

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

CARMEM LÚCIA CRUZ RAVAGNANI

**A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE:
direito garantido, não se compra, não se vende**

FRANCA

2013

CARMEM LÚCIA CRUZ RAVAGNANI

**A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE:
direito garantido, não se compra, não se vende**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Doutor em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social: trabalho e sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld

FRANCA

2013

Ravagnani, Carmem Lúcia Cruz

A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde : direito garantido, não se compra, não se vende / Carmem Lúcia Cruz Ravagnani. –Franca : [s.n.], 2013
247 f.

Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientador: Neide Aparecida de Souza Lehfeld

1. Política de saúde. 2. Privatização. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Reforma sanitária – Anos 1980. 5. Participação social. 6. Saúde pública – Brasil. I. Título.

CDD – 362.1

CARMEM LÚCIA CRUZ RAVAGNANI

**A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE:
direito garantido, não se compra, não se vende**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social,
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do Título de Doutor em Serviço
Social. Área de concentração: Serviço Social: trabalho e sociedade.**

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____
Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld

1º Examinador: _____

2º Examinador: _____

3º Examinador: _____

4º Examinador: _____

Franca, _____ de _____ de 2013.

Aos meus pais,
que ensinam todos os dias o que é viver mais e melhor!

AGRADECIMENTOS

À Professora Neide, por acolher essa proposta, pelo suporte e pela sua cuidadosa *Presença!* É a realização de um trabalho coletivo.

Ao Jean e à minha família, participações especiais sempre.

Às equipes de trabalho, da saúde e da docência, que possibilitaram, das mais diversas formas a conclusão desse estudo.

Às amigas: Fernanda, que continua ensinando o *fazer saúde* e o *cuidado em saúde*; e

Maria José, afetuoso apoio e incentivo.

E à Laura! Pela arte final nas correções!

*O SUS é nosso, ninguém tira da gente,
direito garantido não se compra não se vende!*

(Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde)

RAVAGNANI, Carmem Lúcia Cruz. **A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde:** direito garantido, não se compra, não se vende. 2013. 247 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2013.

RESUMO

A presente tese traz as apreensões alcançadas acerca do movimento de resistência à privatização da saúde localizado nas proposições e ações desenvolvidas pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, criada em 2010. A sua interface com o Serviço Social se deu por entendermos a relação existente entre as práticas em defesa da saúde pública, universal e de qualidade, com a transformação das práticas em saúde, o que situa esse movimento e a profissão como sujeitos de defesa desse direito, com papel fundamental para que essa política pública efetive seu caráter de concretização de direitos, especificamente a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A construção de uma metodologia pautada na revisão bibliográfica orientou as escolhas teóricas, sendo acompanhada da pesquisa de subsídios legais, documentos emitidos por órgãos governamentais, e a pesquisa via internet, identificando e reunindo dados como uma combinação necessária ao tratamento qualitativo do estudo. O primeiro capítulo informa a política de saúde como conquista constitucional, sendo problematizadas as condições impostas à seguridade social no contexto pós 1988. E apresenta os denominados novos modelos de gestão propostos a partir dos anos 1990, como expressão da continuidade histórica do processo de privatização na saúde. Encontram-se no segundo capítulo a apresentação das condições contemporâneas da proteção social a partir da programática neoliberal, assim como a participação e controle social exercidos no âmbito institucional por meio dos conselhos de políticas públicas. A compreensão acerca dos embates travados pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde localiza-se no terceiro capítulo, onde analisamos o movimento de resistência à privatização da saúde pública no país, concretizando na contemporaneidade, o controle democrático fora do aparato institucional, resgatando a proposta do Movimento da Reforma Sanitária dos anos 1980. Finalizamos travando um debate acerca dessas apreensões no Serviço Social, apresentadas no quarto capítulo da tese. O trabalho do assistente social tem definição na tensão entre o projeto de formação construído pela categoria e pelo projeto de formação estruturado a partir do predomínio dos interesses do mercado e do sistema do capital. Na área da saúde, a inserção profissional deve ser balizada ainda pelo projeto da Reforma Sanitária, no contexto das mudanças na formação profissional que incluam o ensino da saúde.

Palavras-chave: privatização da saúde. Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Serviço Social e saúde pública. controle democrático. proteção social.

RAVAGNANI, Carmem Lúcia Cruz. **A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde:** direito garantido, não se compra, não se vende. 2013. 247 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2013.

RESUMEN

La presente tesis muestra las aprehensiones alcanzadas sobre el movimiento de resistencia a la privatización de la salud localizado en las preposiciones y acciones desarrolladas por la Frente Nacional Contra la Privatización de la Salud, creada en 2010. Su interfaz con el Servicio Social se generó por nosotros entender la relación existente entre las prácticas en defensa de la salud pública, universal y de calidad, con la transformación de las prácticas en salud, lo que coloca ese movimiento y la profesión como sujetos de defensa de ese derecho, con un papel fundamental para que esa política pública efective su carácter de concretización de derechos, específicamente la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS). La construcción de una metodología pautada en la revisión bibliográfica orientó las opciones teóricas, siendo acompañada de la pesquisa de subsidios legales, documentos emitidos por órganos gubernamentales, y la pesquisa vía internet, identificando y reuniendo datos como una combinación necesaria al tratamiento calificativo del estudio. El primer capítulo informa la política de salud como conquista constitucional, siendo problematizada las condiciones impuestas a la seguridad social en el contexto después de 1988. Y presenta los denominados nuevos modelos de gestión propuestos a partir de los años 1990, como expresión de la continuidad histórica del proceso de privatización de la salud. Se encuentran en el segundo capítulo la presentación de las condiciones contemporáneas de la protección social a partir de la programática neoliberal, así como la participación y control social ejercidos en el ámbito institucional por medio de los consejos de políticas públicas. La comprensión sobre los embates trabados por la Frente Nacional Contra la Privatización de la Salud se encuentra en tercer capítulo, donde analizamos el movimiento de resistencia a la privatización de la salud pública en el país, concretizando en la contemporaneidad, el control democrático fuera del Movimiento de la Reforma Sanitaria de los años 1980. Finalizamos trabando un debate sobre esas aprehensiones en el Servicio Social, presentadas en el cuarto capítulo de la tesis. El trabajo del asistente social tiene definición en la tensión entre el proyecto de formación construido por la categoría y por el proyecto de formación estructurado a partir del predominio de los intereses del mercado y del sistema del capital. En el área de la salud, la inserción profesional debe ser balizada aún por el proyecto de la Reforma Sanitaria, en el contexto de los cambios en la formación profesional que incluyan la enseñanza de la salud.

Palabras-clave: privatización de la salud. Frente Nacional Contra la Privatización de la Salud. Servicio Social y salud pública. control democrático. protección social.

RAVAGNANI, Carmem Lúcia Cruz. **A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde:** direito garantido, não se compra, não se vende. 2013. 247 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2013.

RIASSUNTO

La presente tesi porta sequestri ha raggiunto circa il movimento di resistenza ala privatizzazione dela salute situata nelle proposizioni e l'azioni intrapresse dal Fronte Nazionale contro la Privatizzazione della Salute, fondata nell'anno di 2010. La sua interfaccia con il servizio sociale ha dato se stesso per noi per capire il rapporto tra le pratiche in difesa della sanità pubblica, universale e di qualità, con la trasformazione delle pratiche in materia di salute, che pone questo movimento e la professione come soggetti di difesa di questo diritto, con il ruolo fondamentale che efetive la política pubblica il suo personaggio di realizzazione dei diritti, in particolare il consolidamento del Sistema Sanitario Unificato (SUS). La costruzione di una metodologia basata nella rassegna bibliográfica ha duidato le scelte teoriche, accompagnate dalla ricerca sussidi legali, documenti emessi dell'agenzie governative, e la ricerca via internet, raccogliendo dati e identificato come uno studio qualitativo nella combinazione del trattamento necessario. Il primo capitolo informa la politica sanitaria come raggiungimento costituzionale, essendo problematizzata le condizioni imposte sulla sicurezza nel post 1988. E presenta i cosiddetti nuovi modelli di gestione proposti dagl'anni 90, come espressione della continuità storica del processo di privatizzazione in salute. Sono nel secondo capitolo la presentazione delle condizioni contemporanee di protezonesociale dal programa neoliberista, così come la partecipazione e il controllo sociale esercitato nel quadro istituzionali attraverso i consigli di politiche pubbliche. La comprensione dei conflitti da parte del Fronte Nazionale Contro la Privatizzazione della Salute situati nel terzo capitolo, dove abbiamo analizzato il movimento di resistenza contro la privatizzazione della sanità pubblica nel paese, in attuazione del contemporáneo controllo democratico al di fuori dell'apparato istituzionale, salvando la proposta il movimento di riforma sanitaria degl'anni 80. Abbiamo finito di condurre un dibattito su queste crisi in Servizio Sociale, presentati nel quarto capitolo della tesi. Il lavoro dell'assistentesociale si definisce nella tensione tra il progetto di formazione costruita per la categoria e il progetto formativo strutturato dal predominio degl'interessi del mercato e dello sistema sociale. Nel campo della salute, l'inserimento professionale dovrebbe essere battezzato anche da disegno di riforma sanitaria nel contesto dei cambiamenti nella formazione che include l'insegnamento della salute.

Parole chiave: la privatizzazione della sanità. Fronte Nazionale contro la Privatizzazione della Salute. Servizio Sociale e la salute pubblica. controllo democratico. protezione sociale.

LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFAR	Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico
ABENFISIO	Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia
ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABEP	Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ADIn	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ALEP	Assembleia Legislativa do Estado do Paraná
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde
ANDES-SN	Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANFIP	Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil
ASFOC-SN	Sindicato dos Trabalhadores da FIOCRUZ
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BRIC	Brasil, Rússia, Índia e China
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CESTEH	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde da FIOCRUZ
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGU	Controladoria Geral da União
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMP	Central de Movimentos Populares

CNE	Conselho Nacional de Educação
CNGTES	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRHs	Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação UO Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos, de Natureza Financeira
CSP-CONLUTAS	Central Sindical e Popular
CSS	Contribuição Social para a Saúde
CTB	Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DLSP	Dívida Líquida do Setor Público
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EaD	Educação à Distância
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ENESSO	Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EPS	Educação Permanente em Saúde
EU	União Europeia
EUA	Estados Unidos da América
FASUBRA	Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FENASPS	Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social

FENTAS	Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde
FSE	Fundo Social de Emergência
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
HUFs	Hospitais Universitários Federais
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IED	Investimentos Externos Diretos
IMESF	Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPF	Ministério Público Federal
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
MTST	Movimento dos Trabalhadores Sem Teto
OCDE	Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSs	Organizações Sociais
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento

PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCCS	Planos de Cargos, Carreiras e Salários
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PIB	Produto Interno Bruto
PLS	Projeto de Lei do Senado
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNE	Política Nacional de Estágio
PSF	Programa Saúde da Família
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PSTU	Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado
PT	Partido dos Trabalhadores
QUAVISSS	Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Qualidade de Vida e Relações de Trabalho
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
REME	Renovação Médica
RENETO	Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RJU	Regime Jurídico Único
RPA	Recibo de Pagamento a Autônomo
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SBFa	Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINDSEP	Sindicato dos Trabalhadores na Administração Pública e Autarquias no Município de São Paulo
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SSPE	Solicitação de Serviço de Pessoa Externa
STF	Supremo Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

UAB	Universidade Aberta do Brasil
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFAs	Unidades de Formação Acadêmica
UFBa	Universidade Federal da Bahia
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFRG	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UnB	Universidade de Brasília
UNESP	Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho”
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 PROTEÇÃO SOCIAL E A SAÚDE NO BRASIL	28
1.1 Saúde e seguridade social pública: democratização e construção de valores coletivos	28
1.2 A privatização em curso: o SUS não consolidado e o debate sobre os novos modelos de gestão	46
CAPÍTULO 2 POLÍTICAS SOCIAIS, SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	68
2.1 O direito à saúde e as novas modalidades de proteção social: estratégia de contra-reforma e mudanças na forma de satisfazer necessidades sociais	68
2.2 Participação e controle social: os conselhos como estratégia	92
2.2.1 Participação e enfrentamento coletivo na defesa de direitos	92
2.2.2 Os conselhos e a efetivação dos espaços e mecanismos de controle social.....	106
CAPÍTULO 3 A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE: o movimento em defesa do SUS público, estatal e de qualidade	116
3.1 Mudanças sociais e nas políticas, e o surgimento da Frente	116
3.2 O que defendemos! O eixo da gestão e financiamento, as ações no âmbito jurídico e do parlamento.....	126
3.3 A articulação da Frente: abrangência nacional	132
3.4 Modelo de atenção à saúde e a garantia dos princípios do SUS	134
3.5 Ações articuladas e o eixo do trabalho na saúde	136
3.6 Defesa do SUS: autonomia e independência no eixo da efetivação do controle social	139
3.7 Saúde e determinação social	143
3.8 A saúde está nas ruas e o movimento político da Frente está na história..	148

CAPÍTULO 4 SERVIÇO SOCIAL: FORMAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE	166
4.1 Serviço Social: o Projeto Ético-Político da profissão e a formação profissional comprometida com as demandas democráticas.....	166
4.2 A atuação do assistente social na saúde	190
4.3 Serviço Social e o ensino da política de saúde.....	206
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 222
 REFERÊNCIAS.....	 230

INTRODUÇÃO

As expressões resultantes do processo de privatização da “coisa pública” no país são visíveis e perceptíveis no cotidiano dos serviços públicos, na imprensa em suas diferentes modalidades e também diferentes propostas, em qualquer espaço da sociabilidade presente.

Não por acaso, diferentes concepções do que venha a ser o público e o privado, fundamentam as justificativas que ora defendem e procuram fortalecer o público, ora afirmam a alternativa privada em resposta à ineficiência e ineficácia do setor público para atender às necessidades prementes da população usuária desses serviços, população essa cotidianamente desapropriada materialmente e na possibilidade de inserir-se de maneira ativa e informada na vida como sujeito social. Situa-se aí como um desafio a opção de enveredar pelos caminhos que permitam compreender esse processo, que não é recente na nossa história, mas que conta, porém, com “justificadores”, numéricos ou não, em geral retratando fatos reais da condição de vida da maioria da população, e re-significando a noção de direitos, de participação, de justiça e de política pública, entre outros componentes essenciais à concepção e efetivação da democracia.

Existe uma invasão de empresas de comunicação que adentram instituições hospitalares e outros serviços de saúde retratando de maneira antiética o sofrimento das pessoas, supostamente questionando a banalização e a naturalização da pobreza e da desigualdade, com a pretensão de denunciá-las. O que não tem limite na área da saúde se pensarmos no projeto de urbanização por periferização, excludente e que, a cada temporada de chuvas, intempéries e outros fenômenos, tais empresas se ocupam novamente da desgraça e da tragédia da vida humana. Como as chuvas, a ação dos governos, da solidariedade inscrita na sociedade civil e da imprensa, são temporais, sem efetividade para a mudança. Têm sua ação enraizada no âmbito do curativo e não no preventivo, que se fosse opção, implicaria numa mudança de rota no desenvolvimento econômico, político, social e cultural, passaria por alterações estruturais. O que não significa que a existência concreta da população não deva não deva ser noticiada e amplamente debatida, provocando reflexão e mudança nas condições e possibilidade reais de vida para amplo segmento populacional.

O atendimento às demandas da acumulação na ordem vigente imprime intensas mudanças na realidade brasileira a partir dos anos 1990, procedendo-se uma efetiva reorganização no aparato do Estado que tem expressões deletérias no âmbito dos direitos constitucionalmente garantidos em 1988. No campo da saúde, e sem privilégio para essa política pública, o conjunto de medidas que se sucederam formalizaram mudanças que permitem afirmar a não consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tal qual instituído legalmente, uma conquista das lutas sociais nos anos 1980 que teve como sujeito coletivo o Movimento da Reforma Sanitária.

Os ditames neoliberais no mundo contemporâneo expressam-se, dentre outros mecanismos acionados para o alcance de seus objetivos, no predomínio do capital sobre as demandas do trabalho, observando-se a restrição da presença do Estado na garantia de condições dignas de produção e reprodução da vida em sociedade, e o aumento de sua participação no atendimento às demandas do capital. O que se observa é o crescimento da miséria, o aumento e aprofundamento das formas de violência, frutos de uma sociabilidade organizada a partir da apropriação privada da riqueza, produzida pela via da socialização dos custos e dos prejuízos.

Significa à grande maioria da população, entre outros, o desemprego ou a inserção em formas precárias e degradantes de trabalho, péssimas condições de moradia e alimentação, o adoecimento, a impossibilidade de satisfação de suas necessidades humanas. O atendimento às suas demandas e necessidades se dá pelo acesso a focalizadas e deterioradas políticas sociais, quando acessadas, deparando-se com profissionais e trabalhadores que, como outros segmentos sociais, não raro, responsabilizam a população pela sua condição de pobreza e miséria.

Na saúde, isso se apresenta em políticas focalizadas e reducionistas, na retenção e reorientação da aplicação dos recursos da seguridade social na esfera financeira, enfim, na lógica privatizante que compromete o acesso e a efetiva universalização, a integralidade da atenção e a qualidade dos serviços prestados por trabalhadores em precárias e flexibilizadas condições de trabalho. Esse quadro interpela a todos os defensores do SUS, concebido em contexto mais amplo de adequadas condições de vida e trabalho para todos, a um firme posicionamento quanto às conseqüências da proposta em curso.

No processo de implementação do SUS, entende-se que a alocação dos recursos da saúde na rede privada ocorre inicialmente por meio dos convênios/compra de serviços privados, uma vez que é legalmente prevista a participação complementar do setor privado no seu funcionamento; tal complementaridade é problematizada nesse estudo.

Mas por outro lado, entre as propostas implementadas pelos governos a partir dos anos 1990, situam-se os denominados novos modelos de gestão por meio dos quais se procede a transferência não apenas da gestão do SUS. São materializados na criação das Organizações Sociais (OSs), das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Os atos normativos e decisões governamentais que instituem tais alterações na forma de prestação de serviços essenciais à população como a saúde, têm se efetivado mediante constante desrespeito às decisões das instâncias colegiadas de participação e controle social, instituídas também constitucionalmente, como os conselhos e as conferências de políticas públicas.

A inquietação com a temática ou o fenômeno da privatização da saúde enquanto possibilidade de pesquisa movimentou-se pelas apreensões dessa realidade que indica tanto a possibilidade de efetivação do SUS quanto os limites colocados pelo Estado neoliberal. Tais apreensões têm origem na experiência profissional em relação à política de saúde como assistente social dessa política pública e como docente desse conteúdo no curso de Serviço Social no interior do Estado de São Paulo; e pela participação em grupo de estudo e pesquisa dessa área, o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Qualidade de Vida e Relações de Trabalho (QUAVISSS - UNESP/CNPq). Nossos estudos e pesquisas voltados para apreender o campo da formação profissional beneficiam-se do aporte acessado pelo nosso ingresso no Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Formação Profissional em Serviço Social – GEFORMSS (UNESP).

Ao longo dessa trajetória e dos necessários estudos realizados, percebe-se que a construção da ideia que afirma a necessidade do setor privado para o atendimento das necessidades humanas encontra terreno favorável quando uma gama muito grande de necessidades básicas, historicamente, não tem lugar garantido na esfera das opções e decisões macroeconômicas governamentais. Dessa maneira, visualiza-se uma aceitação, um consenso e um consentimento

ideologicamente forjados, em meio à falta de opções, da proposta privatizante que responda com recursos públicos às necessidades do público usuário. Ao tempo que a condição dos trabalhadores dessa política tem alcançado, em nível nacional, patamares alarmantes de precarização. Consideramos, nessa concepção, que a existência humana tem como um primeiro pressuposto, segundo Marx e Engels, em (2012, p. 139)—[...] que os homens têm de estar em condições de viver para poder ‘fazer história’. Mas, para viver, precisa-se antes de tudo, de comida, bebida, moradia, vestimenta e algumas coisas mais.”

Vale lembrar, que o domínio dos meios de produção por uma classe está expresso entre outras coisas, segundo Marx e Engels (2012, p. 156), no domínio das ideias e da consciência do seu tempo, [...] e, por conseguinte, que suas ideias são as ideias dominantes da época.” Trata-se do domínio *material* e *espiritual* em que ocorre o domínio como pensadores e produtores das ideias distribuídas num dado tempo. Nesse sentido, as ideias dominantes ou a ideologia dominante

[...] não são nada mais que a expressão ideal das relações materiais dominantes, são as relações materiais dominantes apreendidas como ideias; portanto são a expressão das relações que fazem de uma classe a classe dominante, são as ideias de sua dominação. (MARX; ENGELS, 2012, p. 156).

Dessa maneira, a retomada do ideário da Reforma Sanitária Brasileira de que saúde não é mercadoria concretiza-se, na atualidade, com a criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde em 2010 como um movimento contra-hegemônico, constituída por vários segmentos e movimentos sociais em torno da defesa do SUS no contexto mais amplo de luta por melhores condições de vida e trabalho, ou seja, por meio de outra sociabilidade.

A questão que nos propomos estudar, delimitando nosso objeto de estudo, é o movimento de resistência à privatização como elemento fundamental para que a política social efetive seu caráter de concretização de direitos, e aqui especificamente, de consolidação do SUS, contribuindo para que realmente as pessoas possam viver mais e melhor. O período que compreende a elaboração da proposta inicial de pesquisa ao momento do Exame Geral de Qualificação, fase constituinte dos programas *stricto sensu*, possibilitou, por meio das leituras e reflexões inerentes a esse processo, melhor situar a relação composta por movimentos de resistência e pela política social, no que diz respeito à

desigualdade e à pobreza na ordem capitalista. Tal como a reafirmação da opção que vinha se definindo pelo estudo bibliográfico como o caminho pelo qual buscaríamos compreender as ações e mobilização social orientadas para o alcance da saúde pública universal e integral tal como prevista no projeto da Reforma Sanitária. Na pesquisa bibliográfica, a partir da delimitação do objeto, ocorre a procura do conhecimento [e] a partir da busca de informações advindas de material gráfico, sonoro e informatizado [e] se realiza comumente em três fases: identificação, localização e reunião sistemática dos materiais ou dos fatos.” (BARROS; LEHFELD, 2002, p. 34). A construção de uma metodologia pautada na revisão bibliográfica orientou as escolhas teóricas e dos autores que pudessem conduzir a tal compreensão visando alcançar a reflexão acerca das relações que, historicamente determinadas, encontram-se na sua base.

Nesse percurso, o estudo bibliográfico de autores foi acompanhado da pesquisa de subsídios legais, documentos emitidos por órgãos governamentais, identificando e reunindo dados como uma combinação necessária ao tratamento das condições concretas em que se dá a oposição e a resistência ao desmonte dos direitos constitucionalmente garantidos, a partir das ações governamentais que orientam a privatização da saúde. Para a obtenção de informações que permitissem a construção do conhecimento acerca das ações da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, adotamos como fonte a pesquisa via internet, uma vez que tal recurso se localiza entre as estratégias e mecanismos de divulgação e articulação da própria Frente e dos Fóruns de saúde existentes. Portanto, caracterizando papel decisivo para o alcance do conhecimento, concepções e ações da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

A realidade da saúde, ou da sua ausência, está muito perto e também distante, tem expressões nacionais. Durante o percurso desse estudo, conhecer o significado do movimento de resistência à privatização da saúde implicou em novos questionamentos, que até então não tinham comparecido, e novas respostas à dimensão prática-política do movimento de resistência na realidade social. Essa opção considerou e avaliou impedimentos, no contexto da elaboração desse estudo, para organizá-lo tendo a pesquisa de campo no seu interior.

