saúde nos Estados Unidos é discutida desde 1900: veja cronologia. São Paulo. Caderno Mundo. 22 mar. 2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u710212.shtml>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-80)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SADER, Emir; GENTILI, Pablo. (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

_____. A hegemonia neoliberal na América Latina. In: _____.; GENTILI, Pablo. (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SALIONE, Beatriz Camasmie Curiati. **Administração pública por resultados e os contratos de gestão com as organizações sociais: o uso do balanced scorecard como ferramenta de avaliação de desempenho**. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo São Paulo, 2013.

SALVADOR, Evilásio et al. (Org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. “Crise do capital e políticas sociais na Crise do Capitalismo.” **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.104, p. 605-631, out./dez. 2010a.

_____. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010b.

SAMPAIO JÚNIOR, Plínio de Arruda. Desenvolvimentismo e Neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 36, p. 672-688, out./dez. 2012.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SEGATTO, Cristiane; BUSCATO, Marcela. A saúde dos brasileiros piorou. **Época**, São Paulo, n. 631, p. 89, 21 jun.2010.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca básica de Serviço Social; v.3).

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático? In: BRAVO, Maria Inez de Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. (Org.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

TEIXEIRA, Solange M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

THERBORN, Göran. Trama do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo. (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

TRALDI, Maria Cristina. **Políticas públicas e organizações sociais: O controle social na terceirização de serviços de saúde**. 2003. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. **Paradoxos da Mudança no SUS**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: REVAN: UCAM: IUPERJ, 2000.

VIANNA ALA, Dal Poz M. R. A reforma do sistema de saúde Brasil e o Programa Saúde da Família. **Physi**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, jul./dez. 2008.

VIDAL, Dolores Lima da Costa. Demanda reprimidas: acesso aos serviços de saúde e serviço social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 29, n. 94, p. 132-153, jun. 2008.

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

WELFFORT, Francisco C. **Os clássicos da política**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2003. (Fundamentos, 62).

APÊNDICES

Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) Senhor(a) para participar de livre e espontânea vontade da pesquisa sob o tema “**A gestão nas Unidades Básicas de Saúde no município de SÃO PAULO: a percepção dos trabalhadores**”, de autoria de Gislaíne dos Santos Silva, que está disponível para quaisquer esclarecimentos pelos contatos: telefone _____, ou através do e-mail: gislainesantos@yahoo.com.br. Sob orientação Professora Dra. Edvânia Ângela de Souza Lourenço.

O estudo, para fins acadêmicos, tem como objetivo principal analisar a percepção dos profissionais em relação ao(s) diferentes modelo(s) de gestão presentes nas Unidades Básicas de Saúde, pois a gestão nas UBSs no município de São Paulo pode ocorrer nas seguintes modalidades: 1) Unidade com gestor e funcionários totalmente do setor público; 2) Unidade com gestor do setor público com funcionários da parceira e funcionários públicos; 3) Unidade com gestor e funcionário totalmente de instituição parceira, a partir disso, iremos analisar se existem possíveis interferências no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, especificamente na região onde está localizada a Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/ Perus.

A participação do(a) Sr(a). voluntário(a) (caso aceita), será através da concessão de entrevista, mediante a utilização de roteiro e gravado pela discente Gislaíne dos Santos Silva, sob orientação da Professora Dra. Edvânia Ângela de Souza Lourenço, do Curso de Serviço Social da Unesp, campus Franca, após transcrita a entrevista serão utilizados trechos do diálogo em sua pesquisa, observando princípios éticos e seguindo procedimentos de sigilo e descrição;

O(a) Sr (a). receberá uma cópia deste documento.

Não haverá fotografia ou gravação de imagem.

Não haverá incentivo financeiro para a sua participação.

O(a) Senhor(a) poderá recusar a sua participação, bem como desistir, mesmo depois de iniciada a entrevista, não havendo quaisquer prejuízos pela sua recusa ou pela sua desistência.

A entrevista será iniciada somente após o seu consentimento por meio da assinatura do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

DECLARAÇÃO

Declaro ter tomado conhecimento dos objetivos da pesquisa e das condições de minha participação. Confirmando a permissão para utilizar a minha entrevista fornecida no dia ___/___/___ à pesquisadora para que utilize de forma integral ou parcial, sem restrições de prazos e citações, respeitando-se os princípios éticos de sigilo e de privacidade (conforme exposto dos parágrafos anteriores). Informo que recebi uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

São Paulo, ___ de _____ de _____.