Nesse sentido, Barros e Lehfeld (2002, p. 13), que explicam a construção do conhecimento não apenas para o alcance da solução de problemas, mas também movida pelo desejo de respostas aos questionamentos do pesquisador, afirmam

que —“da resposta dada a um questionamento estimula outras dúvidas que podem se tornar proposições novas para a pesquisa.” Pressupúnhamos, contudo, desde os estudos iniciais que o movimento contemporâneo de defesa e fortalecimento do SUS materializa uma articulação democrática que tem conseguido impor limites à privatização na órbita das políticas sociais.

Iniciando por uma visão histórico-processual e crítica da realidade social, procuramos trazer no primeiro capítulo o caminho que informa a política de saúde no país que, no processo de redemocratização consegue inserí-la como direito universal e como dever do Estado na Constituição Federal vigente. Problematicam-se nesse momento do estudo as condições impostas à seguridade social, avanços e limites estruturais no contexto pós 1988. Questionamentos como —“que temos?”, —“e o que não temos?”, —“o que queremos e o que precisamos?” indicaram a possibilidade de acionar o recurso histórico, ainda que não aprofundado, colocando, portanto, discussões básicas acerca da saúde como direito universal.

A privatização, traço histórico na realidade brasileira e, especificamente na saúde, é estudada na segunda parte desse capítulo, que traz os chamados novos modelos de gestão a partir dos anos 1990, recorrendo a autores que permitem clarear o significado dessas violentas e antidemocráticas modalidades de gestão.

Elegemos para a formulação do nosso segundo capítulo a identificação da configuração dessas políticas a partir das proposições e imposições neoliberais, balizados por nosso ponto de partida, a resistência aos ditames privatistas, e considerando o solo maior em que se situa a política social. As suas possibilidades e alcance são demarcados no cenário de mais uma crise no sistema de produção capital que se manifesta a partir dos anos 2008 e 2009. Com esses elementos organizamos, nesse capítulo, a composição da primeira seção.

Como sinalizado anteriormente, o surgimento de novos questionamentos e relações a serem estabelecidas com o objeto estudado, em meio a tantas contradições, conflitos e impedimentos à efetiva inserção da política social como forma de reduzir desigualdades, avaliou-se como relevante dialogar com uma das possibilidades de enfrentar, no cotidiano, o uso do fundo público para fins distantes das necessidades daqueles que o formam, ou seja, o público desapropriado e desassistido. Procuramos, na segunda parte do capítulo em questão, a partir dos elementos que situam as condições contemporâneas da proteção social, demarcar o lugar ocupado, entre outros, pelos conselhos de políticas públicas. Sua

instituição passa, como apresentado nesse estudo, da condição de proibição à de obrigatoriedade no período pós-conquistas democráticas no país.

Para além das condições objetivas de vida cotidiana, as relações sociais estão permeadas por individualismos e desorganização das instâncias e espaços de debate e enfrentamento coletivo. Trata-se de relações determinadas por forte apelo ideológico à busca individual por “realização”, “sucesso” pessoal e profissional, ao uso da criatividade, ao empreendedorismo, e à geração de renda, que vem substituindo a geração de trabalho e emprego. Cooptação e a fragilização dos espaços de controle social marcam a história recente da participação social.

Nosso objetivo, nesse segundo capítulo, é dar visibilidade às mudanças contemporâneas que fortalecem as modalidades de proteção social estruturadas a partir da reorientação da política social, privilegiando-se a compreensão das modalidades que indicam o atendimento das necessidades humanas e sociais no âmbito da sociedade civil “autonomizada” do mercado, do setor público, ou seja, a partir do exercício de funções, antes estatais, deslocadas para a órbita fragmentária de setores, desconectada dos determinantes políticos e econômicos.

Eleger os conselhos como forma de participação a ser estudada não expressa, contudo, que não reconheçamos a importância e o imperativo de outras formas de participação e organização social no contexto dos movimentos sociais que possam interferir na deliberação das políticas públicas, e dessa maneira, no uso e destinação do fundo público. As apreensões alcançadas confirmam e indicam a necessária construção de espaços democráticos e participativos, o que pressupõe o fortalecimento das políticas públicas como espaços de exercício efetivo do direito, de socialização do poder político, tendo como horizonte a igualdade.

O entendimento da descentralização política e da instituição da participação social em moldes funcionais ao predomínio das desigualdades sociais facilita a compreensão acerca dos embates travados pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Dessa maneira, buscamos no terceiro capítulo, analisar o movimento de resistência à privatização da saúde pública no Brasil, especificamente, o conjunto das ações implementadas pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde em articulação com os diversos Fóruns municipais e estaduais.

Em âmbito nacional, a Frente tem expressado a possibilidade de denúncia e construção, coletiva e articulada, de alternativas ao processo de privatização da saúde no país. Dessa maneira, é objetivo desse capítulo trazer a aproximação estabelecida com essa possibilidade da participação social que se concretiza na contemporaneidade, alinhada e fundamentada na defesa dos interesses coletivos, resgatando a proposta do Movimento da Reforma Sanitária.

A recusa crítica desse Movimento na transição dos anos de 1970 para 1980 coincide com a crise da ditadura militar, exercida no Brasil a partir de 1964, operando a serviço do grande capital e que enfrenta a resistência de setores descontentes da burguesia e a reinserção da classe operária na segunda metade da década de 1970. Toma evidência as tão reprimidas demandas democráticas e populares, a mobilização de trabalhadores urbanos e rurais, a organização dos mesmos, a sindicalização combativa e a participação de setores progressistas da sociedade civil. As transformações sociais e políticas aí requisitadas são, em grande parte, impressas na chamada Constituição Cidadã de 1988.

A Reforma Sanitária é partícipe nesse movimento que traz à tona a crise do regime ditatorial, das lutas abertas da resistência democrática em que aspirações até então reprimidas e movimentos atomizados são catalisados na criação de condições para diferentes projeções societárias, articulando nesse projeto a luta pela saúde e pela democracia a um projeto societário com perspectiva anticapitalista.

O processo reflexivo, a partir do acesso às informações acerca das proposições, estratégias e as ações da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, o seu estudo e sistematização, fundamentaram a estruturação desse capítulo: optamos por organizar a apresentação e análise das ações que identificamos, tendo como referência a própria *Agenda para a saúde*, elaborada pela Frente e organizada em forma de eixos. A localização das suas articuladas ações aí referenciadas constituiu a principal fonte do entendimento alcançado, permitiu que pudéssemos compreender da forma como aqui se apresenta, como é o cotidiano das lutas travadas pela Frente contra a privatização da saúde. Orientando-nos por uma abordagem qualitativa do conteúdo acessado durante a pesquisa, a constituição do capítulo privilegia o registro dos aspectos que expressam suas concepções e posturas que, em suma, alinhavam a defesa do SUS no enfrentamento à sua privatização. Adotamos o tratamento qualitativo dos

dados e conteúdos obtidos, uma vez que essa abordagem, segundo Minayo (1994, p. 21-22), se preocupa com o aspecto da realidade não passível de ser quantificado, trabalhando com [...] o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes [...].”

Continuando a apresentação dos procedimentos metodológicos que estiveram presentes nesse estudo, informamos nossa compreensão de que a pesquisa, enquanto uma das formas de se produzir e desenvolver o conhecimento, carrega consigo a possibilidade de clarificar as expressões cotidianas do real, permitindo uma inserção qualificada das próprias políticas públicas no cumprimento de propósitos coletivos, o que diz respeito, dentre as diversas profissões, ao Serviço Social. Considera-se que o posicionamento pela efetivação e realização dos direitos e interesses coletivos da maioria da população impõe não perder de vista ser esta maioria produtora da riqueza social, impedida de usufruir e apropriar-se da mesma. Trata-se da defesa de direitos de trabalhadores que, sem a perspectiva de emprego protegido, resistem à naturalização de relações injustas numa sociedade que impossibilita um lugar prioritário para o humano em relação aos interesses do capital, que suga sua renda e seu trabalho. São Trabalhadores/as que não aceitam que sonhos e desejos sejam violados. Trabalhadores/as que sustentam o patrão e o país. Mas aos seus filhos, às vezes, não consegue dar o pão.” (CFESS, 2010a, p. 2).

Vale ressaltar que o nosso estudo esteve pautado nas categorias participação e autonomia sendo, a partir delas, realizadas buscas teóricas que iluminassem a reflexão e o conhecimento acerca das indagações advindas da (não) implementação e consolidação do SUS, do movimento que compõe resistência à sua privatização, a apropriação e inserção do Serviço Social nesse processo. Partimos para pensar o direito à saúde pública, universal e de qualidade em uma dada atualidade, que comporta as investidas do projeto liberal e suprime direitos sob o manto do Estado Democrático de Direito. Entendemos, a partir de Marx (2012b), a necessidade da crítica do —efetivamente real” para que a —for viva rebente”. A perda de ilusões e o recobrar a razão para que o homem se mova em torno do próprio homem estão colocados na relação em que —A exigência de renunciar às ilusões sobre sua condição é a exigência de renunciar a uma condição que demanda ilusões.” (MARX, 2012b, p. 76).

Essas considerações estiveram presentes também na constituição do quarto capítulo do estudo localizando-se, no mesmo, a nossa proposta de procurar alinhar, no âmbito da profissão, as determinações mais amplas e que, cotidianamente, se fazem presentes na árdua tarefa da defesa de direitos em tempos de sua desconstrução. As ponderações foram organizadas tendo como parâmetro a especificidade do trabalho na área da saúde, e suas imbricações com o projeto e a formação profissional.

Para Minayo (2004), a realidade social é mais rica que qualquer teoria ou pensamento que possamos ter sobre ela, tendo em vista a provisoriedade e o constante dinamismo de tudo, instituições, leis, visões de mundo. Considera o aspecto qualitativo uma característica básica do objeto de qualquer investigação social das ciências sociais, o que implica considerá-lo em permanente transformação, portanto, inacabado, complexo e contraditório, passível de mudança e situados numa conjuntura de espaço e tempo determinados.

Dessa maneira, para o alcance de seus objetivos é imprescindível ao pesquisador o aporte de uma teoria que oriente seu percurso, que para Marx é a-[...] *reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa*: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa.” (apud PAULO NETTO, 2009, p. 673, grifo do autor).

Significa então dizer que o método apresentado na perspectiva crítica indica que o pesquisador se debruce sobre todas as facetas de seu objeto buscando identificar o que está por trás da aparência, para chegar à sua essência, à natureza do objeto, à sua totalidade, por meio de sucessivas aproximações já que a totalidade traz consigo as diferenças dentro da unidade, a complexidade de vários complexos. Trata-se da descoberta de novas possibilidades e de novas determinações do que antes aparece aos olhos como sendo o real.

Dessa forma, orienta esse processo investigativo a concepção da pesquisa enquanto indagação e descoberta da realidade, —[...] uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.” (MINAYO, 2004, p. 23). Para conhecer e compreender o processo de destituição de direitos por meio da privatização da política de saúde adota-se uma postura teórico-metodológica que, na abordagem do real privilegie as necessárias conexões com os determinantes sociais, políticos e econômicos, enfim, com as relações de produção e reprodução da vida na sociedade capitalista

contemporânea. Tal processo implica em aproximar-se às diversas partes que constituem esse todo, identificando o que lhe dá sustentação.

Pesquisar as condições concretas em que ocorre a privatização dessa política pública e a possibilidade de resistência implica num processo exploratório em busca de antecedentes, e elementos necessários para melhor delimitação da pesquisa (TRIVINÕS, 1987). Parte-se para uma compreensão da construção da política de saúde no país, como processo sócio-histórico, e a constituição desta enquanto direito universal e igualitário, as contradições e lutas sociais presentes, a dimensão política e socializante que norteia esse direito. Na perspectiva de totalidade pretendida, faz-se necessário estabelecer as conexões, ainda que brevemente, de tal processo com os fatores e determinantes, e oriundos da inserção do país na dinâmica de hegemonia do capital.

Nesse sentido, é imprescindível compreender, com a contribuição de estudiosos e pesquisadores, a influência e determinação de antecedentes que se situam para além das fronteiras nacionais, estabelecendo relações com a constituição de sistemas de proteção social nos países centrais do capitalismo no contexto próprio de sua evolução histórica. Trata-se da busca por elementos que permitam o descortinar explicativo dessa política social, as mudanças estruturais que têm significado a reestruturação do Estado, das políticas sociais em geral, do financiamento e provimento do bem-estar, enfim, a supressão de direitos.

Privilegia-se por esse caminho, reconstruir a compreensão da realidade objeto de estudo em suas determinações sócio-históricas, seu movimento, a concepção e condução atual da política de saúde. É a partir dessa aproximação à realidade concreta da política pública de saúde, dos processos que rumam pela sua desconstrução enquanto direito, e do movimento que reage a essa ofensiva, que se pretende estabelecer a localização do Serviço Social, enquanto profissão e pelo conhecimento científico construído a respeito, como sujeito que pode situar-se (ou não) na contracorrente da violação de direitos. A efetivação do direito à saúde, pública, universal e de qualidade, a garantia e ampliação de direitos, ou o seu contrário, impactam profundamente as condições de vida e saúde de imensa parcela da população, usuária desses serviços que têm nos seus quadros funcionais, expressiva inserção dos assistentes sociais, participantes dos processos de conquistas históricas desses direitos e atuando na contradição entre

igualdade de oportunidades e igualdade de condições por meio das políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Nesse percurso de busca do conhecimento da realidade objeto de estudo, procuramos nos aliar à postura que, segundo Triviños (1987), considera a *contemplação viva* do fenômeno em sua qualidade geral, incluindo, entre outros, materiais, informações, dispositivos legais, e fundamentalmente observações; a *análise do fenômeno*, procedendo a uma penetração na sua dimensão abstrata, em suas relações sócio-históricas, observando seus elementos e suas partes, no tempo e no espaço; e a *realidade concreta do fenômeno*, estabelecendo seus aspectos essenciais, seu conteúdo, forma e fundamento, o que nele tem de singular e geral.

A observação e a aproximação ao objeto, que se constitui como um processo em movimento são assimiladas, no exercício da pesquisa, como orientação metodológica, ao tempo que se reconhece com clareza as dificuldades que se colocam por essa condição própria do objeto, a amplitude e complexidade que o envolvem, a vasta gama de possibilidades e determinações em jogo no movimento da história.

Propomos com a tese, ora apresentada, uma reflexão acerca da participação social de sujeitos políticos e coletivos como possibilidade de interferir nas políticas públicas, de definir os rumos e a gestão da coisa pública no sentido dos envolvidos e implicados no rol das decisões que devem ser necessariamente coletivizadas. Nossas formulações, preliminares e provisórias, não desconsideram o amadurecimento como pertinente nesse trajeto de suscitar o debate e contribuir na elucidação do desenho da participação e do controle democrático na atualidade. Para tanto, é imperioso o não distanciamento do argumento histórico em que se processam as decisões, revolver as imbricações entre o público e o privado, este último que vem conferindo à saúde a condição de mercadoria, legitimando-se pelo sucateamento da rede pública. O recurso à história, e com certo abuso, situou-se na tentativa de que um pano de fundo permitisse a compreensão daquilo que no presente se delineia como novo, como a alternativa, e que, como real apreendido, faz compreender que do novo, pouco tem.

CAPÍTULO 1 PROTEÇÃO SOCIAL E A SAÚDE NO BRASIL

A privatização da política de saúde é um processo que se repete na história do país e que mais uma vez encontra resistência à sua implantação. Instituída legalmente como direito de todos e dever do Estado há precisamente vinte e cinco anos, a saúde tem antecedentes que retratam a politização dessa questão, a mobilização e a organização de sujeitos coletivos comprometidos com princípios democráticos e emancipatórios para o conjunto da sociedade.

Optando por uma visão histórico-processual da constituição desse direito, problematizamos os limites impostos à consolidação da seguridade social legalmente garantida, mesmo que formulada numa lógica mista entre o seguro e a universalidade no movimento de redemocratização do país. A partir da retomada desses elementos discute-se a contra-reforma em curso, localizando a privatização da saúde, que é estudada com ênfase nos denominados novos modelos de gestão, propostos pelos governos a partir dos anos 1990.

1.1 Saúde e seguridade social pública: democratização e construção de valores coletivos

A história recente da saúde pública no país, que registra movimentos de avanços e retrocessos, de conquistas e dificuldades para a efetivação das mesmas, insere-se em contexto relacionado a fatos e movimentos históricos de alcance para além dessa realidade. É parte constituinte de uma engrenagem que se movimenta impulsionada por fatores econômicos, políticos, sociais e com a participação dos sujeitos nos seus diversos tempos.

A caracterização política e econômica do período pós conquistas democráticas é marcada pelo que Bravo (2000) chama de giro conservador para o neoliberalismo. Paulo Netto (2004), que partilha da possibilidade de uma profunda transformação do Estado brasileiro por meio dos processos ocorridos na transição democrática, afirma sobre a promessa acima

Não foi o que ocorreu: o grande capital e seus representantes políticos [...] revelou-se capaz de bloquear, no plano do Estado, a sua reforma democrática – com a eleição de Collor de Melo e, notadamente a partir de 1995, tendo por esfera decisiva o próprio Estado e com inteira sincronia ao movimento de reestruturação que, nos países centrais, já se operava

desde mais de uma década, o grande capital implementou a *contra-reforma* [...]. (PAULO NETTO, 2004, p. 77, grifo do autor).

No histórico atendimento às demandas do capital, as medidas de ajuste estrutural, orientadas por organismos financeiros internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, adotadas a partir da década de 1990, materializou-se dentre outras, na reestruturação do Estado, numa perspectiva neoliberal, o que significou a países como os da América Latina, o reforço da lógica do seguro social, a privatização e a focalização na órbita das políticas sociais.

Os ideais e argumentos neoliberais avançam em meio à crise capitalista do início dos anos 1970, período de estagnação, de reduzidos índices de crescimento e altas taxas de inflação, funcionando como um fermento para, nos países centrais do mundo capitalista [...] criticarem o “consenso” do pós-guerra que permitiu a expansão do Estado social e, em seu coração, a seguridade social.” (BOSCHETTI, 2008, p. 183), o que atinge duramente a seguridade social na América Latina com forte predominância de um mercado informal de trabalho. As mudanças implementadas mantêm um sistema público, modificando, porém, a abrangência e estrutura dos benefícios.

Como um componente intrínseco do processo de produção e reprodução capitalista, marca um período de esgotamento da perspectiva de regulação keynesiana das relações econômicas, políticas e sociais e do compromisso firmado entre grupos e classes sociais para gerar crescimento econômico, com impacto na estrutura das desigualdades sociais, o que só foi possível pelo estabelecimento de políticas sociais amplas e universais. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 125).

Essa formação societária capitalista organiza-se a partir da apropriação privada dos meios de produção e subsistência, assim como dos bens e da riqueza socialmente produzida, se apropria da força de trabalho transformando-a em mercadoria. É fundada na desigualdade delimitada pela concentração de renda, pelo acesso à propriedade e na exploração do trabalho comprometendo tipo e valor dos rendimentos, na concentração da terra e propõe-se enquanto única forma societária, única possibilidade histórica.

Dessa maneira, em contraposição aos 30 anos que se seguiram à Segunda Guerra Mundial, quando houve a expansão e universalização de políticas sociais e dos direitos relacionados ao trabalho, particularmente na realidade européia, inicia-

se o século XXI, numa reconfiguração desencadeada pela hegemonia neoliberal, com desemprego estrutural, precarização do trabalho e das relações.

Como consequência, tem-se o agravamento da desigualdade e a concentração da riqueza com a adoção de medidas orientadas para a redução dos gastos com políticas sociais, a ampliação dos programas de transferência de renda, tudo isso pautado em novas relações Estado/sociedade. Ocorre, num processo de mundialização do capital a mudança do papel do Estado, antes um ativo mediador na regulação das relações capitalistas.

Behring e Boschetti (2006) explicam a chamada resposta contundente do capital à queda das taxas de lucro dos anos 1970 que, com a ascensão dos neoliberais conservadores na Inglaterra e nos Estados Unidos nos anos 1980, desencadeiam políticas de completa desconexão entre aumento das taxas de lucro e crescimento, este medíocre.

Compõe essa reação burguesa a revolução tecnológica e organizacional na produção – a reestruturação produtiva – que significou desemprego crônico e estrutural e uma relação desfavorável aos trabalhadores na luta de classes; o processo de mundialização da economia com nova relação centro/periferia; e os ajustes neoliberais cujo novo perfil das políticas econômicas significa também novo padrão de relação do Estado com o cidadão.

Quais seriam então as expressões desses processos na realidade brasileira? Quais os antecedentes da conquista constitucional de 1988, particularmente na questão saúde? O desenho da política pública de saúde no Brasil apresenta algumas demarcações. Até o século XVIII, a filantropia e a prática liberal são características da assistência médica, estendendo-se por todo o século XX a polêmica sobre a saúde ser de interesse privado ou público.

Assim, no século XIX, os problemas de interesse da coletividade como o meio ambiente e controle de alimentos, as epidemias e a regulamentação da vida econômica, eram atribuições da saúde pública, sendo considerados de natureza privada a doença e o seu atendimento, este sendo responsabilidade de cada pessoa, família ou empresa.

Bravo (2006), que aborda o início da intervenção estatal na saúde no século XX, informa no início deste século, marcado pelo predomínio da economia cafeeira exportadora e pela emergência do trabalho assalariado, o surgimento da saúde como questão social.

A autora aponta medidas consideradas embrião do esquema previdenciário brasileiro, e a mais importante a criação da Lei Elói Chaves em 1923, que institui as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), tendo essas o financiamento tripartite: União, trabalhadores e empresas empregadoras. Eram organizadas por empresas, sendo o presidente das mesmas, indicado pelo presidente da República; havia a participação paritária dos empregadores e empregados na sua administração. A assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral foram os benefícios previstos, proporcionais às contribuições.

Destaque-se que as categorias de trabalhadores urbanos vinculadas ao complexo exportador como ferroviários, estivadores e marítimos, foram os mais combativos politicamente na organização dessas Caixas nas suas empresas até 1926, conseguindo os demais trabalhadores tal organização após 1930.

No período de 1930 a 1964, a política de saúde apresenta como pano de fundo o processo de industrialização, a urbanização acelerada ao lado do crescimento da massa trabalhadora em condições de saúde, higiene e habitação precárias. É quando se visualiza também o processo de surgimento das políticas sociais e de redefinição do papel do Estado com respostas às reivindicações dos trabalhadores, estes considerados sujeitos sociais importantes no quadro político nacional e na nova dinâmica de acumulação.

Tratava-se da estruturação de respostas sistemáticas e da criação de novos aparelhos que respondessem aos problemas de saúde e sociais em geral, transformados em questão política, com intervenção estatal.

A saúde apresenta-se então organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O primeiro, predominante até meados de 1960, cria para o setor urbano condições sanitárias mínimas, e em caráter restrito ao campo. Tem como principais alternativas adotadas, entre outras, a ênfase nas campanhas sanitárias, a criação de serviços de combate às endemias e a interiorização das ações para as áreas rurais.

Quanto ao subsetor da medicina previdenciária, que vem a sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966, surgiu na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) organizados por ramo de atividade e não mais por empresa, substituindo as CAPs. Os benefícios, estendidos a um

número maior de categorias de assalariados urbanos, situavam-se na proposta de antecipar as reivindicações destas categorias, mais que uma ampla prestação de serviços, orientando-se para o acúmulo de reservas financeiras.

Na legislação, demarcações iniciam a diferenciação entre previdência e assistência social. Ao final deste período, encontra-se consolidada a Política Nacional de Saúde que se esboçava desde 1930, com a permanência do quadro de elevadas taxas de morbidade e mortalidade, geral e infantil, e de doenças infecciosas e parasitárias. Contando já com uma estrutura privada de atendimento hospitalar pressionando para a privatização com financiamento estatal.

Já no período da ditadura militar, regime político instalado no país após 1964, a situação de saúde e demais problemas estruturais encontram-se aprofundados e mais complexos, e a intervenção estatal, com o objetivo de aliviar as tensões e aumentar a regulação sobre a sociedade, além garantir a acumulação do capital, engendra a ampliação, burocratização e modernização da política social. Como ocorrido com a unificação dos diversos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, fato este que significa ainda a exclusão e desmobilização dos trabalhadores do jogo político, uma vez que, não participando mais da gestão da previdência, ocupam apenas a função de financiadores.

O chamado processo de substituição das importações e de intensa internacionalização da economia brasileira, conduzido e incentivado pelo Estado, enfim, o aprofundamento das relações capitalistas é implementado pela ditadura militar por meio de uma modernização conservadora. Significa, no contexto de crise do capital, a vinda do capital estrangeiro processada pela burguesia local.

Cabe então localizar a proteção social, apreender como esta se configura nesse cenário. Registra-se um incremento da política social brasileira que, diante do aprofundamento da questão social, essa passa a ser enfrentada por meio do binômio repressão-assistência, buscando adesão e legitimidade para o sistema. A abertura de espaço para políticas privadas de saúde, educação e previdência, destinadas a quem pudesse pagar, é entendida como caracterizando um sistema dual, de maior aproximação ao restrito sistema norte-americano que ao *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar europeu.

Vianna define o processo de modernização implantado durante o autoritarismo pós 1964 como —americanização” da proteção social

A modernização efetuada pelos militares, intencionalmente ou não, fez, assim, um percurso inverso àquela conduzida por Vargas, também de modo autoritário. Sob o autoritarismo varguista, a política social serviu para incorporar, seletiva e hierarquizadamente, o mundo do trabalho organizado à cidadania, diferenciando-o do “resto” da população pobre; a ditadura recente disseminou direitos sociais entre os antes excluídos, mas nivelou esta cidadania social em patamares tão baixos que a estigmatizou, afastando do sistema público os trabalhadores formais e a imensa gama de novos segmentos médios assalariados – também criaturas do projeto modernizante. O autoritarismo pós-64, portanto, rompeu com a trajetória anterior, de natureza “alemã” [contributivo, de seguro social], e inaugurou um modelo americano de política social; [...].” (VIANNA, 2000, p. 151-152).

Particularizando aqui a questão da saúde, Oliveira e Teixeira (1989) caracterizam o período de 1966-1973, ditatorial, como de implantação do modelo de privilegiamento do produtor privado, a partir da articulação do Estado aos interesses do capital internacional, e da interferência estatal na previdência propiciando a lucratividade do setor saúde.

Tem como características a extensão da cobertura à quase totalidade da população urbana e rural; a ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento do interesse coletivo, público e preventivo; a criação de um complexo médico-industrial elevando as taxas de acumulação de capital dos grandes monopólios internacionais, as indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; propicia a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços. Uma quinta característica refere-se à organização da prática médica compatível com o desenvolvimento do capitalismo no país, procedendo a uma diferenciação da clientela, e em consequência, ao acesso aos serviços médicos.

Significa um modelo de assistência médica previdenciária que, financiada pelos trabalhadores e gerida pelo Estado, tem uma prática que, “[...] orientada por valores tais como lucratividade e controle da força de trabalho, distancia-se cada vez mais de um modelo ético da medicina que visa a melhoria das condições de saúde da população.” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p. 233–234).

No período conhecido como distensão política, que vai de 1974 a 1979, de marcada modificação da relação do Estado com a sociedade, a fim de se garantir a legitimidade da dominação e hegemonia, não consolidada ao longo de dez anos, tensões e reformas caracterizam a política nacional de saúde, permanecendo, contudo, o predomínio do modelo implantado.

A transição para a democracia inicia-se a partir de 1974 quando se visualiza o esgotamento desse projeto tanto por limites internos quanto externos, o fluxo de capitais por razões localizadas na economia internacional. A realidade que se tem nos anos 1980, presente não só no Brasil, mas na América Latina, é de crise econômica, desemprego e, por conseguinte, de aumento da demanda, e o não atendimento pelos serviços sociais públicos.

Essa conjuntura é definida como de exacerbação de características preexistentes, [...] quando a estagnação chega à periferia, fazendo cair os índices de crescimento, deslegitimando os governos militares dando fôlego às transições democráticas, tendo sua maior expressão o endividamento.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 139). No que se refere ao tempo histórico, esse processo é definido pelas autoras como de aparente falta de sincronia com os processos internacionais, porém, na realidade, sempre conectado à dinâmica externa.

Interferem então na agenda e no jogo político dos anos 1980 a presença e ação do movimento operário, popular e sindical, partidos políticos e movimentos sociais, que, também definida como década perdida do ponto de vista econômico, é marcada pela retomada do Estado democrático de direito¹ expressando a chamada Constituição Cidadã de 1988 avanços nos direitos humanos, políticos e sociais, com destaque para a seguridade social.

A política de saúde brasileira, pública e universal, registra a mobilização e participação social no processo de sua construção, onde, na década de 1970, a sociedade, retomando a discussão e a participação pelos direitos sociais, integra o Movimento de Reforma Sanitária para a instituição da saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

Esse Movimento, organizado a partir de setores da classe média, se iniciou na segunda metade da década de 1970, ainda sob o regime militar, articulado ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), órgão que formulava, difundia e ampliava o debate em torno de uma proposta democrática de saúde.

¹ Behring e Boschetti (2006) discutem a transição trazendo elementos de Guillermo O'Donnell (Transições, continuidades e alguns paradoxos, 1988): “transição transada”; Florestan Fernandes (Nova República? 1986): como uma transição conservadora, sem turbulências e ousadias; e Emir Sader (A transição no Brasil: da ditadura à democracia?, 1990), que afirma se tratar de uma transição controlada pelas elites.

Paim (2008, p. 119), no estudo da Reforma Sanitária Brasileira elenca as mudanças conservadoras por meio de “revoluções pelo alto” processadas pelas elites: Independência, Abolição da Escravatura, Proclamação da República, Revolução de 30, derrubada do Estado Novo, o movimento de 1964.

Agregava profissionais, intelectuais, partidos políticos de oposição, movimentos populares e sociais urbanos, movimento sindical, em defesa de princípios como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social; da reestruturação do setor saúde através da estratégia de sistema unificado, gerando propostas para a superação dos problemas sanitários. A saúde é considerada de interesse público e coletivo, em sua concepção ampliada como melhores condições de vida e de trabalho.

Discutia-se e questionava-se o autoritarismo em todas as suas formas, e ao mesmo tempo, impregnado às práticas de saúde. Contou com a mobilização da classe operária e dos secretários municipais de saúde. Desenvolveu-se do final do período autoritário à mobilização nacional pelas *Diretas já*, culminando com a elaboração do Programa de Governo de Tancredo Neves no anúncio de uma *Nova República*. Nesse processo, ampliou-se com a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e com a conquista de entidades pela Renovação Médica (REME) (PAIM, 2008).

Campos (2006), caracterizando esses *sujeitos coletivos*, destaca a importância do componente universitário no movimento, onde a presença de pesquisadores, alunos e professores, além de profissionais, também preocupados em implantar no Brasil a estratégia dos sistemas nacionais, e na perspectiva da construção de um novo paradigma, trouxeram para o país a obra de pensadores franceses e italianos.

Qualifica a influência estratégica desta intelectualidade, articulando-se aos partidos políticos e aos movimentos populares ao final da ditadura militar, quando da elaboração da nova Constituição, da aprovação da proposta de criação do Sistema Único de Saúde por quase dois terços dos deputados constituintes, e da participação dos integrantes desse movimento na redação do texto constitucional e da posterior Lei Orgânica que regulamentou o Sistema.

O mesmo autor faz referência à militância, à politização desses setores, e ainda à ocupação de postos de relevância no executivo. E define

Em alguma medida, poderia também ser caracterizado como uma “intelectualidade orgânica”, no sentido definido por Antonio Gramsci, porque foi capaz de produzir um projeto político de saúde que ultrapassava seus interesses corporativos, contribuindo para a constituição de um Bloco Histórico que jogou papel fundamental na transformação do SUS em política oficial do Estado brasileiro. (CAMPOS, 2006, p. 139).

Nesse processo, o Movimento pauta-se pela crítica ao modelo hegemônico de saúde com acesso restrito e privatizado, orientando-se pela concepção democrática do direito de todos, e pela redefinição do papel do Estado, nas três esferas de governo, na prestação do atendimento e financiamento efetivo. Ressalte-se que a saúde é entendida como pioneira ao utilizar o conceito de sistema na área social e a importância da existência de uma tradição internacional tornando possível a instituição da saúde como um direito social e dever do Estado.

É no século XX que se rompe o consenso de atenção aos pobres fundado na filantropia e se cria uma nova tradição na Europa: projetos e iniciativas para distribuição de renda e construção do bem-estar social por intermédio de políticas públicas, a partir da influência das revoluções comunistas, do socialismo edificado e de fortes partidos trabalhistas. Um novo modo de gestão, de planejamento e de prestar atenção à saúde foi inaugurado. Ao longo do século XX, além dos países europeus como Inglaterra, Suécia e Grã-Bretanha, outros como Chile, Cuba, Austrália e Canadá também organizaram sistemas nacionais.

Dentre os princípios que ordenavam a organização desses sistemas, tem-se, além do direito universal com financiamento estatal e da organização dos serviços em uma rede, a hierarquização e a regionalização do atendimento prestado em saúde. O autor destaca que, dentre os vários países que trilharam formas de implantação desse novo modo de funcionamento da saúde, entre eles a extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), a exceção foi Estados Unidos da América (EUA), que mantiveram a dicotomia entre a saúde pública e o mercado médico.

Enquanto *Movimento*, definido como um conjunto de práticas políticas, ideológicas, culturais e sociais, a Reforma Sanitária Brasileira se expressa também como um *Projeto* - conjunto de políticas articuladas - sistematizado no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, ou seja, sedimenta-se o seu corpo doutrinário (PAIM, 2008).

Nesse sentido, afirma-se que a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília em 1986 marca a história da saúde pública no Brasil, pois esta introduz a sociedade civil organizada na discussão da saúde, com ampla participação de segmentos populares, intelectuais, partidos e lideranças coletivas. Tem as proposições de seu relatório final incorporadas ao texto constitucional de

1988 trazendo uma concepção ampliada da relação saúde/doença, que tem como fatores determinantes as condições de vida e trabalho da população.

No processo de democratização da saúde, Teixeira e Mendonça (2006) apresentam três direções básicas assumidas pelo Movimento Sanitário, uma vez que de forma orgânica esteve presente no conjunto de instituições de saúde. São elas: a politização da discussão sobre a saúde, a elaboração da Constituição de 1988 e alterações das práticas institucionais. No que diz respeito à politização da questão saúde, tem-se a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a definição da saúde como direito e dever do Estado, e a reprodução do avanço na mobilização social dessa Conferência durante os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte.

A segunda direção, a elaboração da Constituição, quando do enfrentamento de interesses entre grupos empresariais de saúde e a Plenária das Entidades de Saúde, a agilidade desta última garantiu a aprovação de boa parte das reivindicações do Movimento Sanitário, essencialmente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com princípio de universalidade e serviços essencialmente públicos.

Os principais aspectos aprovados na nova Constituição em 1988 foram

- O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989 apud BRAVO, 2006, p. 97-98).

Quanto às alterações das práticas institucionais, as medidas apontam para o fortalecimento do poder público e a redução do setor privado; a descentralização política, administrativa, decisória e de execução da política de saúde; equidade na distribuição de recursos; participação da população e profissionais, e qualidade dos

serviços. Expressam-se na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, e o SUS em 1988, este considerado o passo mais avançado na reformulação administrativa do setor.

O SUS tem a sua criação no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, sendo regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) conformada pelas Leis n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, dispondo esta última sobre a participação da comunidade no funcionamento do sistema de saúde, e fruto de *intensa negociação* uma vez que a primeira lei teve vetado pelo Executivo os artigos sobre financiamento e participação popular (JUNQUEIRA, 2007).

A LOS traz como direitos na saúde: a universalidade de acesso aos serviços, a integralidade da assistência, a igualdade sem preconceitos ou privilégios, a preservação da autonomia e o direito do usuário à informação sobre sua saúde. Em seu Artigo 3º, Lei n. 8.080/90, ressalta que a organização social e econômica do país expressa os níveis de saúde da população e define, entre outros, alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação, meio ambiente, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais, como fatores determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 1990a).

Segundo Junqueira (2007, p. 68), —“A primeira vez na história brasileira, o Estado se comprometeu com um discurso de cidadania plena e universal [...]”. A garantia dos princípios de universalidade, integralidade da atenção, descentralização com participação popular no setor saúde aponta para a necessidade de intervenções intersetoriais e para a saúde do cidadão, antes apenas o consumo de procedimentos médicos.

Inserida no Título Da Ordem Social dessa Constituição, a saúde, que integra com a previdência e assistência a Seguridade Social, é então definida como direito de todos e dever do Estado, direito este garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e agravos, o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

No que refere à proteção social e atendendo às históricas reivindicações da classe trabalhadora, a seguridade social é concebida como um dos maiores avanços da Constituição 1988, pois que, no conjunto de lutas e transformações

democráticas ocorridas na década de 1980, contra o regime ditatorial no país, significa a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais (CFESS, 2010b).

Ainda que os movimentos sociais não tenham conseguido interferir significativamente na ordem econômica, destacam-se suas vitórias no âmbito social e político. Assim, entendida na arena de conflitos e como resultado de lutas políticas, assume caráter contraditório uma vez que, sem alterar estruturalmente o capitalismo, as políticas sociais podem, ao garantir direitos sociais, melhorar as condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, que vive do trabalho.

Isso significou na seguridade, além da concepção de direito social e dever do Estado, e da universalização,

[...] o estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências. (CFESS, 2010b, p. 15).

Para Marconsin e Santos (2008), constituída em dinâmico processo sócio-histórico, a seguridade social também é entendida enquanto expressão das conquistas políticas do proletariado que, sem alterar ou colocar em risco a acumulação econômica dos monopólios, consegue alterar, em certa medida, a relação do Estado e do capital com a classe trabalhadora.

Apoiando-se no pensamento marxiano, as autoras identificam o início das lutas na Inglaterra e França no século XIX por redução na jornada de trabalho, e que se estendem aos demais direitos como habitação, saúde, educação, aposentadoria. Expressa a questão social, a redefinição do papel do Estado e a contemplação das demandas dos trabalhadores, materializa-se, dentre outros, pela via das políticas sociais. Considera-se que foi necessário à burguesia monopolista suportar uma democratização da vida em sociedade já que tinha os superlucros como *pedra de toque*.

Nesse mesmo sentido, Boschetti (2008) denomina como uma resposta apropriada ao capitalismo o reconhecimento de direitos ligados e derivados do trabalho por meio da previdência social, tais como aposentadoria, pensões e seguro saúde. Isso em razão de que, assegura-se a reprodução da força de trabalho sem colocar em questão a propriedade dos meios de produção.

Derivada do processo de industrialização e de assalariamento, a previdência social, permite aos trabalhadores a não ausência de proteção, mesmo quando afastados de maneira permanente ou temporária da relação de trabalho.

Experiências inéditas são vivenciadas no século XX, em especial no período do segundo pós Guerra Mundial, em que se pactua o compromisso e o equilíbrio de forças —[...] que implementava ganhos sociais e seguridade social para os trabalhadores dos países centrais, desde que a temática do socialismo fosse relegada a um futuro a perder de vista.” (ANTUNES, 2001 apud MARCONSIN; SANTOS, 2008, p. 180).

Trata-se de avanços relativos aos direitos sociais dos trabalhadores, numa relação em que a burguesia faz concessões numa escala maior que em períodos anteriores. Na afirmação desse compromisso e pactuação, tem-se a participação dos grandes partidos como os comunistas, social-democratas e até burgueses, como do sindicalismo. As autoras apresentam então, a definição de seguridade social definida em 1952 na Convenção de n. 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), subscrita pelo Brasil

[...] a proteção que a sociedade proporciona a seus membros mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais, que de outra forma derivariam no desaparecimento ou em forte redução de sua subsistência, como consequência de enfermidade, maternidade, acidente de trabalho, ou enfermidade profissional, desemprego, invalidez e morte e também a proteção de assistência médica e de ajuda às famílias com filhos. (SPOSATI, 1997 apud MARCONSIN; SANTOS, 2008, p. 181).

A discussão de Teixeira (1987) acerca das políticas sociais a partir da compreensão da luta e das relações de classes é pensada em relação ao desenvolvimento e conquista da cidadania onde ocorre, por um lado, a busca de preservação da hegemonia dominante ou, por outro lado, a consolidação de um projeto contra-hegemônico alternativo

[...] a conquista da cidadania através da implementação das políticas sociais é sempre o resultado concreto e específico de uma relação de forças das classes em luta pela hegemonia, de sorte que a resultante deste processo é a corporificação legal e institucional das relações de força estabelecidas historicamente entre as classes e mediatizadas pelo Estado [...]. (TEIXEIRA, 1987, p. 95).

A concepção de Boschetti (2009a) da seguridade social brasileira enquanto fruto das lutas da classe trabalhadora, que se constitui em arena de conflitos,

espaço de fortes disputas de poder e recursos, indica que, para a consolidação da seguridade social pública e universal, constituem-se desafios permanentes a defesa e ampliação dessas conquistas e o efetivo posicionamento contrário às reformas neoliberais regressivas.

A análise da autora sobre a política de seguridade social no Brasil, nos permite uma compreensão acerca do predomínio da lógica do seguro como elemento estruturante, assim como sua (não) implementação no processo histórico pós 1988 e as características do desmonte da seguridade em curso no país. Na ordem capitalista, reconhecer os avanços e as conquistas constitucionais no campo da seguridade social implica na necessária sinalização de seus limites estruturais.

Com base nas contribuições dessa autora, retomamos as características dos modelos que influenciaram o modelo de seguridade social implantado no Brasil, como em vários outros países, com as suas possíveis variações, conforme relações dadas entre Estado e classes sociais.

Data do final do século XIX, em 1883, a criação do modelo bismarckiano, durante o Governo do Chanceler Otto Von Bismarck, na Alemanha. Voltado para a cobertura principalmente dos trabalhadores, para manter a renda destes em momentos de risco social decorrente da ausência de trabalho, esse modelo tem o acesso condicionado à contribuição prévia, a prestação de serviço proporcional à contribuição, financiamento fundamentalmente por empregados e empregadores, com gestão estatal e participação dos contribuintes ou financiadores. Destaca-se o predomínio ainda de Caixas por modalidade de seguros na Alemanha e França.

A natureza contratual em oposição ao direito universal, assemelhando-se à estrutura dos seguros privados, ainda que tenha um caráter compensatório, é definida como mecanismo de reprodução das desigualdades existentes e geradas no capitalismo. Essa legislação, fruto de pressões das classes trabalhadoras e ao mesmo tempo “concessão” por parte do Estado a fim de diminuir o potencial revolucionário dessas classes, não tinha como preocupação central a criação de novos direitos sociais, ao contrário, sua garantia visava prevenir o alargamento desses direitos. Significa a preservação de uma relação patriarcal entre o Estado e os indivíduos, distante assim do desenvolvimento de uma cidadania universal (TEIXEIRA, 1987).

O outro modelo, que surge com críticas ao modelo bismarckiano, é formulado ainda durante a Segunda Guerra Mundial, em 1942 na Inglaterra. Trata-se do Plano Beveridge que propõe a criação do *Welfare State*, o Estado de Bem-Estar². Diferente do modelo anterior, este prevê direitos universais, com sujeição à disponibilidade de recursos, a gestão pública e estatal, além do financiamento proveniente de impostos fiscais; objetiva a luta contra a pobreza (BOSCHETTI, 2009a).

O que se verifica na realidade brasileira abordada pela autora é o predomínio do modelo bismarckiano na previdência social, a saúde pública e a assistência social orientadas pelo modelo beveridgiano. Na saúde, a exceção é o auxílio doença, regido pelas regras da previdência, como um seguro. O que expressa uma forma de proteção limitada ao trabalhador inserido formalmente no mercado de trabalho, ou vinculado à previdência como autônomo ou segurado especial. Atentando-se a uma realidade maior, no que se refere aos limites da seguridade social na universalização de direitos, afirma

Essa lógica impõe um limite estrutural para a universalização da seguridade social, em todos os países em que se efetivou. O acesso à seguridade social pela via do trabalho pôde garantir uma proteção mais universalizada nos países que garantiram uma situação de quase pleno emprego entre as décadas de 1940 e 1970. Sabe-se que nem os países nórdicos e nem os países da Europa Central garantiram o pleno emprego para todos os seus trabalhadores, de modo que esse padrão de seguridade social, fundado na lógica do seguro, só universaliza direitos se universalizar, igualmente, o direito ao trabalho, já que os benefícios são condicionados ao acesso a um trabalho estável que permita contribuir para a seguridade social. (BOSCHETTI, 2009a, p. 326).

A autora discute uma histórica tensão entre a assistência social e trabalho conhecida nas experiências européias no período em que garantiu quase pleno emprego entre o final da Segunda Guerra Mundial até os anos 1970, relação não entendida como excludente ou incompatível.

Caracteriza-se pela introdução da lógica social ou de direitos não contributivos/assistenciais na seguridade social, compatível com trabalho/emprego: o atendimento a trabalhadores com rendimento abaixo de um teto determinado,

² Economicamente, o Estado de Bem-Estar Social casava-se com a política Keynesiana mais geral, supondo um mecanismo de ajuste entre oferta e demanda através do pleno emprego e das medidas assistenciais. Supunha-se que esta adequação se daria na media em que uma política ativa estimularia o crescimento econômico, donde resultaria maior volume de impostos, o que permitiria a ampliação controlada dos programas sociais, o que estimularia o consumo, etc., fechando o ciclo (TEIXEIRA, 1987, p. 100).

assim como aos trabalhadores que não contribuíram diretamente com a seguridade.

O que não significa incompatibilidade ou substituição ao trabalho, e sim um direito complementar a contribuir para a redução da desigualdade social. A convivência da lógica social e da securitária estabelece uma relação denominada como de atração e rejeição, conforme ausência ou predomínio de uma sobre a outra, no sentido de que

A exigência da lógica do seguro e a impossibilidade de sua manutenção para todos os trabalhadores, sobretudo para os desempregados, empurram esse trabalhador para demandar a outra lógica, a lógica social, do direito não contributivo. Assim, aqueles que não contribuem, que não estão inseridos em uma relação de trabalho estável e que não têm direito ao benefício contributivo, tornam-se potenciais demandantes da lógica social, do benefício não contributivo. (BOSCHETTI, 2009a, p. 327).