Assinatura de Consentimento: _____

Pesquisadora/ Mestranda: _____

Gislaíne dos Santos Silva

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com

Apêndice B - ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM GERENTES DA UBS e
PROFISSIONAL DO NASF

Responsável: Gislaine dos Santos Silva

I- Identificação

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____. **Horário:** ____:____.

Sexo: () masc. () fem. **Idade:** _____

Estado civil:

() solteiro(a); () casado(a); () companheiro(a), () Separada(o) ou Divorciado(a); () Viúvo(a)

Universidade que fez a Graduação: _____

Ano: _____

Função: _____

Vínculo Empregatício: _____

Tempo que atua na função: _____

Unidade de Trabalho:

() UBS

() PSF

() Unidade Mista

II – Sobre o processo de trabalho

1. Como o Sr.(a) analisa o SUS?
2. O que o Sr.(a) acredita que tem que ser melhorado?
3. Comente sobre o trabalho desenvolvido como gestor na Unidade;
4. Essa Unidade tem apoio de algum NASF?
5. Como é a articulação da Equipe com o NASF?
6. Quais são as maiores dificuldades ou limitações quanto ao gerenciamento de sua equipe;
7. O que o(a) Senhor acha sobre a ampliação das parcerias com as instituições privadas;
8. A unidade que o Sr(a). trabalha é mista?
9. Como o Sr(a). diferencia a unidade de saúde gerida pelo SUS e uma sob gestão de uma OSS.
10. Como o Sr(a). analisa a forma de gestão da atual política de saúde.
11. Em sua opinião, quais são os aspectos positivos e/ou negativos que teria uma gestão por contratos com parceiras.

Apêndice C - ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

Responsável: Gislaine dos Santos Silva

II- Identificação

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____. **Horário:** ____:____.

Sexo: () masc. () fem. **Idade:** _____

Estado civil:

() solteiro(a); () casado(a); () companheiro(a), () Separada(o) ou Divorciado(a);

() Viúvo(a)

Universidade que fez a Graduação: _____

Ano: _____

Função: _____

Vínculo Empregatício: _____

Tempo que atua na função: _____

Unidade de Trabalho:

() UBS

() PSF

() Unidade Mista

Número de Enfermeiro em sua Unidade de Trabalho:

II – Sobre o processo de trabalho

1. A unidade que o Sr(a). trabalha é mista?
2. Caso a resposta for positiva: Como é possível lidar com os diferentes vínculos?
3. Como o Sr(a) analisa a forma de gestão da atual política pública de saúde.
4. Fale sobre o trabalho desenvolvido como Enfermeiro (a) na Unidade;
5. Qual o entendimento que o Sr.(a) têm sobre o processo de planejamento das ações na Unidade?
6. Como é o processo de definição das ações a serem ofertadas à população?
7. Fale algum aspecto positivo e/ou negativo que tem a gestão por contratos com parceiras.
8. Essa Unidade tem apoio de algum NASF?
9. Caso afirmativo a resposta anterior, como é a articulação com a equipe NASF?

Apêndice D - ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM ASSISTENTE SOCIAL

I- Identificação**Data do preenchimento do questionário:** ____/____/____. **Horário:** ____:____.**Sexo:** () masc. () fem. **Idade:** _____**Estado civil:**

() solteiro(a); () casado(a); () companheiro(a), () Separada(o) ou Divorciado(a);

() Viúvo(a)

Universidade que fez a Graduação: _____**Ano:** _____**Função:** _____**Vínculo Empregatício:** _____**Tempo que atua na função:** _____**Unidade de Trabalho:**

() UBS

() PSF

() Unidade Mista

Número de Assistente Social em sua Unidade de Trabalho:**II – Sobre o processo de trabalho**

1. A unidade que o Sr(a). trabalha é mista?
2. O Sr(a). percebe se existem muitos vínculos de trabalho na Unidade em que trabalha?
(ex. funcionários municipalizados, celetistas, estatutário)
3. Como o Sr(a) analisa a forma de gestão da atual política pública de saúde.
4. Fale sobre o trabalho desenvolvido como Assistente Social na Unidade.
5. Quais são as principais demandas para o Serviço Social por parte da direção da Unidade?
6. Como é o processo de definição das ações a serem ofertadas à população?
7. Qual o entendimento que o Sr.(a) têm sobre o processo de planejamento das ações na Unidade?
8. Fale algum aspecto positivo e/ou negativo que tem a gestão por contratos com parceiras.
9. Essa Unidade tem apoio de algum NASF?
10. Caso afirmativo a resposta anterior, como é a articulação com a equipe NASF?
11. Como o Sr(a) analisa o Projeto Ético Político do Serviço Social no dia a dia dos serviços de saúde?