É nesse sentido que a discussão sobre a relação entre trabalho, assistência social e previdência é indicada, então, como oportuna para a compreensão das reais possibilidades, ainda que limitadas, de que a seguridade social, constituída na sociedade capitalista, seja ou não capaz de impor limites à desigualdade social.

A defesa da lógica social e da assistência social enquanto direito, da satisfação das necessidades sociais, não significa a compreensão desta via para a realização do bem-estar para todos. Assim como, não enveredando para uma simplificação dos complexos sociais, não se trata de qualquer trabalho a concepção deste e de emprego estável para a construção das identidades sociais e profissionais.

No Brasil, o predomínio da lógica securitária na política social, de produção e reprodução do capitalismo é entendido atuante menos na redução que na reiteração das desigualdades sociais, dado que, a seguridade social ainda não implementada conforme preceito constitucional vem sofrendo fortes investidas no sentido de sua desconfiguração e desmonte.

Considerando-se a implantação do Estado de Bem-Estar Social em uma minoria de países, atingindo reduzida parcela da população mundial, a diferenciada implantação da seguridade social relaciona-se à menor expressão das políticas sociais nas economias do capitalismo periférico, pois repercutem com grandezas diferentes o papel do Estado quanto aos direitos sociais e à política social, e por

outro lado, para o desenvolvimento capitalista nesses países, mesmo em períodos de elevada expansão econômica.

O que se relaciona ao fato de que, resultando a seguridade social de lutas históricas do trabalho, em algumas regiões ou países, [...] mediada por condicionalidades de ordem objetiva e subjetiva, a relação de forças não foi suficiente para alcançar um conjunto ampliado de medidas que se pudesse caracterizar como seguridade social.” (MARCONSIN; SANTOS, 2008, p. 182).

Nas condições socioeconômicas de desemprego, baixos salários, relações de trabalho marcadas pela informalidade e precarização, significando agudas desigualdades sociais, no que diz respeito à realidade brasileira e de países da América Latina e do Caribe, tem-se que, mais da metade da população não contribuem à seguridade social, pois [...] somente 42% dos domicílios possuem um de seus membros filiados a um sistema de seguridade social (CEPAL, 2011 apud BOSCHETTI, 2012, p. 50).

Na análise do desmonte gradual e permanente da seguridade social brasileira, Boschetti (2009a) aponta três caminhos que seguem diferentes tendências. São eles: a desconfiguração dos direitos constitucionalmente garantidos, a fragilização dos espaços de participação e controle democrático, e por último, a via do orçamento.

No que diz respeito ao primeiro caminho, a manutenção de um cesta básica na área da saúde reduz, cotidianamente, os princípios que a orientam como a universalidade, integralidade e descentralização, paralelo à incapacidade de acolher as demandas postas ao SUS expressas nas filas de espera, falta de medicamentos e de condições de trabalho.

Quanto ao Sistema Único da Assistência Social (SUAS), caracterizado como gestão da escassez, com redução dos recursos federais repassados aos municípios, mantém na política de assistência social características de focalização, é restritiva, não atendendo mais do que 25% da população de direito. Há ainda a ênfase na tendência de transferência de renda com crescimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do programa Bolsa-Família.

Já na previdência social, as contra-reformas de 1998, 2002, e a de 2003 ocorrida no primeiro mandato do Governo Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006), significaram o reforço da lógica securitária e consequente expansão dos planos privados, o aumento do tempo de contribuição e de trabalho no que refere ao

acesso à aposentadoria, e apontam ainda para a proposta de desvinculação do valor dos benefícios do salário mínimo, que significaria a possibilidade de redução progressiva nos seus valores.

Dificuldades são postas no sentido da não consolidação dos conselhos e conferências, garantidos constitucionalmente, como espaços autônomos, de fiscalização, participação e controle social: a começar pela extinção do Conselho Nacional de Seguridade Social e dos conselhos locais, o que representa a centralização e a não articulação e unidade às três políticas do sistema. Além da institucionalização dos conselhos, apontados por Boschetti (2009a) nos moldes de *quase como um setor do estado*.

E a via do orçamento, abordada pela autora como talvez a mais destrutiva das formas de desmonte. Nesta, faz-se necessário compreender as fontes e ainda o destino dos recursos. Não transferindo renda do capital para o trabalho, do ponto de vista do financiamento, é considerada de caráter regressivo, sustentando-se nos rendimentos do trabalho, uma vez que é paga majoritariamente com a contribuição dos trabalhadores e empregadores, via folha de salários.

Ao passo que as contribuições sociais baseadas no faturamento das empresas e no seu lucro, oneram os consumidores quando transferidas para as mercadorias. Por fim, a estrita relação entre a (não) implementação da seguridade social com a política econômica adotada

[...] que engole parte significativa do orçamento da seguridade social. Os recursos que compõem as fontes de financiamento da Seguridade Social desempenham um papel relevante na sustentação da política econômica e social, e, desde 1994, vem ocorrendo apropriação indevida desses recursos do Orçamento da Seguridade Social por meio da Desvinculação das Receitas da União, que são retidos pelo Orçamento Fiscal da União e canalizados para a esfera financeira e geração do *superávit* primário. (BOSCHETTI, 2009a, p. 335).

Na relação das políticas de seguridade social, reconhecidas constitucionalmente, com as demais políticas sociais, a autora informa que essas últimas absorvem em média 20% dos recursos, ao lado dos 80% utilizados com as primeiras, assim distribuídos: a previdência social (média de 60%), a política de saúde (média de 14%), e a política de assistência, com média aproximada de 6%.

Numa compreensão alargada e que considere a complexidade e totalidade das necessidades humanas, a proteção social universal e de qualidade aos cidadãos brasileiros compreende a inclusão, de todos os direitos previstos no

artigo 6º da atual Constituição do país (educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência e assistência social). Esse sistema deve avançar no sentido de que direitos amplos, universais e equânimes constituam a noção de cidadania, para além de [...] uma simples conjugação de programas, projetos, bens e serviços fragmentados, pulverizados, desconectados, desrespeitados legalmente, restritivos e provocadores de dualidades.” (BOSCHETTI, 2007, p. 33).

Trata-se aqui de uma concepção de seguridade que requisita competência teórica, política e técnica para inserção num terreno de embate, de luta e formação de consciência crítica e análise da correlação de forças entre as classes, presentes em cada conjuntura. Indica a necessidade de organização dos trabalhadores e a construção de proposições em relação à desigualdade social (CFESS, 2000).

A seguridade, assim entendida, deve orientar-se pela concepção do direito, por uma estruturação democrática, com descentralização e participação social, e orçamento redistributivo, que, com ênfase no orçamento fiscal e na contribuição dos empregadores acaba por desonerar os trabalhadores.

1.2 A privatização em curso: o SUS não consolidado e o debate sobre os novos modelos de gestão

Os valores solidários, coletivos e universais que pautaram a formulação da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado que tem suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema. (CFESS, 2010b, p. 21).

Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) apontam, por um lado, para o fato de a Reforma Sanitária brasileira ser considerada bem sucedida, pelos princípios que orientam o SUS como a universalidade e integralidade, e pela instituição de um novo padrão de intervenção do Estado. E, por outro lado, para a possibilidade de que a Reforma seja considerada tardia, pois que a constituição de um sistema público no país ocorre em período de declínio das concepções socialistas ou de Estado de Bem-Estar em todo o mundo (CAMPOS, 2006).

Afinal, é das décadas de 1980 e 1990 que data o início das reformas neoliberais, orientadas pela macroeconomia mundial, sob os ditames de

instituições financeiras internacionais como o Banco Mundial, como enfrentamento da crise de acumulação do capital.

As tendências internacionais expressas na reforma do Estado, segundo Bravo (2007), relacionam-se com o fenômeno da globalização e/ou mundialização da economia que a partir dos anos 1970, em decorrência da crise do capitalismo monopolista, se expressa em acelerada expansão do capital financeiro e na universalização dos mercados.

Quanto às tendências discutidas sobre a América Latina, registra-se modificação no debate da reforma. Diferente da década de 1980, quando houve um predomínio de medidas de ajuste macroeconômico, na década de 1990 ocorre um deslocamento para as reformas institucionais com o objetivo de implementação das reformas com o aumento da capacidade do Estado e atenuar as consequências sociais das medidas de ajuste. Quanto às reformas européias nos anos 1990 tem-se que, sem significar um retorno ao Estado de Bem-Estar Social, os modelos reformadores partem para a crítica às propostas neoliberais.

Dessa maneira, na Reforma do Estado ou Contra-Reforma³, argumenta-se a busca de um modelo gerencial e de eficiência, de redução de custos e controle dos resultados, identificando-se, porém, a transferência para o setor privado de funções antes tidas como do Estado que, para se tornar o promotor e regulador, este deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social.

A mercantilização da saúde e da previdência, e a ampliação do assistencialismo são destacadas no processo de defesa da privatização (CFESS, 2010b). Orienta-se pela constituição de um SUS destinado aos pobres, a refilantropização da assistência social, a reforma da previdência, expandindo-se na área das políticas sociais a ação do setor privado.

São mudanças econômicas que interferem nas políticas estatais, questionando o seu caráter universal e propondo a desresponsabilização do Estado e o —**pragmatismo**— da sociedade civil, como definido por Correia (2007, p. 18)

A partir da contra-reforma do Estado, proposta pelo Banco Mundial, as políticas sociais tendem: à focalização, em que os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios, sem a contrapartida de

³O termo “contra-reforma” vem sendo utilizado pela compreensão de que a denominação seja a mais adequada uma vez que essa caminha na direção da supressão de direitos, sendo, por outro lado, nas lutas sociais e progressistas que as reformas têm sua origem.

recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações privadas; à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, que é regido pelo mercado.

A redução dos gastos sociais que desmonta direitos não está, segundo Pereira e Siqueira (2010), restrita à esfera mercantil em que os bens e serviços essenciais tomam a forma de mercadorias comercializados mediante pagamento monetário no mercado. Respostas a essas necessidades são oferecidas no âmbito privado pelo chamado terceiro setor, financiado pelo Estado, e constituído por setores da sociedade civil como as organizações não-governamentais, mas também famílias, vizinhança, grupos de amigos, igrejas, empresas “socialmente responsáveis”.

Na política de saúde, o final da década de 1980 já registrava aspectos que remetiam a dúvidas e incertezas quanto à real implementação do projeto da Reforma Sanitária (BRAVO, 2006). Dentre eles, a ineficácia do setor público e o reduzido apoio popular perante a ausência de resultados; o redirecionamento dado no setor a partir da reorganização dos setores conservadores, fragilizando as reformas em curso; ao lado de tensas relações com os profissionais de saúde, caracterizando-se o redirecionamento do papel do Estado, determinado pela Política de Ajuste Neoliberal.

Articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial, o denominado projeto Privatista traz como suas principais tendências a focalização, ao lado da contenção dos gastos com racionalização da oferta, e da descentralização mediante isenção de responsabilidade do poder central; este se tornando hegemônico na segunda metade da década de 1990.

Nessa proposta, o Estado tem por tarefa garantir um mínimo aos que não podem pagar pelos serviços, deixando os que têm acesso ao mercado, destinados ao setor privado, e tem como principais propostas, a ampliação da privatização, o estímulo ao seguro privado, ao lado da focalização do atendimento por meio do pacote básico para a saúde, e da eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. O barateamento dos custos das ações básicas faz-se ainda com a utilização de cuidadores (CFESS, 2010b).

Rompe-se dessa forma com a concepção de integralidade da atenção em saúde por meio da dicotomia entre ações curativas e preventivas, com a criação de dois subsistemas: um de entrada e controle, de atendimento básico e que, não

interessando ao setor privado, é de responsabilidade do Estado; e outro constituído pelo atendimento especializado e de maior complexidade, cujas unidades seriam transformadas em Organizações Sociais.

Na defesa do grande capital, que na década de 1990 afirma as contra-reformas de cunho neoliberal orientadas pelas agências internacionais, têm-se como principais estratégias a crítica acirrada às conquistas sociais constitucionais, em especial a concepção de seguridade social, e segundo Mota (1995 apud CFESS, 2010b, p. 18), para o alcance de consenso e difundir seu projeto, vale-se da construção de uma cultura persuasiva de crise; têm na defesa do processo de privatização e na constituição do cidadão consumidor seus vetores privilegiados.

O Estado brasileiro tem atendido as demandas burguesas desde o início da ditadura do grande capital que foi operada pelos militares, ao passo que, como ocorreu com o SUS na Constituição de 1988, as demandas contidas nas lutas dos trabalhadores, quando organizados, são incorporadas na forma de direitos sociais e trabalhistas.

Atuando no sentido dos direitos dos trabalhadores ou, por outro lado, aprofundando as exigências de acumulação do capital, se tratando então de uma contra-reforma do Estado. Dessa forma, o Estado, ao imprimir sua lógica para a totalidade da vida social também [...] tem de ser contra-reformado para que as instituições e as políticas sociais que garantem os direitos dos trabalhadores se transmutem em negócios que promoverão lucratividade para o capital (GRANEMANN, 2007, p. 44).

A implantação desse projeto tem início e materializa-se no governo Fernando Henrique Cardoso a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado (1995) elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), coordenado por Luís Carlos Bresser Pereira, e tem sua continuidade no governo Luís Inácio Lula da Silva. Por meio do chamado Programa de Publicização, este Plano explicitou a tendência de repasse do fundo público para o setor privado a partir do princípio de que ao Estado caberiam as funções de coordenar e financiar, não mais executar as políticas públicas. Propõe às entidades de direito privado o repasse de funções antes de responsabilidade do Estado.

O referido plano apresenta como propostas para a transformação da gestão pública as Organizações Sociais (OSs) em 1995, e as Organizações da Sociedade

Civil de Interesse Público (OSCIPs) em 1999, —[.]concebidas como instrumento de viabilização e implementação das Políticas Públicas [...].” (REZENDE, 2007, p. 28).

Dentre as inconstitucionalidades e ilegalidades presentes nessa mesma reflexão, tem-se o impedimento legal de o Estado desresponsabilizar-se da prestação de serviços como saúde (Art. 196), assistência social (Art. 203 e 204) e educação (Art. 205), garantidos como direitos do cidadão e dever do Estado.

No que se refere à saúde, a transferência de serviços encontra impedimento legal na Constituição (Art. 199) e na Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080/90 (Art. 24), onde é permitida a participação em caráter complementar, mediante contrato ou convênio, somente quando esgotada a capacidade e disponibilidade de atendimento pelo SUS. [...] significa que a instituição privada, em suas próprias instalações e com seus próprios recursos humanos e materiais, vai complementar as ações e os serviços de saúde, mediante contrato ou convênio.” (PIETRO, 2002 apud REZENDE, 2007, p. 34).

O quadro a seguir permite uma síntese comparativa dos modelos de gestão do SUS, das OSs e das OSCIPs:

Quadro 1 - Modelos de Gestão – SUS, OS e OSCIP

Sistema Único de Saúde (SUS)	Organizações Sociais (OSs)	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público(OSCIPs)
Gestão Única do Sistema de Saúde em cada esfera de Governo (Gestão do Sistema e da Rede de Ações e Serviços).	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OS.	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OSCIP.
Descentralização da Gestão entre as três esferas de Governo.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.	Descentralização das Ações e Ser-viços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios.
Hierarquização dos Serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único.	Autonomia Gerencial dos Serviços de cada OS.	Autonomia Gerencial dos Serviços de cada OSCIP.

Sistema Único de Saúde (SUS)	Organizações Sociais (OSs)	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)
Financiamento Solidário entre as três esferas de Governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OS, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contrapartida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OSCIP, conforme a influência política de seus dirigentes, com “contra-partida da entidade” por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
Regionalização.	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.
Universalidade e Integralidade da Atenção à Saúde.	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OS.	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OSCIP.
Participação da Comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde.	Inexistente.	Inexistente.
Controle Social, com Conselhos de Saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos.	Inexistente. O Controle Social tal como previsto na Lei 8.142/90 é substituído pelos tradicionais conselhos de administração internos da entidade, com paridade diferente daquela estabelecida na Lei 8.142/90 e não é deliberativo.	Inexistente. Somente a celebração do Termo de Parceria é precedida de consulta (?) aos Conselhos de Políticas Públicas existentes, das áreas correspondentes de atuação.

Fonte: Rezende (2007, p. 35-36).

Ainda dentro das “novas” modalidades de gestão para o SUS apresentadas ao Congresso Nacional, tem-se no Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 em 13/07/2007, que trata da criação da Fundação Estatal de Direito Privado. Identifica-se, prevendo sua instituição somente para atividades que não sejam exclusivas do Estado, o seu caráter de continuidade da proposta iniciada em 1995, e da recente história da saúde pública brasileira (BRASIL, 2007).

Numa referência à importância da unicidade do sistema público de saúde e sobre o debate constituinte para a extinção das formas contrárias, organizadas à época, afirma-se que, nos anos 1970, em vários Estados e municípios brasileiros foram instituídas tais fundações públicas de direito privado caracterizadas

enquanto equívocos de modelo de gestão para o sistema de saúde. Nesse sentido questiona-se

Para quê e a quem interessa a *autonomia gerencial* da Fundação (uma entidade) se a gestão do SUS, nas três esferas de governo e as ações e serviços de saúde [...] são [...] subordinados ao princípio da gestão única em cada esfera de governo? Que *autonomia orçamentária* existiria na Fundação, dependente hierárquica e financeiramente da administração direta, se a maior parte dos recursos seria de origem estatal, repassados pelos *gestores públicos* [...]? Que patrimônio próprio é o que se pretende atribuir à dita Fundação, se adquirido por doação do Estado por benesse dos governantes de plantão? (REZENDE, 2007, p. 39, grifo do autor).

A integralidade das ações, isto é, a promoção, a prevenção e as ações assistenciais de cura e reabilitação, só acontecem quando cada serviço é capaz de se ver enquanto parte constitutiva do Sistema, e ao desempenhar seu papel predominante, não deixa de lado as demais dimensões da atenção em saúde. Na concepção de Junqueira (2007, p. 87), os possíveis nós críticos de uma rede estatal tornam-se “verdadeiras caixas pretas” ao serem concebidos pela via de entidades prestadoras de serviços.

A forma fundação estatal, utilizando argumentos similares aos da contra-reforma gerenciada por Luís Carlos Bresser Pereira, como efetividade, agilidade e caráter técnico é abordada também em Granemann (2007) em seu aspecto de complementaridade às ações privatizantes iniciadas nos governos Fernando Collor de Mello, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso. Entre as considerações da autora que se seguem, tem-se o Projeto Fundação Estatal como um estágio aprofundado da transformação do Estado em mínimo para o trabalho e máximo para o capital.

Mesmo tomando como ponto de partida a crise dos hospitais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, o caráter privatizante das políticas sociais evidencia-se na abrangência das áreas de atuação de tal proposta, não exclusivas do Estado: além da saúde e educação, também assistência social, cultura, comunicação, meio ambiente, turismo, desporto, ciência e tecnologia, e previdência complementar do servidor público.

Compreende-se então que a lógica de proteção social aos que vendem (ou os que conseguem, em razão das elevadas taxas de desemprego) sua força de trabalho, materializada na ação estatal via políticas sociais, é subvertida na lógica do mercado (e do lucro), onde somente uma minoria consegue acessar tais

serviços ou “mercadorias”. Trata-se de uma despolitização das relações de classe contidas nas políticas sociais o apelo ideológico que enquadra em parâmetros de igualdade o público e o privado, conclama o gerencialismo e a técnica, em detrimento da política.

Considerado como diretamente prejudicial e nefasto aos trabalhadores, o projeto atinge a organização da força de trabalho com sua fragmentação em várias fundações, quando prevê que cada fundação tenha seu próprio quadro de pessoal e plano de carreira, emprego e salários, o que fragiliza a luta por melhores condições de vida enquanto classe que para esta mesma classe presta serviços.

A contratação da força de trabalho prevista no projeto é a do regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Nesse sentido, as denominadas regras do mercado são aplicadas apenas à força de trabalho, quando submetidos a concurso sem estabilidade no trabalho, e não aos seus direitos.

A contra-reforma do Estado é entendida, nessa abordagem, além da privatização dos serviços sociais, enquanto domesticação e “[...] repressão da organização das lutas dos trabalhadores.” (GRANEMANN, 2007, p. 47), resistentes à privatização e defensores do seu espaço de trabalho. Caracteriza-se então o fetiche da iniciativa privada quanto à “forma”, a fundação estatal, e o “conteúdo”, a privatização das políticas, dos serviços e dos direitos. O mesmo em relação aos servidores

Aliada a contratação pela CLT o projeto fundação estatal é em tudo coerente com seu diagnóstico (ou será o diagnóstico do capital/Banco Mundial?): o Estado é ineficaz e uma das razões centrais de sua ineficácia e ineficiência é a estabilidade da força de trabalho. Novamente aqui a forma (contrato de trabalho) oculta o conteúdo: a privatização das políticas sociais tem nos servidores públicos – no Brasil em todo o mundo – os seus mais sérios oponentes. (GRANEMANN, 2007, p. 47).

Defende-se o aperfeiçoamento do processo de trabalho assim como a criação de novos mecanismos como a avaliação periódica. Para Batista Júnior (2011, p. 41), é uma falácia a afirmação de que a estabilidade é um mal que permite aos trabalhadores o descumprimento de funções e ao mesmo tempo beneficiar-se, afirmando a incompetência e descompromisso diante da

responsabilidade que cabe aos gestores⁴. Significa sim um atentado ao direito do trabalhador que, [...] em áreas fundamentais deve ser considerado como sagrado, qual seja a não vulnerabilidade a governos que utilizam o exercício do poder violentando os princípios constitucionais da moralidade, da legalidade e da impessoalidade.”

Com relação ao espaço para a participação e controle social, tanto dos empregados nas fundações quanto dos usuários, o projeto é restritivo no sentido de que, substituindo os conselhos definidos no SUS, apenas os Conselhos Consultivos mencionam a participação da sociedade civil, dentro desse conceito cabendo também a representação dos interesses privados, conselho este subordinado ao Conselho Curador ou de Administração.

Entendido por Granemann (2007) como o mais importante órgão do Projeto Fundação Estatal, a autora faz referência à possibilidade de que o Conselho Curador ou de Administração possa tornar-se, na defesa dos interesses do capital, o centro da privatização do Estado e instrumento de cooptação, seja de representantes dos movimentos sociais, de sindicalistas ou mesmos de intelectuais.

Compondo-se majoritariamente por representantes do governo, em geral comissionados da base aliada, e não por representantes de Estado, tal situação pode reproduzir e ampliar os conhecidos mecanismos de apadrinhamento e corrupção dada a hipótese de se implementar a remuneração de conselheiros.

Alia-se a esse conjunto a não contribuição com o fundo público estatal, ou seja, o não recolhimento de impostos e contribuições para a seguridade social, ou seja, para as políticas de proteção social da força de trabalho (previdência, assistência social e saúde).

Tal “arranjo privatista” significa, pois, uma transferência de fundos públicos ao capital privado, uma vez que, vendendo seus serviços ao Estado, a quem reivindicam os recursos necessários à prestação de serviços, e ao mercado, as fundações gozam de imunidade tributária. Em relação à proposta de contra-

⁴Dessa maneira e no estrito cumprimento da legislação vigente, entre 2003 e outubro de 2010, o Governo Federal promoveu a demissão de 2.500 servidores. Foram 1.471 por uso indevido do cargo, 817 por improbidade administrativa e 257 por recebimento de propina. Tiveram a aposentadoria cassada 177 e 223 foram destituídos de cargos de confiança. Além disso, 243 foram expulsos por desídia, que são faltas leves agravadas pela repetição, e 406 por abandono de cargo. Essas punições alcançaram diretores, superintendentes, auditores e fiscais da Receita Federal, da Previdência e do Trabalho, procuradores e subsecretários de orçamento e administração (BATISTA JÚNIOR, 2011, p. 41).

reforma do governo Fernando Henrique Cardoso, a autora avalia que desde então não havia projeto de pretensões tão abrangentes como as contidas nesse projeto.

A lógica da criação das Fundações vem referendada no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde ou Programa Mais Saúde que, lançado em 05 de dezembro de 2007 pelo governo Luis Inácio Lula da Silva, afirma sua inovação ao propor como novos, tais modelos de gestão. A partir de 2007, a proposta das Fundações teve aprovação em diversos Estados, sendo o Rio de Janeiro o primeiro a aprovar a Lei que regulamenta a mesma (Lei nº 5.164, de 17 de dezembro de 2007). Em seguida, foram outros Estados que também aprovaram a proposta: Bahia, Sergipe, Pernambuco, Acre, Tocantins.

A proposta das Fundações é, porém, definida como desmoralizada pelo fato de não serem implementadas em Estados que as criaram por lei, ou mesmo, por haver adesão pelas anteriores Organizações Sociais: Rio de Janeiro, Pernambuco e Bahia. Nesta última, ao defender a criação das Fundações, as OSs foram tidas como “desconstrutoras” do SUS, ilegais (BATISTA JÚNIOR, 2011, p. 40).

Nessa correlação de forças registra-se o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1997⁵, unanimemente contrário à instituição das OSs, e na Deliberação n. 001, de 10 de março de 2005, contrário à terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoa do setor saúde, seja pelas OSs, OSCIPs, ou qualquer outra forma que, com objetivos idênticos, signifique um atentado ao SUS. Também na sua 174ª Reunião, em 2007 é contrário ao projeto de lei que objetiva instituir a proposta de Fundação Estatal de Direito Privado.

Destaca-se que, do ponto de vista da democracia, os posicionamentos representativos e legítimos dos setores que tem conseguido se organizar e aglutinar forças, não tem sido levado em conta pelo Ministério da Saúde, pois na realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 14 a 18 de novembro de 2007, tal posicionamento do Conselho Nacional de Saúde foi referendado em todos os grupos da plenária final (CORREIA, 2007).

No seu informativo eletrônico de 06 de julho de 2009, o Conselho Nacional de Saúde expressa a importância de discussão e ampliação do debate sobre o tema, da mobilização e participação popular, em meio à possibilidade de votação de tal matéria pela Câmara Federal [...] com teor tão prejudicial ao SUS sem a

⁵ Conforme Resolução n. 223 (CNS, 1997).

participação popular e em total desrespeito às decisões deliberativas do Controle Social.” (CNS, 2009, online).

Nesse momento do estudo, considera-se relevante resgatar as análises⁶ sobre o movimento da política de saúde nos últimos governos, que sinalizaram para a retomada do projeto sanitário, inicialmente nos atendo à continuidade desse projeto no governo Luis Inácio Lula da Silva, que, após o primeiro governo (2003-2006) e encaminhamentos do segundo (2007-2010), indicam a permanência da disputa entre os dois projetos de saúde existentes nos anos 1990, o Projeto da Reforma Sanitária e o projeto Privatista. Ocorre, tanto nas atividades econômicas⁷ como em relação aos direitos sociais conquistados, uma redução do espaço público democrático e a ampliação do espaço privado.

Marques e Mendes (2005 apud BRAVO; MENEZES, 2007, p. 13)⁸ afirmam, conforme a concepção de proteção social utilizada nesse governo, as políticas sociais estarem estruturadas em três eixos, a saber: o Projeto Fome Zero concentrado basicamente no programa Bolsa-Família; a contra-reforma da Previdência Social; e o trato da equipe econômica aos recursos da Seguridade Social.

No contexto de dificuldades e pressões do capitalismo em âmbito internacional, destaca-se a expectativa, com a consagração eleitoral de Luis Inácio Lula da Silva para presidência da República em 2002, um marco político na história do país, de reação ao projeto neoliberal: expectativa esta em relação às políticas sociais e à participação popular, não de transformações profundas.

Em relação à saúde, que se fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária, e assim fortalecer o SUS constitucional no que diz respeito à distância enorme entre o que sua vigência e o que foi proposto pelo Movimento Sanitário. Afirma-se uma flexibilização das propostas originárias desse projeto, ao lado de uma não articulação, como ocorrido nos anos 1980, com demais movimentos sociais.

A expectativa nesse governo também é tratada pelo Conselho Federal de Serviço Social: esperava-se a [...] construção de um Brasil novo, com redução das

⁶Bravo (2006; 2007); Bravo e Menezes (2007; 2011).

⁷ As autoras retomam a análise de Elaine Rossetti Behring (Políticas Sociais no GovernoLula: uma reflexão, 2004) sobre o plano econômico: permanecem “intocáveis” os parâmetros econômicos da era Fernando Henrique Cardoso como a Desvinculação das Receitas da União (DRU), o agronegócio como aposta na política de exportação, o superávit primário e o inesgotável pagamento da dívida pública, aumento da arrecadação da União (BRAVO, MENEZES, 2011, p. 16).

⁸ Texto: Desvendando o social no Governo Lula: a construção de uma nova base de apoio. Publicado em obra organizada por João Antônio de Paula em 2005.

desigualdades sociais por meio de uma política econômica com redistribuição de renda e geração de empregos. Esperava-se que as políticas sociais adquirissem caráter universalista.” (CFESS, 2010b, p. 19).

A análise da Política de Saúde no Governo Lula aponta para aspectos de *inovação* que poderiam fortalecer o projeto da Reforma Sanitária como a escolha de profissionais comprometidos com esse projeto para ocupar o segundo escalão do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde⁹ (2003), que foi antecipada com intuito de submeter sua política à apreciação da sociedade; e o fato de ser escolhido para ocupar a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde um representante da Central Única dos Trabalhadores.

Ainda com relação ao controle social, destaca-se como aspecto importante a eleição, pela primeira vez em 70 anos de existência, do presidente do Conselho Nacional de Saúde em 2006. E como avanço a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, cuja competência é fortalecer a participação social e a realização de diversas conferências, articulando-se ao Conselho Nacional de Saúde. Aqui, ressalta-se a realização, entre outras, da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2003, e da 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007.

No tocante ao caráter de *continuidade* da política dos anos de 1990, destaca-se a falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social, expressa na desarticulação entre as políticas, a focalização em detrimento da lógica do direito, a precarização e terceirização de recursos humanos. Nessa concepção, tem-se a “Reforma Constitucional”, em especial a da Previdência Social, enquanto desmonte da seguridade social como instituída constitucionalmente.

Como exemplo de focalização da política, tem-se a centralidade no Programa Saúde da Família (PSF). Mesmo tendo sua denominação e características modificadas, nos anos 2000, para Estratégia Saúde da Família, não sofreu alterações significativas, permanecendo como um programa de extensão de cobertura aos que não acessam a saúde pela via do mercado, as populações carentes.

⁹ Essa Conferência teve como tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos”.

A mudança pretendida significa o acesso à atenção básica a toda a população e a sua articulação com os demais níveis de atendimento do SUS. Para Soares (2004 apud BRAVO, 2006, p. 107), [...] a proposição de políticas focalizadas é anti-política social, na medida em que permite a inclusão não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social.”

A partir de contribuições de análise realizada¹⁰ sobre o primeiro mandato do referido governo, Bravo e Menezes (2011) afirmam o impacto da política econômica sobre a política de saúde, e assim, o não enfrentamento de questões centrais como o financiamento efetivo, a universalização das ações assim como a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos.

Identifica-se um distanciamento da proposta do SUS constitucional por parte de gestores oriundos do Movimento Sanitário. Refere-se a uma mudança no discurso de protagonistas do Projeto de Reforma Sanitária, especificamente a partir de 2007, quando da composição do segundo governo Lula (2007-2010). Ocorre a escolha do ministro da saúde, José Gomes Temporão e este, contrariando as proposições do projeto sanitário, propõe a criação de Fundações Estatais de Direito Privado, enquanto continuidade do processo de privatização da saúde. São medidas de caráter gerencial ou de gestão que significam a redução do papel do Estado, a fragmentação da força de trabalho e limitação do controle social, como abordado anteriormente.

Com a pretensão de atingir as áreas que não sejam exclusivas do Estado, na saúde a elaboração foi protagonizada pelos Ministérios do Planejamento e da Saúde, contando, entre outros, com a participação de professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), debate que se inicia com a crise da saúde no Rio de Janeiro.

Em 2009, a proposta das Fundações Públicas de Direito Privado é reapresentada ao Congresso Nacional, em caráter de urgência, na contramão do que o Conselho Nacional de Saúde tem defendido, revelando a intenção-ação do governo de esvaziar o controle social democrático na saúde, de implementar a lógica privatista, de controlar o movimento dos trabalhadores, com o fim da estabilidade do RJU—subjugando trabalhadores às intencionalidades dos gestores. [...]

¹⁰ Jairnilson Silva Paim et al. (Políticas de saúde do governo Lula: avaliação dos primeiros seis meses de gestão, 2005).

Substitui-se o interesse público por interesses particularistas numa privatização perversa do Estado brasileiro, o que infelizmente não é novidade na cena pública nacional. Todas essas modificações, entretanto, são ancoradas em valores que foram ressignificados, como a democracia, a qualidade, a transparência, a eficiência e a eficácia. (BRAVO, MENEZES, 2011, p. 21).

A proposição das Fundações é apresentada como a mais preocupante, ao lado do não enfrentamento de questões centrais do ideário reformista construído desde os anos 1970, da falta de vontade política para viabilizar propostas que enfatizavam as propostas da Reforma Sanitária.

Sendo assim, a análise dessas autoras sobre os dois mandatos do governo Lula, indica a focalização e não viabilização da seguridade social, a falta de democratização como explicitado acima, e a continuada articulação ao mercado. A movimentação de sujeitos coletivos críticos em relação à privatização da saúde também compõe esse cenário e é objeto de reflexão posterior nesse estudo.

No continuado processo de privatização da saúde pública na realidade brasileira, algumas questões são tidas como preocupantes e polêmicas no atual governo, o da Presidente Dilma Rousseff (2011 – 2014), afirmando-se, além da parceria com o setor privado, a ênfase na focalização dos programas e políticas, e a cooptação dos movimentos sociais. No referido mandato ocorre a indicação do médico Alexandre Padilha para Ministro da Saúde, este que é vinculado ao Partido dos Trabalhadores (PT), ex-ministro da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República do governo Lula e ex-diretor nacional da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA) órgão executivo do Ministério da Saúde entre os anos 2004 e 2005.

A avaliação das autoras registra como preocupante a ampliação dos modelos de gestão que se traduz na privatização da saúde, ao tempo em que o posicionamento do Ministro não faz restrição a qualquer modelo de gestão, desde que cumpra as diretrizes do SUS. Ainda com relação ao ministro, a sua eleição por aclamação para presidente do Conselho Nacional de Saúde em 16 de fevereiro de 2011 é considerada um retrocesso uma vez que, desde 2006 tem sido realizada a eleição do presidente, o que significa um avanço. Mas entende-se que representantes dos segmentos dos usuários ou dos trabalhadores é que devam ocupar tal presidência (BRAVO, MENEZES, 2011).

São identificadas dificuldades em relação ao sistema na análise dos governos em questão, sinalizando para a permanência do desafio de se consolidar os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, tal como concebida nos anos 1980. Destacam

- A lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado.
- A falta de viabilização da concepção de Seguridade Social.
- O subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica do mercado.
- A desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde com a não concretização da universalidade.
- O desafio de construção de práticas baseadas na integralidade e na intersetorialidade.
- Os impasses com relação à gestão do trabalho e educação, com a precarização dos trabalhadores e a não definição de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais.
- Os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face à não observância das deliberações dos conselhos e conferências e à falta de articulação entre os movimentos sociais.
- Modelo de atenção à saúde centrado na doença.
- Modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização e, para o seu enfrentamento, são apresentadas propostas contrárias ao SUS, como as Fundações Públicas de Direito Privado e o ressurgimento das Organizações Sociais.
- O avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas.
- A precarização dos serviços públicos e o não privilegiamento da atenção primária de saúde. (BRAVO, MENEZES, 2011, p. 24).

Alinhadas aos ditames econômicos e financeiros internacionais, as decisões e condução da política de saúde, ainda que reconhecido o grande avanço desde sua inclusão constitucional, mediante mudança do papel do Estado nas respostas às demandas da questão social, não têm conseguido avançar na questão do acesso e integralidade da atenção, não só à atenção básica, o primeiro nível de atendimento, mas também na média e alta complexidade¹¹ (noticiadas filas de espera, falta de leitos, mortes evitáveis, entre outros).

Esses problemas são justificados a partir de aspectos como a falta de qualidade e ineficiência, contribuindo para a descrença estabelecida tanto entre os usuários como entre os trabalhadores desses serviços, do real papel e possibilidades do setor público de saúde.

¹⁰O atendimento de saúde, no âmbito do SUS, está organizado em níveis de atenção, seguindo uma cadeia progressiva em razão da complexidade e necessidade de atenção requerida.

Behring e Boschetti (2006, p. 174), ao concordarem com o lugar estrutural ocupado pelo fundo público na formação da taxa de lucro¹², explicam as disputas enquanto expressão da sociedade de classes. Por parte dos trabalhadores a mobilização para o atendimento de suas necessidades, e pelo capital que —[...] com sua força hegemônica, consegue assegurar a participação do Estado em sua reprodução por meio de políticas de subsídios econômicos, de participação no mercado financeiro, com destaque para a rolagem da dívida pública.”

O projeto de “reforma” na realidade brasileira, que prima pela parceria público-privado, combina, em nome do bem comum, a desprofissionalização, o trabalho voluntário e precarizado, em completo desrespeito às conquistas e concepções constitucionais, articula-se e adquire nova roupagem.

Dessa maneira, outra estratégia que compõe o processo de privatização em curso refere-se à criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) por meio da Lei nº 12.550/2011. Trata-se de uma empresa estatal de direito privado, cujo projeto de iniciativa do Governo, argumenta o enfrentamento da crise dos Hospitais Universitários Federais (HUFs), o maior sistema hospitalar público brasileiro, composto por 46 (quarenta e seis) unidades. Diferente das Organizações Sociais (OSs) que são pessoas jurídicas de direito privado, sendo a gestão privada, a Fundação Estatal de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares são entes estatais, integrantes da administração pública indireta.

Esses hospitais, cuja finalidade é exercer o ensino, a pesquisa e a extensão por meio da assistência à saúde, têm sua gestão vinculada ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) e ao Ministério da Saúde (MS), além da Universidade Federal à qual correspondem, agregando as funções de educação e saúde, cuja parceria com o SUS está prevista no artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde.

A referida que institui a EBSERH lei foi criada após a rejeição no Senado, em 2011, da Medida Provisória nº 520 de 31 de dezembro de 2010, elaborada pelo MEC e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), autorizando o Poder Executivo a criar a EBSERH.

Na esteira das ações que buscam a reestruturação dos HUFs foi criado anteriormente o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários

¹² Francisco de Oliveira (Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita, 1998).

Federais (REHUF) por meio do Decreto nº 7.082/2010. A questão do financiamento é entendida como de destaque: a partilha de responsabilidades entre os Ministérios pressupõe uma intencionalidade de redução por parte do MEC de sua participação, ampliando a do Ministério da Saúde, processo entendido como —[...] intenção de esquiva das responsabilidades financeiras e/ou despesas, numa lógica em que a educação e a saúde são por demais dispendiosas ao governo.” (SODRÉ et al., 2013, p. 371).

Compreende-se o movimento direcionado a desqualificar o que é público, enquanto aspecto comum nos processos que antecedem toda e qualquer privatização, “[...] a criação da EBSEH vem acompanhada do estrangulamento financeiro (retenção orçamentária), propaganda negativa na grande mídia e apresentação da solução milagrosa das forças do mercado.” (COMITÊ EM DEFESA DO HU, 2012, p. 7).

A situação dos HUFs, para o que a solução apresentada é a criação da EBSEH, se apresenta pelo quadro insuficiente de servidores e reduzida oferta de serviços à comunidade, quando não, pelo fechamento de leitos e serviços em razão também das deficientes instalações físicas e subutilização da capacidade instalada para alta complexidade.

Sodré e outros (2013) reúne elementos e contribuições, explicando o endividamento¹³ dessas instituições quando do custeio dos trabalhadores por meio de recursos próprios dos hospitais, onde parcela significativa dos recursos financeiros é transformada em folha de pagamento de funcionários terceirizados¹⁴, deixando de ser investidos na assistência, ensino, pesquisa e extensão. Também é abordada a diminuição do financiamento via governo federal e assim a busca de financiamento via doações, registrando-se o comparativo referente ao ano de 2007: investimento de R\$ 40 bilhões, quando R\$ 237 bilhões foram gastos com a dívida pública interna e externa (PILLOTO, [2008], online).

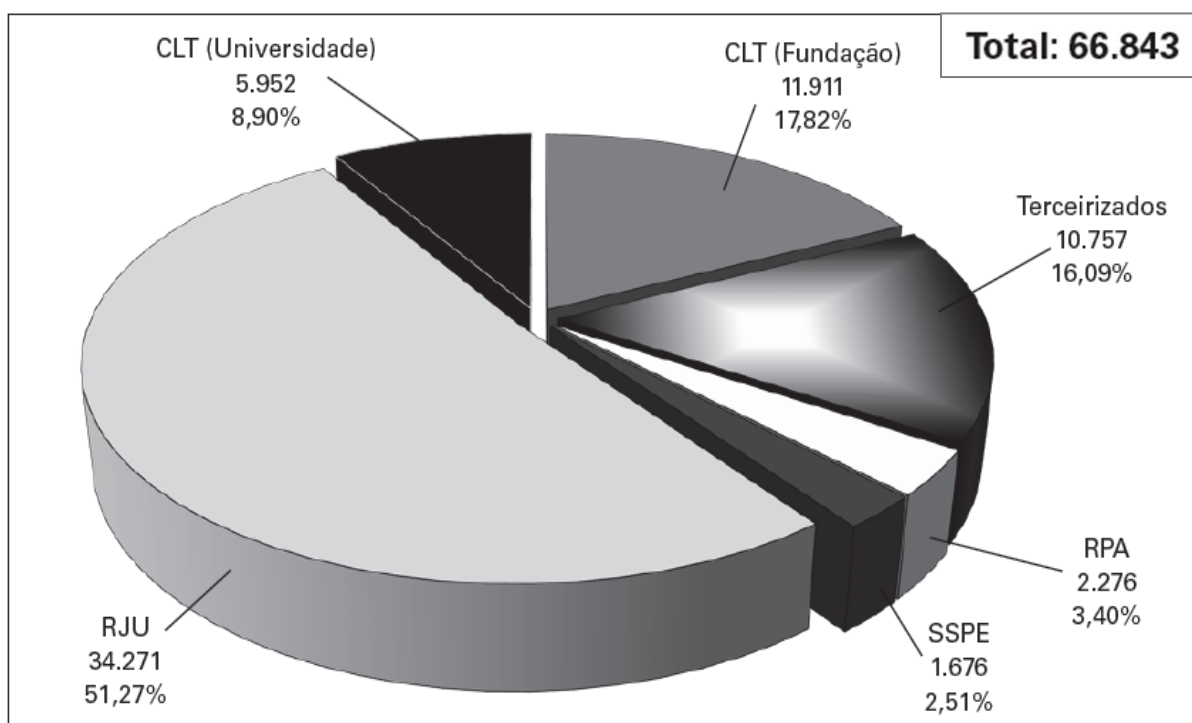
Destacamos o aspecto abordado referente à força de trabalho. Registra-se no estudo das autoras uma multiplicidade de vínculos empregatícios, desigualdades as mais diversas entre os trabalhadores de uma mesma categoria e instituição, como carga horária e remuneração, o que tem expressão em impasses

¹³ Juliana Fiuza Cislighi (Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto, 2010).

¹⁴ Maria do Carmo (Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde: estudo de caso: Hospital das Clínicas da UFMG – 1996 a 2004, 2006).

entre os funcionários, assim como na ineficiência e no modo de trabalho das instituições. Visualiza-se na figura abaixo a precarização e/ou desregulamentação da condição de trabalho de cerca e 48% dos profissionais inseridos nesses hospitais sendo 35,62% contratados pela própria universidade ou via fundações por tempo determinado de serviço. Terceiriza-se serviços como higiene, segurança, transporte e nutrição (16,09% dos trabalhadores); 3,40% dos profissionais prestam serviços mediante Recibo de Pagamento a Autônomo (RPA), sendo 2,51% vinculados via Solicitação de Serviço de Pessoa Externa (SSPE):

Figura 1 – Força de trabalho dos HUFs



Fonte: Brasil, 2009 apud SODRÉ et al., 2013, p. 367.

Juridicamente os HUFs têm sido pressionados por órgãos de controle social como Tribunal de Contas da União (TCU), Controladoria Geral da União (CGU) e Ministério Público Federal (MPF) a regularizar a situação funcional de seus trabalhadores por meio de concursos públicos, o que tem encontrado resistência por parte do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) que justifica déficit financeiro.

A implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) significará o aprofundamento da precarização do trabalho uma vez que permite a

contratação por tempo determinado, e assim a rotatividade inversa à contratação por concurso público, tendo ainda os servidores efetivos cedidos à Empresa. Fragiliza a organização da força de trabalho com a possibilidade de convivência de várias formas de contratação sem garantia de paridade salarial entre os trabalhadores.

Sodré et al. (2013) discutem esse processo de privatização do público afirmando mais uma vez a presença do discurso gerencial e —modernizador” que se efetivaria por meio da EBSEH enquanto “única” solução para problemas que dizem respeito e se constituem enquanto reflexo da não efetivação plena do SUS, ainda que considerados os avanços conquistados. A escolha política pela exceção em delegar serviços de saúde distancia-se dos modelos submetidos integralmente ao regime jurídico de direito público como as autarquias, fundações públicas e consórcios de direito público, que compõem a conformação constitucional de que os serviços prestados pelo SUS pertençam à administração pública.

No sentido em que vimos tratando a privatização da saúde que, regida pela lógica do mercado e em detrimento do avanço dos serviços públicos, configura um movimento que desloca a prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, recorremos à Di Pietro (2011) para uma definição acerca de privatização. Segundo a autora

[...] *privatização*, em sentido amplo é um conceito que abrange todas as formas pelas quais se busca uma diminuição do tamanho do Estado, podendo abranger a *desregulamentação* (diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico), a *desmonopolização* de atividades econômicas, a *privatização de serviços públicos* (quando a atividade deixa de ser serviço público e volta à iniciativa privada), a *concessão de serviços públicos* (dada a empresa privada e não mais a empresa estatal) e as *contratações de terceiros* (*contracting out*), em que a administração pública celebra ajustes de variados tipos para buscar a colaboração com o setor privado, como os contratos de obras e prestação de serviços (a título de terceirização), os convênios, os contratos de gestão, os termos de parceria. (DI PIETRO, 2011, p. 213, grifo do autor).