12. O trabalho profissional do Serviço Social na área da saúde tem alguma especificidade?
13. Como é trabalhar na área da saúde? - Como o Sr(a). analisa a forma de gestão da atual política pública de saúde.

Apêndice E - ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS ADMINISTRATIVOS

I. Identificação

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____. **Horário:** ____:____.

Sexo: () masc. () fem. **Idade:** _____

Estado civil:

() solteiro(a); () casado(a); () companheiro(a), () Separada(o) ou Divorciado(a); () Viúvo(a)

Escolaridade:

Ensino Fundamental: () completo () incompleto;

Ensino Médio: () Completo () incompleto;

Ensino Superior: () completo () incompleto

Função:

Vínculo empregatício:

Tempo que atua nesta função:

II – Sobre o processo de Trabalho

1. O que o Sr(a). acha da Atenção Básica em Saúde ou o trabalho da UBS?
2. Descreva o seu trabalho na equipe.
3. Como são definidos os objetivos e metas para seu trabalho? Comente
4. No dia-a-dia, o Sr(a).acredita que consegue cumprir suas funções?
5. Como é a relação com a chefia imediata?
6. Como são definidas prioridades para o trabalho? Comente
7. Como o Sr(a). pensa que o gestor (secretaria de saúde, OSS) enxerga as Unidades de Saúde?
8. Em relação ao trabalho desenvolvido em suas unidades mudaria algum aspecto? Quais?

Apêndice F - ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM AGENTES
COMUNITÁRIOS

I. Identificação

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____. **Horário:** ____:____.

Sexo: () masc. () fem. **Idade:** _____

Estado civil:

() solteiro(a); () casado(a); () companheiro(a), () Separada(o) ou Divorciado(a); () Viúvo(a)

Escolaridade:

Ensino Fundamental: () completo () incompleto;

Ensino Médio: () Completo () incompleto;

Ensino Superior: () completo () incompleto

Função:

Vínculo empregatício:

Tempo que atua nesta função:

II – Sobre o processo de Trabalho

1. O que o Sr(a). acha da Atenção Básica em Saúde ou o trabalho da UBS?
2. Descreva o seu trabalho na equipe.
3. Como são definidos os objetivos e metas para o trabalho de ACS? Comente
4. No dia-a-dia, o Sr(a).acredita que consegue cumprir suas funções?
5. Como é a relação com a chefia imediata?
6. Como são definidas prioridades para o trabalho? Comente
7. Como o Sr(a). pensa que o gestor (secretaria de saúde, OSS) enxerga as Unidades de Saúde?
8. Em relação ao trabalho desenvolvido em suas unidades mudaria algum aspecto?
Quais?

Apêndice G - ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM PROFESSORA
CONVIDADA

ENTREVISTA COM MARIA VALÉRIA REALIZADA DURANTE O CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE, NO DIA 09/04/2014.

- 1) Como a Sra. Analisa a atual política de saúde no Brasil?
- 2) Como a Sra. analisa a ampliação das parcerias com as instituições privadas?
- 3) Nas Unidades Básicas de Saúde no município de São Paulo, e eu acredito que em outras localidades, tem diferentes tipos de vínculos, até mesmo porque atualmente que são ditas como UBS tradicionais, que são os vínculos estatutários, tem as UBSs as mistas que tem funcionários estatutários e funcionários contratados por OSs que são celetistas, e tem as UBS que é só Estratégia que então são funcionários celetistas. Então como a Sra. analisa esse processo e como isso repercute no serviço?
- 4) Diante dessa situação quais são os desafios profissionais na área da saúde, principalmente do Serviço Social.
- 5) Gostaria que a professora falasse sobre a formação dos Assistentes Sociais
- 6) Gostaria que falasse um pouco sobre a Frente Nacional Contra Privatização.