Dessa maneira, num movimento que se inicia enquanto privatização direta e ocorre a terceirização da contratação de pessoas, equipamentos e exames, é seguido pela ameaça e entrega de gestão dos serviços à Organizações Sociais ou Fundações, etapa onde não sendo favoráveis as negociações com a sociedade, a criação da EBSEH caracteriza —um passo atrás” do governo. —Optou por uma

privatização lenta, menos aguerrida e mais tímida para evitar abrir um diálogo com a sociedade [...]” (SODRÉ et al., 2013, p. 372).

Trata-se da destruição do SUS mascarada, em nome de sua eficiência, pela implantação dos chamados “novos modelos de gestão”. Diante do sucateamento da rede pública expresso na falta de infraestrutura e pessoal para os procedimentos básicos, apresenta-se a “modernização” da gestão do SUS, cujo modelo é dado como o “vilão”, que viria a ser realizada e solucionada pela iniciativa privada (BRAVO; CORREIA, 2012).

Para Sodré et al. (2013, p. 371), “[...] o governo Lula se despede do seu mandato, deixando a herança das Fundações Estatais de Direito Privado, ainda que sob nova roupagem: a EBSERH.” E os prejuízos dizem respeito inicialmente aos usuários do SUS quanto ao acesso e qualidade, ao próprio trabalhador da saúde por sua condição precarizada, cuja “modernização” nada resolve, e por fim diz respeito ao controle social democrático que rejeitou tais propostas e articulou-se em defesa do SUS, entre outros espaços, nas 13ª (2007) e 14ª (2011) Conferências Nacionais de Saúde.

No que se refere ao controle social, mais uma vez, expressa o desrespeito às decisões e deliberações coletivas como das Conferências e do Conselho Nacional de Saúde, contrárias à terceirização de serviços e gestão de ações e pessoal.

Já em relação à 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011, a disputa política entre os defensores do SUS, público estatal, e o projeto privatizante que defende os “novos modelos de gestão” resultou num sentido de continuidade da postura acima, com a publicação da “Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde” que despolitiza a Conferência omitindo o processo democrático decisivo da vitória contra privatização¹⁵ (BRAVO; CORREIA, 2012).

É fundamental situar que o enfrentamento da chamada crise dos HFUs passa, sob administração estatal direta, pelo incremento financeiro no orçamento e pela retomada dos concursos públicos pelo Regime Jurídico Único. Requisita a necessidade de revisão quanto ao lugar ocupado pela pesquisa, assim como da

¹⁵ Fruto da atuação de forças aliadas ao Ministério da Saúde, a carta não prevista no regimento e no regulamento da Conferência, está sendo divulgada na mídia em geral e na página do Conselho Nacional de Saúde.

participação popular e coletiva nas decisões relativas à gestão, não podendo a EBSEH ser entendida como a única possibilidade.

Mesmo não se configurando enquanto privatização em sentido técnico por não delegar nem descontinuar serviços públicos do SUS prestados nas dependências da EBSEH, e sendo um ente estatal integrante da administração indireta, a ambivalente empresa [...] implica em ampliar o espectro de penetração da lógica do mercado na gestão dos serviços do Sistema Único de Saúde.” (MEIRELLES, 2010 apud SODRÉ et al., 2013, p. 374).

Batista Júnior (2011) aborda a histórica não efetivação plena do SUS num processo de transferência dos recursos financeiros e do próprio patrimônio pelos sucessivos governos e pelo Ministério da Saúde, com a conivência de vários Tribunais e Justiça¹⁶. Indica a dificuldade em identificar maior gravidade entre o que seria uma opção política ou simples omissão e conivência com a ilegalidade, financiando a contratação de serviços privados em substituição a rede pública, afirmando

A verdade é que o SUS foi transformado no maior balcão de negócios envolvendo a coisa pública no nosso país, negócios privilegiados com financiamento garantido e sem qualquer risco como são os casos dos contratos com as Organizações Sociais, OSCIPs, e outros parceiros privados”. (BATISTA JÚNIOR, 2011, p. 38).

O autor define a privatização como mais elaborada e perversa, diante da impossibilidade de que a mesma ocorra pela via clássica enquanto venda de uma empresa pública no mercado formal, valendo-se de contraditório método autoritário em área vital da política que trabalha com a vida e tem histórico e amplo processo coletivo, de participação.

[...] com decisão política, controle social, prática efetiva da democracia participativa e obediência à legislação vigente devidamente aperfeiçoada quando for o caso, sem a criação de qualquer outro instrumento jurídico, temos efetivas condições de implantação definitiva do SUS de forma totalmente sintonizada com os princípios da Reforma Sanitária no Brasil. (BATISTA JÚNIOR, 2011, p. 42).

¹⁶ Encontram-se no Supremo Tribunal Federal, há mais de dez anos, duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade questionando as Organizações Sociais enquanto gerentes de serviços públicos.

Significa esse último caminho o fortalecimento do público, o que obriga uma mudança na prática historicamente orientada para o tratamento da doença, pelo não compromisso com a promoção da saúde, assim como pelo rompimento da lógica onde os profissionais que deveriam se formar para servirem a população atendida, ao contrário, servem-se da mesma; onde o fortalecido sistema privado é pelo setor público alimentado.

O sentido inverso desse fortalecimento das políticas públicas, traçado pelas mudanças na concepção e no modo de proteção social, é o que procuramos apresentar no capítulo que se segue, situando suas condições contemporâneas, demarcando, nesse quadro, o lugar ocupado pelo controle social.

CAPÍTULO 2 POLÍTICAS SOCIAIS, SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

As mudanças estruturais ocorridas no sistema de produção capitalista a partir de finais dos anos 1960 com expressão mundial têm impactado de maneira avassaladora as condições de vida dos trabalhadores e trabalhadoras, com forte repercussão para as políticas sociais.

Mais recentemente, no período que marca a manifestação da crise mundial de 2008-2009, as consequências para o seu enfrentamento no nível macroeconômico tem significado o que Boschetti (2010) denomina como efeito amargo para essas políticas.

Mudanças processadas na organização dos sistemas de proteção social e na forma de atendimento das necessidades sociais, que são humanas, têm caracterizado o não enfrentamento das condições estruturais da desigualdade social nas diversas conformações do Estado na atualidade, o que não isenta a realidade brasileira. O caráter neoliberal dessas mudanças vem se materializando, dentre outros mecanismos, na privatização dessas políticas, aqui particularmente a saúde.

O estudo dessas condições contemporâneas da proteção social embasa, nesse texto, a discussão subsequente relativa às possibilidades de participação e controle social por meio dos conselhos de políticas de direitos, que devem ser espaços orientados por uma concepção e ação movidas pelas reais necessidades e demandas populares.

2.1 O direito à saúde e as novas modalidades de proteção social: estratégia de contra-reforma e mudanças na forma de satisfazer necessidades sociais

O momento histórico dos países capitalistas que nos anos 1970 implementaram as medidas neoliberais, resguardadas as especificidades e expressões conforme as relações entre as classes e Estado presentes em cada conjuntura, retrata hoje a imersão em profunda recessão ou redução das taxas de crescimento, acompanhado de trabalho precarizado, baixos salários e desemprego em massa.

A reação burguesa na busca de recuperação das taxas de lucro desde então por meio da reestruturação produtiva, mundialização e financeirização do capital e as contra-reformas neoliberais expressam na atualidade tempos de barbárie [...] sendo a violência nas suas múltiplas manifestações sua forma mais contundente.” (BEHRING, 2004, p. 162).

Difere o contexto do surgimento da política social, enquanto resposta às mobilizações operárias em resistência à exploração do capital no final do século XIX, ou seja, à questão social, gerando impactos reais nas condições de vida dos trabalhadores europeus, combinando acumulação com desigualdade arrefecida pela cidadania, da sua ocupação no processo de recuperação da rentabilidade do capital iniciada a partir dos anos 1970. Para Behring (2004, p. 163), -O *welfare state* europeu foi resultado da reconstrução de um continente dilacerado pela guerra e tensionado pela luta de classes, e de um processo de busca de legitimidade do capital no contexto da chamada guerra fria’.”

Pereira (2004), no intuito de não induzir a uma associação automática entre a ampliação das funções sociais do Estado e a efetiva produção de bem estar, usa a denominação Estado Social como sinônimo de *Welfare State*, Estado de Bem-Estar e Estado Providência. Para a autora, o funcionamento desse sistema de proteção por mais de trinta anos – implantado nos de 1930, expandindo-se entre as décadas de 1940 a 1970 - tem entre seus componentes o fato de configurar um mecanismo de coesão social bem prezado pelo capitalismo.

A perspectiva dos direitos sociais e de cidadania condizentes com a ordem capitalista, implementada a partir dos anos 1930 permitindo a expansão do Estado social no capitalismo, localiza-se no conjunto de respostas de enfrentamento da chamada primeira crise do sistema do capital em 1929.

Sem ameaçar o padrão de acumulação capitalista, a ampliação dos direitos é parte constitutiva dessas respostas ao lado do fordismo que primou pela produção barata e em larga escala para garantir o consumo – produção em massa para o consumo em massa; e do padrão keynesiano¹ de regulação econômica e social. Aqui se trata da ação ativa do Estado na geração de empregos e de aumento dos rendimentos no setor privado; o mesmo em relação ao setor público,

¹ A intervenção estatal com vistas a reativar a produção no contexto da crise de 1929 foi defendida por John Maynard Keynes (1883-1946). Propôs mudanças na relação do Estado com o sistema produtivo: um papel ativo na produção e regulação das relações econômicas e sociais, saídas democráticas da crise e assim o incremento das políticas sociais.

por via indireta, quando da ampliação do papel do Estado na oferta de serviços vinculados às políticas sociais, cujo acesso permitia o direcionamento da parte do salário não utilizado com o atendimento dessas demandas para o consumo. O alargamento dos direitos sociais e da melhoria das condições de vida e trabalho se dá no confronto de forças sociais composto pela gestão social-democrática da crise de 1929 com *luta coletiva e organizada da classe trabalhadora* (BOSCHETTI, 2010, p. 68).

Nova reação burguesa ocorre então para conter a crise que se manifesta em 1969/1973, fruto do processo contraditório onde as conquistas anteriores impuseram limites à acumulação capitalista. A efetivação dos direitos e das políticas sociais, e dos direitos relacionados ao trabalho é criticada pelos neoliberais, entendidos como responsáveis pela crise. A retomada dos valores liberais que flexibiliza as relações de trabalho e os direitos sociais anteriormente conquistados, redireciona o fundo público como condição da reprodução do capital; características como focalização, seletividade e privatização distanciam-se do sentido de solidariedade, de reforma e pacto social impressos na seguridade social Beveridgiana, de princípios universais.

Com essas características, afirma Behring (2004), a política social tem lugar central na manutenção da segurança pública, haja vista tamanha insegurança desse mundo em razão das contradições do atual desenvolvimento do sistema econômico hegemônico. O abandono de características como universalidade e redistributividade nos países centrais tem expressão no Brasil que, não ficando imune ao neoliberalismo, vai experimentar a partir dos anos 1990 permanente tensão entre a restituição do Estado democrático após longo período ditatorial e a reestruturação do capital numa perspectiva neoliberal.

Vale esclarecer que o neoliberalismo configura uma nova estratégia que cria condições para dar continuidade à acumulação de capital na fase dos monopólios, corroendo e alterando, segundo Montaña e Duriguetto (2010), os processos típicos do regime anterior de acumulação, denominado Fordista-Keynesiano. O projeto neoliberal sustenta-se em três pilares ou frentes articuladas: [-..] a) *a ofensiva contra o trabalho e suas formas de organização e lutas*; b) *a reestruturação produtiva*; e c) *a (contra) reforma do Estado*.” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010, p. 192-193, grifos do autor). Os autores chamam a atenção para o fato de comumente

o neoliberalismo ser desconectado da sua base econômica, sendo identificado apenas pela reforma política e técnica do Estado. Esclarecem que o neoliberalismo

Rompe com o acessório (o modelo de desenvolvimento e o “pacto” entre classes) para manter o fundamental (a acumulação capitalista, baseada na exploração da força de trabalho) [...] acirra a exploração da força de trabalho, mas não a institui; [...] amplia as formas de “exploração”, de “enriquecimento” e acumulação, por um lado, e de empobrecimento, por outro, mas isso não surge com esse projeto: esses são fundamentos do sistema capitalista. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010, p. 194, grifos dos autores).

A busca de riqueza nos países latino-americanos, principalmente na forma de juros, significou o seu endividamento em razão do capital neles investidos, tendo esses países se comprometido com a liberalização e abertura comercial, com a garantia de pagamento da dívida, austeridade fiscal e privatizações.

Nesse ideário econômico e político, ocorre a defesa da autonomia do mercado e a redução da regulação estatal na vida social. Os serviços e gastos públicos são responsabilizados pela chamada ingovernabilidade que leva à crise do Estado e da política. A intervenção e o gasto estatal no âmbito social são entendidos como violando a liberdade e a autonomia, a vida privada.

À defesa da participação do Estado proposta por Keynes fortalecendo a capacidade de compra e consumo por meio de empregos e salários, fortalecendo a *demanda*, o neoliberalismo, ao contrário, apresenta a proposição de fortalecimento da *oferta*, ou seja, recai na defesa da liberdade do mercado “[...] reduzindo os custos da produção, particularmente com a diminuição do valor da força de trabalho (precarizando salários, direitos trabalhistas, e serviços e políticas estatais [...]).” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010, p. 204). A ênfase anterior na produção em massa para o consumo em massa, isto é, na capacidade de consumo, desloca-se para a diminuição dos custos e flexibilização da produção.

Observa-se a partir de então nas políticas sociais a presença de mecanismos e práticas como a focalização na pobreza extrema, a naturalização da pobreza assim como a responsabilização dos indivíduos e famílias pela sua condição e pelo seu bem estar. Quanto à privatizações das políticas, combina a transformação em mercadoria de determinados serviços à idéia que coloca de forma antagônica o privado e o público que é fatalmente ruim, precário, é o âmbito da ineficácia e ineficiência administrativa e financeira, do desperdício e da

corrupção. O privado, nesse intuito de limitar a interferência estatal ao mínimo necessário e legitimar a liberdade do mercado, é o âmbito da concorrência saudável, da qualidade. Nessa apreensão do bem-estar ocorre a transferência da responsabilidade ao setor privado, o que gera redução do poder aquisitivo da população que passa a pagar pelos bens e direitos, concomitante ao aquecimento e crescimento econômico a partir do potencial multiplicador que a renda possui. Nessa argumentação, significa a capacidade do indivíduo de integrar a economia produtiva, pois que passa a contribuir para o retorno do capital investido, porém, no mercado (PEREIRA; SIQUEIRA, 2010).

A privatização analisada entre os mecanismos e práticas neoliberais nas políticas sociais define-se como uma investida bem-sucedida em reduzir e desmontar os direitos sociais. Na prática se traduz na redução dos gastos sociais e a lucratividade com a regulação privada da miséria. Essa compreensão de Pereira e Siqueira (2010) acerca da funcionalidade da precarização indica que as privatizações podem ser mercantis ou não, considerando-se que setores da sociedade civil, não pertencentes nem ao Estado nem ao mercado, oferecem respostas às demandas sociais também no âmbito privado. Os autores indicam as principais consequências dessa privatização, do atendimento no mercado: as necessidades sociais inseridas na esfera dos desejos e preferências; a não garantia dos direitos sociais; e a centralidade da liberdade de consumo e da lucratividade em detrimento da justiça social no campo das políticas sociais.

O eixo da descentralização, por sua vez, apresenta duas direções, ênfase nas municipalidades e ênfase em vários campos situados na sociedade civil: nas organizações não-governamentais, não-lucrativas, organizações ditas empresariais responsáveis e no voluntariado, com destaque que numa condição de centralidade e não de complementaridade em relação à política social pública, que é vista como excessivamente burocrática. Trata-se de uma participação residual do Estado no atendimento às demandas das camadas populares assim como a ausência de serviços sociais básicos universais.

A ideia de pluralismo de bem-estar ou *welfare mix* tratada por Behring (2004) a partir de Peter Abrahamson² traz o que chama de conceito sensível e limitado:

² Peter Abrahamson (Welfare pluralism: para um novo consenso na política europeia? Tradução de Potyara Pereira, 1992); (Regímenes europeos Del bien estar y políticas sociales, em obra compilada por Sebastià Sarasa e Luis Moreno, 1995).

segundo Behring (2004), o referido autor identifica uma orientação para que a política social se constitua na co-responsabilidade para a realização do bem estar dos cidadãos, abandonando a primazia do Estado na sua condução e por meio da cooperação de vários setores sociais: os setores governo, privado, as organizações voluntárias, a comunidade e a família são elencados nos documentos da Organização das Nações Unidas (ONU), da União Européia (UE) e da Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE) a partir de uma preocupação destes com os segmentos denominados “socialmente excluídos”, com a coesão social que estaria ameaçada pelas mudanças estruturais ditas inevitáveis. Também nas apreensões de Peter Abrahamson quanto ao futuro da justiça e da política social, Behring (2004) identifica a idéia de complementaridade desses setores diante de um atendimento global às necessidades fundamentais por meio de instituições democráticas e, ao mesmo tempo, otimismo quanto à idéia de pluralismo.

A idéia da existência de três setores onde os indivíduos possam buscar recursos é que sustenta o argumento “[...] o mercado, o setor público e a sociedade civil. A estes setores correspondem três diferentes meios de acesso aos recursos: dinheiro, poder e solidariedade.” (BEHRING, 2004, p. 169). Para a autora, os processos envolvidos são bastante palpáveis na nossa realidade, assim como o mote explicativo encontrado em vasta literatura brasileira que identifica a crise contemporânea no Estado, e não enquanto crise global do capital com suas repercussões no Estado e na sociedade civil; mas ainda pouco conhecidos no Brasil os conceitos pluralismo de bem-estar ou *welfare mix*.

A diferença entre países que tinham ou não um Estado de Bem-Estar Social quando da implantação das políticas de ajuste neoliberal é discutida por Soares (2002) no tocante às políticas sociais. Sem desconsiderar o caráter recessivo das medidas econômicas provocando em quase todos os casos deterioração dos padrões do serviço público e cortes no gasto social, a autora afirma a ocorrência de processos de resistências concretas seja por parte da burocracia estatal, seja por parte da população usuária desses serviços em locais que contavam com um Estado Social estruturado e com recursos abundantes de financiamento.

A construção do conceito fundamentado na idéia dos três setores apresentando-se mais descritivo que explicativo, é definida então por Behring (2004) como idealista e ideológica, uma vez que não extrai do real a natureza dos

processos em curso, justifica e fundamenta deslocamentos da intervenção estatal, a sua desresponsabilização. Enfaticamente, aponta que ao não considerar as mudanças econômicas e políticas contemporâneas, deixa-se de lado questões fundamentais, dentre elas

[...] prioridade dos direitos do capital sobre as pessoas, donde decorre o minimalismo social combinado ao subsídio à demanda por via de programas – pobres e com critérios restritos de acesso – de transferência de renda, subordinando mais uma vez a política social à economia; da devastação da vida, considerando os riscos e ameaças que pairam sobre o planeta pela via dos crimes ecológicos ou da militarização; e do esgotamento da democracia, onde as decisões da maioria das nações não são respeitadas [...]; e por fim, da discriminação/intolerância de classe, gênero e etnia (dentre outras: de geração, de orientação sexual, de religião) [...]. (BEHRING, 2004, p. 172).

Quanto à existência de um *discurso* ideológico que tanto se refere à ineficiência do Estado como chega a apregoar a inutilidade do pagamento de impostos, Soares (2002) afirma que o mesmo assenta-se em uma base real de sustentação explicando que, a partir da combinação dos efeitos de crise e dos ajustes implementados, apresentam-se congeladas as perspectivas de mobilidade social ao tempo em que ocorre também o retrocesso social com dificuldades de acesso ao trabalho, à renda, instalando uma *desesperança crônica*.

Diante da ausência do Estado na sociedade, constrói-se, por outro lado, uma condição de descrédito em relação aos serviços públicos, sobrecarregados e deteriorados, deixando pessoas e grupos entregues à própria sorte ou a uma rede de solidariedade comunitária, o que tem abrigo no discurso construído a favor do individualismo pragmático, marcas presentes tanto nos países centrais como na América Latina.

Como observa Montañó (2010, p. 156), a crítica neoliberal que propõe minimizar o Estado democrático que responde a algumas demandas populares, afirma a ineficiência estatal sem, contudo, relacioná-la à apropriação do Estado pelo capital financiando, dentre outros, para [...] o clientelismo eleitoral, o financiamento de obras necessárias à industrialização, os créditos a (quase) fundo perdido para o capital, as compras de votos para projetos governamentais.”

Nessa direção, esclarece Laurell (1997) que a redução dos gastos sociais, ou seja, o desfinanciamento que provoca deterioração e desprestígio das instituições públicas, ao tempo que possibilitam a criação de demanda ao setor

privado, conforma a privatização como processo socialmente aceito. Nessa concepção, pertence ao âmbito privado a provisão do bem-estar que tem como fontes *naturais* a família, a comunidade e os serviços privados.

Pereira (2004), com base em Peter Abrahamson também trabalha a questão da quebra da centralidade do Estado no processo de transição do padrão de proteção social nas sociedades capitalistas centrais, o *Welfare State* ou modelo keynesiano/beveridgiano que vigorou entre os anos 1945-1975, ao processo que, sem a primazia de nenhuma instância (Estado, setores não-governamentais e não-mercantis – o chamado terceiro setor), passou a vigorar a partir dos anos 1970. Trata-se de uma alternativa ao modelo que conseguiu manter a coesão social, ameaçada pelo desemprego estrutural e a pobreza crescente com a chegada da crise do modelo keynesiano em 1973. Sem abrir mão da política social, pois no lugar do keynesianismo passa a reinar desde os anos 1980 o monetarismo, e as respostas à crise de produção dos anos 1970 significaram aprofundamento do fosso entre crescimento econômico e pobreza.

A defesa dos temas da descentralização e da participação pelos primeiros pluralistas é situada como formulações que não eram antiestatais, ao lado de outros pioneiros em cujas formulações as funções do Estado eram substituídas parcialmente, fundamentadas na crítica às falhas do Estado como persistência da pobreza e da desigualdade, a baixa qualidade dos serviços assim como o caráter burocrático e autoritário do Estado Social.

Como já indicamos, trata-se de um período em que ganham força e terreno as idéias neoliberais nascidas já nos anos 1940, que têm como expoente o austríaco Friedrich von Hayek, momento de retorno do voluntariado.

A ênfase no voluntariado se fez acompanhar de convincentes argumentos pautados em valores liberais, que se recusavam a aceitar o Estado como única fonte de autoridade, o que encontrou guarida na valorização dos temas conjugados da descentralização e da participação defendidos pelos primeiros pluralistas. Isto é, pela via da descentralização, o poder do Estado seria minimizado como um pré-requisito indispensável à participação; e esta, por sua vez, deveria ocorrer tanto na provisão de benefícios e serviços quanto nas tomadas de decisão (PEREIRA, 2004, p. 138).

Quatro são os setores-chave componentes da divisão de responsabilidade pelo bem-estar apresentados por Pereira (2004)³: o informal; o voluntário; o comercial e o oficial. No setor informal ganha centralidade a família e dentro dela a mulher, além de amigos e vizinhos que, movidos por sentimentos de dever moral, companheirismo, amizade e cumplicidade são grupos que ajudam naturalmente. Em distinção ao setor informal, nessa concepção, o setor voluntário é uma via considerada mais ágil e descentralizadora, simples e direta, e apresenta maior organização e formalidade.

Já o mercado, o setor comercial ou mercantil, é definido como agente mais democrático que o Estado uma vez que não se prende a cobranças, monitoramentos e regulamentos quando da provisão do bem-estar; e configura-se ainda como possibilidade de aquisição de informação e de capacidade de exigir e fazer melhores escolhas uma vez que é regido pela liberdade de escolhas privadas. O setor oficial, identificado mais especificamente com os governos que com o Estado, se apresenta na concepção pluralista enquanto intermediário na busca de consenso em torno de valores como democracia, o respeito à propriedade privada e à lei.

A concepção corporativista de Estado, cujo exemplo do *Welfare State* Keynesiano afirmou o compromisso entre Estado, burguesia e trabalhadores, é substituída por um agregado de bem-estar. E a abordagem marxista, para ficar entre as teorias do Estado contextualizadas na abordagem da autora, trabalhando com categorias analíticas como classe social, conflito e contradição, não fornece sustentação teórica aos pluralistas. Pelo contrário, pode-se concluir que a concepção pluralista contempla categorias [...] cuja adoção teórica e política conduzirá a uma concepção e uma prática da política social preponderantemente dominada pela idéia de formação de consensos e pactos políticos, sem contestar o modo de produção vigente.” (PEREIRA, 2004, p. 141). Nessa compreensão, o pluralismo de bem-estar apresenta-se enquanto estratégia pragmática e reformista, porém, nada nova. A idéia incorporada nos países europeus a partir dos anos 1970 tendo como inovação a aposta no setor voluntário e tendo o Estado apenas como facilitador e não o provedor de direitos há muito foi adotada nos Estados Unidos da América. Com menor ou maior, ou mesmo mais rápida aceitação, a depender da

³ A partir de Norman Johnson (El Estado de Bien estar em transición: la teoria y la practica del pluralismo de bien estar, 1990).

configuração de forças presentes e do comprometimento do Estado com a proteção social nos diversos países, significou na Grã-Bretanha, por exemplo, a substituição da seguridade social beveridgiana pelo modelo bismarckiano, contributivo e centrado no seguro.

Na sua análise, —[...] o pluralismo de bem-estar não é apenas uma estratégia de reforma ou uma mera alteração na forma de satisfazer necessidades sociais. Ele é indubitavelmente ideológico e representa uma mudança de fundo da proteção social de pós-guerra.” (PEREIRA, 2004, p. 145). A primazia do mercado como agente de produção e de oferta do bem-estar, com a redução do papel do Estado moderno que passa de provedor a facilitador de direitos é, para essa autora, uma jogada de mestre neoliberal para generalizar o processo de privatização das políticas sociais públicas. Nesse sentido, considerando a interdependência dos setores governamentais e não-governamentais, do Estado e dos chamados mecanismos descentralizados e participativos enquanto uma condição mesma de seu funcionamento, destaca-se é a restrição ocorrida na função intransferível do Estado de garantidor dos direitos e da cidadania social.

Para Paulo Netto (2012), na vigência do chamado Estado mínimo, os neoliberais *toleram alguma ação estatal* diante da miséria e do pauperismo. A proposta do Estado mínimo viabiliza o Estado máximo para o capital, o que se encontra entre os desejos da grande burguesia monopolista, ou seja, a erradicação do componente democrático no controle do capital, o direcionamento da intervenção do Estado segundo seus interesses particulares.

As crises do *WelfareState* e do socialismo real, esta não tematizada aqui, ofereceram, segundo Paulo Netto (2012) os elementos que colocaram em questão a indução do crescimento econômico e a promoção do bem-estar enquanto funções estatais, no caso da primeira; já a segunda, pareceu atestar a insustentabilidade de uma economia planejada. Explica o autor que no arco ideológico concentra-se

[...] a essência do arsenal do neoliberalismo: uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia. (PAULO NETTO, 2012, p. 84, grifos do autor).

Na criação de um esforço integrado, mesmo considerando-se o emprego para o enfrentamento da pobreza ao lado de políticas de transferência de renda, entende-se que a política social foi pensada no contexto do pluralismo no sentido da inclusão social e da criação de consensos em torno do alcance da paz ou da coesão social. Acerca de idéia de exclusão, retomamos em Behring (2004) a idéia de que se trata de um termo que não revela as relações essenciais que engendram a condição de destituição dos pobres, por isso é um termo apenas descritivo. Portanto, a política social, segundo Pereira (2004, p. 141), “[...] não perdeu *status* como estratégia de preservação da economia capitalista de crises cíclicas e não deixou de fazer parte do atual ciclo de expansão do capital.” A oferta de um padrão residual nos moldes dos Estados Unidos, contrapondo-se à oferta de serviços e políticas universais e de compromisso com o pleno emprego, significa assim uma guinada para a direita sofrida pelo Estado Social de pós-guerra. Chama-se a atenção nesse sentido para o risco de que esse Estado que, diga-se, não perdeu prestígio principalmente entre os chamados privilegiados, para além de residual, passe — *a providência para a penitência*”⁴, torne-se algoz dos pobres.

Quanto à identificação do welfarism com o neoliberalismo que associa o bem-estar ao mérito individual, à produtividade capitalista sem controle e à igualdade de oportunidades, observa-se que, não se orientando por categorias como direitos e necessidades humanas, e justiça social, as estratégias de descentralização e participação social são sinônimos de privatização das políticas públicas. Sendo assim, Pereira (2004) avalia como um eufemismo das políticas sociais de orientação neoliberal o conceito/idéia do pluralismo de bem-estar cujo propósito de ser mais eficiente que o criticado Estado Social do pós-guerra não se traduz numa realidade em que estão presentes o

[...] abandono de medidas de quase pleno emprego e com o aumento substancial do desemprego, ocorrido na sua gestão. E mais: não condiz com os cortes nos programas públicos, com a focalização das políticas sociais na pobreza extrema, com a proliferação de empregos de baixos salários, com a quebra de direitos sociais edificados há mais de um século, com as alterações dos impostos a favor dos mais abastados e, conseqüentemente, com o aumento da pobreza e da desigualdade social (PEREIRA, 2004, p. 145-146).

⁴ Recorre às denúncias dos estudos de Loïc Wacquant sobre a gestão da miséria nos Estados Unidos e, dentre outros, países o Brasil: “As prisões da miséria”, 2001.

Com essas expressões, vale ressaltar que a crítica neoliberal ao Estado de Bem-Estar situa-se, segundo Laurell (1997), nos elementos que implicam desmercantilização, coletivismo e solidariedade social inscritos na política social, condenando, por conseguinte, a administração-produção pública desses serviços, o universalismo, os direitos sociais.

A individualização e a perda de identidade dos sujeitos coletivos, segundo Soares (2002), são constitutivos de um mesmo processo que concebe a sociedade como fragmentada que deve receber os conflitos que envolvem a desigualdade, porém, numa perspectiva naturalizada. A política social orienta-se, dessa maneira, por uma feição assistencialista em contrapartida ao chamado mercado livre, é nesse sentido, a legitimação e a acumulação. Em detrimento do coletivo, a definição de sociedade é fundada num caráter de agregado de indivíduos, portanto, não podendo as ações que realizam seus interesses individuais ser legitimadas. É dessa maneira que os direitos, que são constitutivos dos sujeitos coletivos, passam à condição de mercadorias, recursos regulados apenas pelo mercado. -O não acesso a eles deixa de ser um problema do Estado, tornando-se um problema a ser resolvido no âmbito privado (SOARES, 2002, p. 73)".

Particularizando brevemente a situação brasileira, que nunca viveu a condição de pleno emprego keynesiano, Pereira (2004) considera o pluralismo de bem-estar tendo assumido um perfil atípico. Fatores como uma secular ausência de proteção institucional às necessidades da população, assim como a prevalência dos interesses das elites atrelados à burguesia internacional na dependente condição econômica ao capitalismo central, explicam, segundo essa autora, a prevalência da prática da ajuda mútua e com expressiva participação da família. Dessa forma, o que os pluralistas apresentam como sendo de nova geração é antes ajuda mútua espontânea e estratégia de sobrevivência.

Quanto à fragilidade do regime democrático em meio aos processos ditatoriais que compõem essa realidade, entende-se que a Constituição Cidadã de 1988 que, intentando implantar a cidadania ampliada e a democracia participativa, contemplou vários avanços sociais e políticos, dentre os quais, e sem abrir mão da primazia do Estado, princípios pluralistas da descentralização e da participação. O esvaziamento desses avanços e mesmo o retrocesso tem como determinante o estabelecimento nos anos 1990 do neoliberalismo em terras brasileiras com impactantes consequências, restritivas e privatizantes, para as políticas sociais.

Numa referência aos últimos governos do período pós-ditadura militar, é observada uma configuração que “[...] tem prestigiado a parceria do mercado e do terceiro setor no enfrentamento desses problemas, mas agora dentro de uma *moderna cultura voluntária*.” (PEREIRA, 2004, p. 155, grifo do autor), constituindo-se heranças do governo Fernando Henrique Cardoso a Lei do Voluntariado – Lei n. 9.608, de 18 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998, online) e o Programa Comunidade Solidária de 1995 (BRASIL, 1995, online). Dentro deste último, a moderna cultura do voluntariado foi disseminada pelo país por meio do Programa Voluntário. O fortalecimento do voluntariado é nessa abordagem revelador da incontestável influência norte-americana sobre o país que não integra uma rede de solidariedade pluralista e sim de proteção social regida pela lógica privatista.

O debate sobre o chamado “terceiro setor” é inserido no âmbito dos processos de reestruturação do capital, ao mesmo tempo como resultado deste, por Montañó (2010). É identificada a existência de um deslocamento da discussão sobre a *função* para um âmbito das organizações, o *setor*, transformando-se a questão político-econômico-ideológica em questão estritamente técnico-operativa, despolitizando o fenômeno real e o debate. Procede-se uma discussão pautada na comparação onde as organizações do “terceiro setor” aparecem como democráticas, dinâmicas e populares, flexíveis, como alternativa ao setor estatal, este último expressão de corrupção, ineficiência, é burocrático. Entretanto, a opção do autor por uma leitura fundamentada numa *perspectiva crítica de totalidade* informa o chamado “terceiro setor” como um fenômeno real, localizado e resultante da reestruturação do capital “[...] pautado nos (ou funcional aos) princípios neoliberais: *um novo padrão (nova modalidade, fundamento e responsabilidades) para a função social de resposta à „questão social“, seguindo os valores da solidariedade local, auto-ajuda e da ajuda mútua*.” (MONTAÑO, 2010, p. 186, grifo do autor). Refere-se a uma função social desenvolvida por organizações da sociedade civil e empresariais, antes pelo Estado.

A análise de Boschetti (2012) sobre a crise do capital que se manifesta a partir dos anos 2007/2008, com base na teoria crítica de tradição marxista, aponta como responsáveis a instabilidade e volatilidade do sistema financeiro e do mercado, e difere, conforme adianta a própria autora, de análises que não a concebem como mais uma crise do capital e do desenvolvimento do capitalismo, e afirmam se tratar de uma crise estritamente financeira. Afirma que suas proporções

são comparáveis à crise de 1929 cujas consequências, ainda desconhecidas, têm efeitos deletérios para o desenvolvimento do próprio capitalismo e, em particular, para as políticas sociais.

A concepção é de uma crise de superprodução, não podendo ser enfrentada com medidas paliativas que superem um desequilíbrio entre oferta e demanda, que não tocam a condição estrutural de apropriação privada da riqueza socialmente produzida. Daí a indicação de que a sua superação somente ocorrerá nos seguintes termos

[...] por meio do fortalecimento das lutas sociais, da organização da classe trabalhadora e da construção de um projeto de sociedade emancipada, em que a emancipação humana signifique socialização da riqueza e fim de todas as formas de mercantilização da vida. (BOSCHETTI, 2012, p. 83).

Ao abordar a busca de lucros a qualquer custo e a destruição da natureza, situa o endividamento dos países que acumulam dívidas “ilegítimas” e “odiosas” (CHESNAIS, 2011 apud BOSCHETTI, 2012)⁵, que no caso de países da América Latina foram contraídas em períodos ditatoriais e permanecendo posteriormente; contraídas em meio ao desconhecimento da população o que não pode se dizer dos credores. Ilegítimas uma vez realiza a transferência de renda do trabalho para o pagamento de uma dívida de desconhecido valor real emprestado, com taxas de juros definidas pelo sistema financeiro. Apresenta os três mecanismos de onde se originam a ilegitimidade —[.] as despesas elevadas possuem o caráter de presentes fiscais para o capital; baixo nível de impostos diretos (imposto de renda, sobre o capital e sobre o lucro das empresas) acrescido de um fraco caráter progressivo; evasão fiscal importante.” (CHESNAIS, 2011 apud BOSCHETTI, 2012, p. 35).

O significado do endividamento é resgatado a partir da condição de submissão em que ficam esses países em relação aos ditames das regras de crescimento, de investimento e de contenção de recursos que, para geração do superávit primário estabelecido em acordos com o Fundo Monetário Internacional (FMI) impacta diretamente as políticas sociais e, em consequência, as suas possibilidades de reduzir a desigualdade social.

⁵ François Chesnais (Les dettes illégitimes: quand lês banques font main basse sur lês politiques publiques, 2011).

A não universalização e qualificação de serviços essenciais são decorrentes do comprometimento com o pagamento dos juros da dívida que, no caso brasileiro, a relação entre a Dívida Líquida do Setor Público (DLSP) e o Produto Interno Bruto (PIB) corresponde a 36,5% em 2011 (BANCO CENTRAL DO BRASIL, online); essa relação, mesmo sendo menor que a de países da Zona do Euro, continua alta pós-redução do governo Luís Inácio Lula da Silva que, ao final do governo Fernando Henrique Cardoso era de 60,4%. A partir de estudos da Auditoria Cidadã da Dívida informa que

No orçamento geral da União de 2011, foram utilizados 45% dos recursos do orçamento somente para pagamento dos juros da dívida (R\$ 708 bilhões de reais ou U\$ 406 bilhões de dólares). Por outro lado, foram destinados apenas 4,07% para a saúde, 2,99% para a educação, 2,85% para a assistência social, 2,29% para políticas de trabalho, 0,12% para a reforma agrária e 4,41% para a segurança pública [...]. (apud BOSCHETTI, 2012, p. 39).

A imensa parcela de recursos públicos oriundos do pagamento de impostos e contribuições sociais é desviada para o pagamento dos juros da dívida também por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU) que, desde 1994 retira 20% do orçamento da seguridade social (políticas de saúde, previdência e assistência social), das receitas advindas das contribuições sociais. Ivanete Boschetti informa⁶ o equivalente a R\$ 228,743 bilhões entre os anos de 2005 e 2010, traduzido em quatro vezes os gastos com saúde e seis vezes com a assistência social no ano de 2010.

São medidas macroeconômicas que, segundo Boschetti (2012) requisitam uma leitura contextualizada dos dados que informam crescimento econômico e diminuição da pobreza: é necessário considerar inicialmente o crescimento em relação à economia mundial e latino-americana, pois, por um lado o crescimento se deu por estímulos e investimento na indústria com redução de impostos para algumas mercadorias (carros e eletrodomésticos); no Brasil o Programa de Aceleração do Crescimento é um exemplo de medidas de investimento situando-se na órbita que favorece as empresas e o sistema financeiro. Por outro, têm-se o aumento de Investimentos Externos Diretos (IED), estes com forte retração em 2008/2009 na América Latina e Caribe, investimentos que possuem relação direta

⁶ A partir de dados da ANFIP (Análise da Seguridade Social em 2010, publicado em 2011, p. 62).

com a deslocalização da produção. Ou seja, o investimento estrangeiro e a realocação de indústrias atraídas por estímulos fiscais e pelo reduzido custo da produção (baixos salários e frágil ou ausência de proteção trabalhista) estão entre as características do crescimento dos países que com o Brasil constituem o chamado Brasil, Rússia, Índia e China (BRIC).

Em outro estudo, a mesma autora situa a crise no movimento de mundialização do capital; discordando de abordagens míticas da globalização, refere-se a um jogo em que a adequação dos países pobres à versão globalizada do mundo do capital significa a concentração do poder em pequenos grupos, e consequências destrutivas à vida dos trabalhadores, abarcando emprego e salários, a proteção social (BOSCHETTI, 2010). A crítica que se segue é aos preceitos neoliberais que no âmbito do comércio internacional, para enfrentar a competitividade com os países periféricos, afirmam a necessidade de se reduzir os salários e a proteção social nos países centrais, pois encarecem os custos da produção; tal redução, nos países periféricos, é justificada para se manter a competitividade e a exportação de mercadorias. Nessa análise, a autora destaca, porém, a desigualdade expressa na desfavorável e desigual relação entre os países na economia mundial que, em decorrência do pagamento da dívida e seus encargos, a transferência de capital dos países periféricos aos países centrais é muito maior do que o fluxo inverso na forma de investimento produtivo. Para Giselle Silva (2011), a partir da orientação da política econômica nos países periféricos desde os anos 1970, que vem drenando os recursos das políticas sociais, constitui a dívida pública, que captura o fundo público, um dos principais instrumentos de dominação dos países centrais.

Montaño e Duriguetto (2010) explicam que no processo de mundialização do capital, a sua internacionalização e valorização em busca da recuperação das taxas de lucro, a chamada globalização incorpora os países da extinta União Soviética e praticamente o planeta inteiro ao mercado capitalista. O comando da acumulação passa a ser exercido pelos grupos industriais transnacionais articulados às instituições financeiras, cujo investimento desloca-se da esfera da produção e do comércio. A adaptação pressupõe a liberalização e desregulamentação da economia, contando o capital mundialmente articulado com os Estados locais a impor tais políticas em cada país. Aos países periféricos, a abertura comercial e o desmanche do seu protecionismo estatal implicou no

desmonte do seu parque industrial dado a desvantagem da sua produção em relação aos países centrais.

Ainda sob o cenário dessa crise global, as suas consequências para o trabalho são segundo Antunes (2010), a erosão do trabalho contratado e regulamentado, substituído por mascaradas formas de auto-exploração do trabalho definidas como trabalho atípico, voluntário, empreendedorismo e cooperativismo. Penalizando primeiramente os imigrantes, a explosão do desemprego estrutural em escala global atinge a todos os trabalhadores, estáveis ou precarizados, formais ou informais, os homens e as mulheres. O seu enfrentamento é indicado para um posicionamento que, sem ilusões quanto à possibilidade de reformas ou humanização, seja resgatada uma sociabilidade com sentido humano e social da produção.

A presença do trabalho escravo em todo o Brasil, com predominância em regiões de extrema pobreza em alguns Estados do norte, nordeste e centro-oeste do país, foi diagnosticada pelo Atlas do Trabalho Escravo no Brasil. Esses trabalhadores chegam a ficar vigiados por guarda armada. Dessa forma, ficam impossibilitados de fugir, e endividados, pois são responsabilizados por todos os custos de sua manutenção e de instrumentos de trabalho. Para De Lavor (2012, p. 20), a escravidão está relacionada, entre outros, às atividades de desmatamento especialmente em regiões remotas, fator que dificulta tanto a fiscalização quanto a saída dos trabalhadores desses locais. E também se relaciona à situação de miséria e falta de oportunidades desses trabalhadores, apontadas como causa para o aliciamento.

A denominada ofensiva neoliberal que na realidade brasileira se materializa nas contra-reformas, também do Estado para atender às novas demandas do capital daí decorrentes, significa a supressão de direitos elementares legalmente garantidos, aprofunda a histórica desigualdade e concentração de renda. Solapando condições de vida e trabalho, imprime perdas e derrotas aos trabalhadores, conseguindo demolir estruturas organizativas dos mesmos.

Nessa direção, políticas de geração de emprego e renda não têm alcançado a prioridade e, havendo, em consequência, o aumento das políticas de transferência de renda com proliferação na América Latina e em toda a Europa: o crescimento dos programas assistenciais de transferência de renda, em número de países em que se fazem presentes e em número de famílias atendidas, expressa a

tendência de ênfase no aumento do consumo que, com investimentos focalizados na pobreza extrema, dista-se de investimentos em políticas sociais universais. E não deixam de se caracterizar como programas pobres e de abrangência insuficiente não atingindo a cobertura total das pessoas em situação de pobreza e de indigência, mesmo sem desconsiderar sua função de controle e de recurso necessário à manutenção da coesão.

A intensificação dos programas de transferência de renda condicionada é situada nos anos 2000 por Stein (2008) no que se refere aos países da América Latina, conformando programas destituídos do caráter de direito e restringindo-se à sobrevivência. Assinala-se a experiência como tardia ao localizar que tal ampliação, assim como o movimento de reforma dos programas já existentes, ocorre quando já era realizada a adequação e reavaliação de um ciclo nos países europeus. Ao analisar tais programas na América Latina, a autora sinaliza para o empenho expressivo em aperfeiçoar os instrumentos de focalização nesses países, em detrimento do princípio da universalização. Centrados no conceito de capacidades dos indivíduos, indica como características a responsabilização da sociedade e não do Estado e, dessa forma, a centralidade no individual e na liberdade, afastando-se do coletivo e da igualdade. Contudo, diferencia o que na experiência européia é localizado como sendo um *último recurso* de segurança, vindo a se constituir no âmbito latino americano como “[...] primeira e única possibilidade de acesso a qualquer tipo de recurso, em espécie ou afetivo.” (STEIN, 2008, p. 199).

Reconhecer a importância de tais políticas no enfrentamento da pobreza e da desigualdade não permite, por outro lado, não sinalizar as características neoliberais presentes nas mesmas nos beneficiando das produções de Boschetti (2010) e, Pereira e Siqueira (2010): não têm caráter preventivo atuando na minimização da situação instalada; uma vez não inscritos como direitos, são presas fáceis do populismo e do clientelismo configurando-se como benefícios; são categoriais, procedendo a uma diversa segmentação quanto ao público atendido; e pode constituir-se na chamada armadilha da pobreza, pois se considerados enquanto renda familiar impede o acesso a outros serviços assistenciais, não permitindo sua melhora na condição de vida.

Aos seus valores reduzidos, nem sequer se aproximando do valor do salário mínimo, acrescente-se o caráter comprobatório da pobreza e a necessidade de

cumprimento de condicionalidades. Quanto à exigência de cumprimento de condicionalidades, um verdadeiro contra-senso numa realidade de baixa qualidade dos serviços ofertados, dificuldade de acesso ou de ausência dos mesmos. Isso, sem mencionar o fato de que cobrar contrapartida de vítimas históricas de dívidas sociais acumuladas por governos negligentes é atentar contra a cidadania” (PEREIRA; SIQUEIRA, 2010, p. 222). Ao tempo que a definição ou elegibilidade a partir de critérios de renda se traduz num conceito de pobreza limitado (e limitador das possibilidades) à renda; a centralidade nos programas de transferência de renda procede a uma redução de todas as formas de privação à falta de renda familiar.

Na avaliação dos programas de transferência de renda no país, Giselle Silva (2012) destaca entre seus limites, a sua incapacidade de garantir autonomia e independência, serem programas que apenas amenizam o sofrimento das famílias, podendo gerar conformismo e passividade diante da condição de pobreza e miséria; mesmo quando estatísticas informam que seus beneficiários tenham deixado de ser indigentes e pobres. Quanto ao papel desempenhado por esses programas para o capital, acrescenta ao fato de não atingirem a estrutura em que se assenta a desigualdade social no país, serem exitosos mecanismos na contenção de tensões e considerados grande arma eleitoral.

Com o aval e incentivo do Estado, esses programas são operados por instituições do sistema bancário-financeiro, remuneradas pelo Estado para essa atividade, cujo capital insere-se na ciranda financeira, que disponibiliza crédito a essas famílias, sendo tais programas, por mais essa razão, considerados funcionais e lucrativos ao capital (SILVA, G. S., 2012).

Nesse sentido, é fundamental o entendimento acerca da abrangência e do profundo significado da condição de vida daqueles por quem falam os dados e as estatísticas, para quem são pensados tais programas e que não têm lugar prioritário no âmbito das opções e medidas macroeconômicas adotadas

[...] a condição vivida de pobreza é muito mais que falta de rendimento. Ela revela, objetivamente, o não acesso da classe trabalhadora à riqueza socialmente produzida. Ela coloca a nu a face mais degradante da desigualdade no acesso aos bens e serviços sociais, e aos direitos absolutamente necessários como saúde, moradia, habitação, educação, trabalho, socialmente produzidos e individualmente apropriados. Ela revela também, subjetivamente, a condição da capacidade humana de conviver com a desigualdade entre pobreza e riqueza, entre acesso e não

acesso, entre possibilidade e não possibilidade. Viver em situação de pobreza é, também, conviver com o sentimento da falta, da incerteza, da dureza, do medo, da insegurança, da violência e barbárie que essa condição impõe cotidianamente. (BOSCHETTI, 2012, p. 45).

A vasta demonstração dos índices de concentração da renda, riqueza e propriedade, das condições de trabalho e renda, de aprofundamento da pobreza, e, dentre outros, dos bárbaros índices de violência no país, expressão de pesquisas responsáveis e qualificadas ou de uma mídia comercial disseminadora de visões estereotipadas e não por acaso, distorcidas, indicam sua necessária apreensão guiada por rigoroso trato teórico, ético-político que não prescindia da sensibilidade acima registrada. É necessário bem conhecê-los como bem conhecida é [...] a miséria do Estado para superar o estado da miséria, no contexto do ajuste fiscal neoliberal.” (BEHRING, 2004, p. 177).

A continuidade histórica de defesa dos interesses de pequenos grupos quando das decisões políticas macroeconômicas deve ser apreendida em meio à compreensão das condições de um país que, por não ser pobre é, por isso mesmo, extremamente injusto e desigual, e que a adoção de estratégias capitalistas de regulação do mercado a baixo custo passa, segundo Boschetti (2012), longe de se configurar um novo modelo de desenvolvimento social. O modelo de crescimento ou de amortização dos impactos da crise norteados por uma intervenção estatal de socorro às instituições bancárias irrigando o mercado de crédito também no Brasil, e de garantia de manutenção de consumo elevado, implicaram no endividamento de famílias favorecendo as empresas e o sistema financeiro estando assim longe dos moldes regulacionistas inscritos no modelo keynesiano. Não objetivam a redução da desigualdade, nem a universalização dos direitos e das políticas sociais.

O movimento de contra-reformas de caráter neoliberal que duramente têm atingido as políticas sociais tem entre suas apresentações o chamado Estado penal e a criminalização da pobreza e dos movimentos sociais, enfim, profunda incerteza no viver. Behring (2004) discute o pluralismo de bem-estar situado no capitalismo contemporâneo que edifica de forma sofisticada e prioritária um Estado penal, chamando a atenção para os argumentos que, contraditoriamente, explicam esse sistema plural enquanto diferente e alternativo também ao Estado Policial, não só ao Estado de Bem-Estar.

Seu alerta para o fato de que há um desconhecimento e mesmo reduzidos debates sobre a condição carcerária no país é acompanhado pela informação⁷ do crescimento exponencial da dotação orçamentária do Departamento Penitenciário Nacional de R\$ 24,2 milhões em 1994 para R\$ 258,1 milhões em 2001, ano em que o gasto com a construção, ampliação e reforma de prisões foi da ordem de R\$ 237,6 milhões. Já a contratação de trabalhadores para a ressocialização dos presos limitou-se à variação entre 6 e 16% do gasto. A tendência de crescimento dos gastos com polícia e prisões é confrontada com um crescimento vegetativo do gasto social brasileiro⁸.

A massificação do encarceramento no Brasil expressa para Felipe (2013) a funcionalidade da prisão como controle, ficando a barbárie acobertada por detrás dos muros, causando um distanciamento para o alcance de uma sociedade justa e solidária. Numa referência ao período da ditadura militar quando se destituía da condição de humanos os que se opunham àquele sistema, o inimigo na atualidade é outro, é [...] o pobre, o negro, o jovem, os militantes de direitos humanos. Na Europa, acrescenta-se que o inimigo também é o estrangeiro (percentual significativo dos presos); nos Estados Unidos, há maior destaque para os negros.” (FELIPE, 2013, online). A autora⁹ enfatiza a necessidade de deixar de ver os presos como inimigos, o que requisita concomitante efetivação do combate à tortura no país; ao aparato judiciário cabe o devido cumprimento de suas funções, mas a sociedade precisa conhecer o que realmente ocorre, precisando ser essas portas escancaradas.

Bava¹⁰ (2013) traz o aumento da população carcerária no país a partir dos dados do Departamento Penitenciário Nacional informando que a situação dobrou em dez anos, passando de 233 mil presos no ano 2000 para 549.577 presos em junho de 2012. A situação é considerada preocupante tanto pela atuação das polícias civil e militar como pelo número de presos provisórios (que engloba os casos de flagrantes e medidas cautelares), 232.244 pessoas o que corresponde hoje 42% dos encarcerados, mantendo na cadeia, ilegalmente, pessoas que já

⁷ A partir do documento Relatório e Pareceres Prévios sobre as Contas do Governo da República – Exercício 2001 – Tribunal de Contas da União, 2002.

⁸ A estagnação revelada por Behring (2004), com destaque para sua ocorrência mesmo no governo Lula, tem por base a pesquisa realizada pelo Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e da Seguridade Social da Faculdade de Serviço Social – Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

⁹ Co-fundadora da Associação Juizes para a Democracia e desembargadora do Tribunal de Justiça de São Paulo.

¹⁰ Silvio Caccia Bava, Diretor e editor-chefe do Le Monde Diplomatique Brasil.

deveriam ter saído, ou nunca ter sido presas. O autor define a existência de uma divisão social do trabalho decorrente do quadro apresentado, onde a repressão e o controle são exercidos pela polícia e a classe média que gasta com a segurança privada que garante a vigilância patrimonial, detalhando

A segurança se privatiza, um mercado nacional que em 2002 era estimado em R\$ 36 bilhões e apresenta um crescimento de 7% a 10% ao ano. Seu primeiro cliente são os governos, que terceirizam os serviços de segurança da administração pública (32%), seguidos da indústria (29%), bancos (23%), condomínios (7,6%), comércio e serviços (7,5%). Ela emprega um verdadeiro exército: 690 mil trabalhadores. Aqui não contam os seguranças contratados na informalidade, um exército paralelo composto principalmente de policiais em horas de folga. (BAVA, 2013, online).

Ao considerar que da criminalização da pobreza decorre o deslocamento do fundo público para as políticas de contenção da desordem, na realidade brasileira, que comporta o questionamento se o que se visualiza é o surgimento de um Estado penal ou mesmo, se é o velho que se apresenta no novo, expressando a violência um componente estrutural nessa formação social, é pertinente o questionamento quanto ao alcance da política social. Que possibilidades se reúnem de enfrentamento dessa condição estrutural da realidade imposta por esse sistema de produção (ou destruição?)?

Para Behring (2004, p. 178), a política social —[.] parece estar sendo transformada numa ambulância precária das vítimas do ajuste do capital.” Sinaliza, porém, duas direções para tal enfrentamento: a disputa pelo fundo público de maneira que seja ampliada a cobertura social, sendo estratégica, na perspectiva de outra sociabilidade, a defesa da seguridade social pública estar inscrita na agenda dos movimentos sociais. Por outro lado, *livrar corações e mentes*, desmistificando a lógica que sobrepõe as coisas às pessoas é o que a autora apresenta como uma disputa social mais dura e longa.

A seguridade social, concebida como arena de conflitos, é espaço de fortes disputas de poder e recursos, e fruto das lutas da classe trabalhadora. A defesa e a ampliação dessas conquistas e o efetivo posicionamento contrário às reformas neoliberais constitui desafios permanentes para a consolidação da seguridade social pública e universal. No movimento histórico pós 1988, visualiza-se a (não) implementação da seguridade social, seu desmonte gradual e permanente sendo o orçamento, o seu aspecto mais destrutivo, regressivo por não transferir renda do

capital ao trabalho¹¹. Tem-se aí o predomínio da lógica do seguro como elemento estruturante e de limites estruturais à sua efetivação ditados pela ordem capitalista (BOSCHETTI, 2009a).

Afirma-se a maior garantia de acesso a direitos por meio da seguridade social quando ocorre na sua implantação o distanciamento da lógica do seguro, que remete a uma aproximação da lógica social. O que implica em efetivar a ampliação de direitos e benefícios também aos trabalhadores não inseridos no mercado formal e estável de trabalho. Reconhecendo no Brasil o predomínio do modelo bismarckiano na previdência social, ao lado do modelo beveridgiano que orienta a estruturação da saúde pública e a assistência social, entende-se que, assim constituída, a seguridade social propõe uma forma de proteção norteadas pelos limites da inserção formal do trabalhador no mercado de trabalho, ou vinculado à previdência como autônomo ou segurado especial. Essa análise de Boschetti (2009a) registra ainda a desconfiguração dos direitos constitucionalmente garantidos; a fragilização dos espaços de participação e controle democrático¹², com a extinção do Conselho Nacional de Seguridade Social obstaculizando a articulação e unidade às três políticas.

As políticas de seguridade são entendidas, nesse contexto, como atuantes menos na redução que na reiteração das desigualdades sociais, dado o distanciamento dos preceitos constitucionais e os impactos sofridos pelas fortes investidas no sentido de sua desconfiguração e desmonte, com o predomínio da lógica securitária, de produção e reprodução do capitalismo. Referimo-nos a uma política social conquistada em período de crise econômica, recessão, num cenário de não generalização da condição salarial no país. E que entra os anos 1990 com um padrão regressivo de financiamento, que promove a extinção de mecanismos de controle e participação dos trabalhadores nos processos decisórios.

No país, as propostas neoliberais são iniciadas com as chamadas “reformas” estruturais no governo Fernando Collor de Melo, aprofundadas no governo Fernando Henrique Cardoso a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado (MARE), coordenado por Luís Carlos Bresser Pereira, e tem sua continuidade nos governos Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff.

¹¹ Discutimos a contribuição dessa autora na subseção 1.1 deste estudo.

¹² A expressão “controle democrático” também presente em outros autores é informada em Bravo e Correia (2012) que, na perspectiva das classes subalternas, foge do sentido presente na expressão controle social remanescente do contexto ditatorial, de controle exercido pelo Estado.

O período é caracterizado como de implantação de contra-reformas, categoria esta justificada por Behring (2008a) por dois elementos: por um lado, tem-se a pressão dos trabalhadores com a viabilidade de procedimentos democráticos de proteção ao emprego e garantias sociais quando da constituição do *WelfareState* nos países centrais do capitalismo no século XX, combinando acumulação e diminuição dos níveis de desigualdade. Essa reforma, dentro do capitalismo, com ampliação do papel do fundo público, situa o neoliberalismo como reação burguesa regressiva, conservadora e monetarista, dentro da qual se localiza a contra-reforma do Estado. Por outro lado, é possível falar de uma contra-reforma em curso na realidade brasileira, impedindo uma reforma democrática mesmo que limitada, tendo em vista o que a autora chama de *espírito welfareano* que se inscreveu especialmente no capítulo da Ordem Social na Constituição brasileira de 1988.

Originadas nas recomendações de ajuste dos organismos financeiros internacionais como o Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional para os países periféricos do capitalismo tais reformas significam em relação às condições sociais na América Latina, —[...] de um lado, o agravamento das condições anteriores de desigualdade social e, de outro, o surgimento de novas formas de pobreza ou exclusão social, sobretudo devido ao advento maciço do desemprego.” (SOARES, 2002,p. 33).

Desemprego estrutural, reestruturação produtiva e precarização do trabalho, relações de intolerância, violência e barbárie encontram-se entre as consequências e condições contemporâneas resultantes desse projeto que prioriza as demandas e interesses do capital em detrimento das necessidades do trabalho, da humanidade. Questões cujo enfrentamento tem se estruturado a partir da não responsabilização por parte do Estado no sentido de dar respostas às sequelas da questão social, o que significa um chamamento ao protagonismo da família e da sociedade civil valendo-se de parcerias, do voluntariado, da filantropia e da solidariedade; do desfinanciamento e fragmentação das políticas como visto na seguridade social; do enfraquecimento e não efetivação dos espaços públicos – de todos – de controle democrático.

Esse movimento antidemocrático, de redução e supressão de direitos, de não priorização das necessidades humanas evidencia a necessidade de reforço ao debate sobre os espaços e posicionamentos voltados a superar a lógica de

interesses particularistas, impulsionando a defesa e consolidação de demandas coletivas e populares. Orientando-nos por essa compreensão, abordamos na seção subsequente os conselhos de políticas públicas, umas das possibilidades de participação e controle social, de fortalecimento das lutas sociais, com a organização da classe trabalhadora.

2.2 Participação e controle social: os conselhos como estratégia

2.2.1 Participação e enfrentamento coletivo na defesa de direitos

As contradições, na maioria das vezes, explodem, cotidianamente, invisíveis. Bairros e pessoas pobres, assaltos, lixo, doenças, engarrafamentos, drogas, violência, exploração, mercado de coisas e de corpos transformados em coisas. As contradições surgem como grafites que insistem em pintar de cores e beleza a cidade cinza e feia. Estão lá, pulsando, nas veias que correm sob a pele urbana. (IASI, 2013, p. 41).

O entendimento consciente da relação objetiva entre indivíduos particulares e humanidade como determinação vital ocorre tardiamente na história, apenas no século XX de maneira não religiosa, abarcando a compreensão de ameaça ao destino da humanidade e não apenas a situação contingente desta.

É nesse sentido que Mészáros (2007) afirma o enfrentamento de uma escala temporal histórica indefinida, orientada pela relação entre decisões e capacidade/possibilidade de fracasso do sistema em questão. A urgência e especificidade desse tempo histórico afirmam, segundo Mészáros (2007) que, não só se pode como se deve, ser adotada a harmonia entre o tempo histórico dos indivíduos com o tempo da humanidade, essa relação não necessita ser antagônica; o autor aponta para o engajamento dos indivíduos sociais na luta pela realização das potencialidades positivas da humanidade, afastando-nos radicalmente das concepções que orientam uma sociabilidade destrutiva, e que não apontam para uma sociabilidade responsável e de cooperação. Ao afirmar a intervenção dos indivíduos particulares e destes como sujeitos sociais enquanto grupos sociais, explica a humanidade não agindo por si mesma.

No sistema capitalista, caracterizado pelo curto prazo e não por uma previsão confiável, de milhares de anos, é inconcebível o planejamento consciente, que compreenda a necessária relação entre as escolhas de valor instituídas pelos

indivíduos sociais e o destino da humanidade. Ultrapassando o transcendentalismo religioso e uma suposta predestinação absoluta, é salutar a compreensão dos indivíduos sociais enquanto produtores de mudança.

Como seres *automediados*, e não *indivíduos-genéricos*, eles não são apenas aqueles que sofrem as condições antagônicas da “sociabilidade a-social”, são também seus produtores. Ademais, o que é historicamente criado pelos seres humanos – mesmo que, em sua origem, sob a condição de antagonismos sociais estruturalmente engastados – pode ser também historicamente alterado e em última instância consignado ao passado. Mas a precondição necessária para o sucesso nesse respeito é o engajamento dos indivíduos na tarefa de superação dos antagonismos em questão por meio da instituição de uma ordem social radicalmente diferente e historicamente viável: o único modo concebível pelo qual os antagonismos estruturais profundamente enraizados podem ser suplantados. (MÉSZÁROS, 2007, p. 39, grifo do autor).

A compreensão sobre o confrontar-se ou esquivar-se dos desafios e do fardo colocados pelo tempo presente, ou, em outras palavras, o posicionamento orientado por uma visão determinista ou fundamentada em uma concepção de totalidade e historicidade, é acionada nessa reflexão sobre a ocupação dos diversos espaços de defesa dos interesses públicos, e dessa forma coletivos.

A processualidade histórica da construção de novas modalidades na relação do Estado com a sociedade, na particularidade brasileira, conseguiu materializar na Constituição de 1988 e nas legislações infraconstitucionais, a possibilidade de controle democrático na gestão pública.

Significa a inserção e participação social no âmbito da política institucional enquanto parte constitutiva do movimento de avanço da democracia representativa para a democracia participativa, por meio dos conselhos e conferências dentre um conjunto de mecanismos de controle social postos em prática como o orçamento participativo, os fóruns e audiências públicas.

Os conselhos são instâncias colegiadas, permanentes, de composição paritária entre representantes do governo e da sociedade civil, ainda que seu caráter deliberativo não seja garantido em todos os conselhos. Nas três esferas de governo e em diversas áreas das políticas estatais implementadas, os conselhos objetivam, dentre outros, acompanhar, avaliar, fiscalizar e deliberar. As conferências setoriais devem propor diretrizes e avaliar as políticas específicas nas três esferas governamentais. A participação institucionalizada é apresentada por Carvalho (1995, p. 26) como “[...] processo de inclusão no arcabouço jurídico

institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade investidas de algum nível de responsabilidade de governo.”

Essa movimentação de luta pela reconstrução do Estado Democrático de Direito no enfrentamento da ditadura militar instaurada em 1964, é localizada entre os anos 1970/1980 e traz da clandestinidade à cena pública um conjunto de mobilizações políticas e populares. Entre elas, Raichelis (2011) elenca o sindicalismo e as greves metalúrgicas paulistas, movimentos de mulheres, jovens, de favelas, cortiços e os movimentos populares e nas periferias animados pela teologia da libertação. “Também aí vamos situar as origens do PT, da CUT, do MST, que confluíram para a luta pelas ‘Diretas Já’, em 1984, e, depois, para a Assembléia Constituinte que vai elaborar a Constituição Federal de 1988.” (RAICHELIS, 2011, p. 21).

Entende-se com isso que os processos de resistência alteram as condições de vida e trabalho; e que o projeto de vida instituído pelo capital, operando em diversos níveis de opressão e exploração, por outro lado, se traduz no chamado conformismo na vida cotidiana de amplos segmentos populacionais.

Mauro Iasi (2013, p. 44), ao discutir as mobilizações nas ruas brasileiras em junho de 2013 afirma que a passagem dos indivíduos da condição de serialidade, isto é, de aprisionamento em casulos individuais, sem formar um grupo e uma coletividade, ocorre “[...] quando a impossibilidade se torna ela mesma impossível”, a exemplo da luta contra o aumento do preço das passagens de ônibus, onde a ordem estabelecida diz que é impossível baixá-lo!

O autor explica: as relações sociais na sociabilidade do capital são apreendidas por nossa consciência imediata como naturais e imutáveis, desarticuladas da totalidade. É assim que a particular forma de existência, a sociabilidade do capital, assume, mediada pela ideologia, a expressão do real, como sendo a forma, a realidade. “A principal mediação que age sobre a consciência reificada é a ideologia.” (IASI, 2013, p. 43). Aqui o autor recorre a Karl Marx e Friedrich Engels, em *A ideologia alemã*, para explicitar a função das ideias de garantir a reprodução da classe dominante.

Nessa compreensão, a luta, a outra mediação, não é a regra. Pois o cotidiano é o campo da adaptação, no sentido do controle e não da vazão às inquietações: se não podemos fazer nada, porque é imutável, então racionalizamos ou vivemos a revolta na própria serialidade. Na luta, ao contrário, Iasi (2013) afirma

a presença da tentativa de negação parcial ou de toda a ordem estabelecida por meio de formas coletivas como os movimentos sociais, partidos de esquerda, sindicatos.

Mas a não participação dos indivíduos serializados não ocorre, para esse autor, em razão de problemas da comunicação ou organização, ou mesmo dificuldades relativas a horário ou formas de abordagem. Essas dimensões precisam da mediação da política, e ser apreendidas na dinâmica da luta de classes.

Nessa perspectiva, recorremos a Raquel Raichelis que situa o atropelamento à construção democrática no Brasil ocorrido a partir dos anos 1990 de ajuste macroeconômico a um simultâneo ajuste estrutural das cidades, com orientação dos organismos financeiros internacionais como o Banco Mundial

É, portanto, nas cidades, que a questão social concentra as mais dramáticas expressões, como o desemprego, a precarização das relações de trabalho, a insegurança social, a violência urbana. E também o aumento da repressão oficial sobre os pobres, a atualização de práticas higienistas, a retomada da idéia de classes perigosas, que é uma noção que remonta à transição do século passado no Brasil. (RAICHELIS, 2011, p. 26).

O direito à cidade é entendido¹³ como parte da necessária reforma urbana que tem uma concepção de seguridade social ampliada: pressupõe, entre outros, o direito ao trabalho, à segurança pública e à participação política. Sendo assim, não pode prescindir do direito à educação e à cultura. Abarca o respeito à questão étnico-racial, à diversidade humana, à liberdade de orientação e de expressão sexual, de identidade de gênero. Essa proposição compreende as cidades enquanto fruto do processo de desenvolvimento, perverso e desigual, de cunho neoliberal

[...] caracterizando-se por profundas desigualdades econômicas, sociais, políticas, culturais e ambientais, marcado pelo caráter predatório da industrialização, destruição dos recursos naturais, despejo de diferentes populações de suas terras e moradias de origem, desemprego e baixos salários, trabalho informal, precarização da educação e saúde, pobreza nas áreas urbanas e criminalização dos movimentos sociais. As raízes desse processo estão relacionadas à modernização conservadora e excludente do Brasil, marcada por uma urbanização que combinou um

¹³ Reportamo-nos aqui ao debate e compreensão contemporâneos da categoria dos assistentes sociais, inserida que está na luta pela efetivação e ampliação desses direitos.

gigantesco processo migratório do campo para as cidades com a expansão das cidades por periferação, com a reprodução da força de trabalho pela via da subsistência e espoliação territorial. (CFESS, 2011, p. 1).

Dessa maneira, o debate envolvendo as dimensões ética, política e social sobre o direito à cidade devem considerar a sua transversalidade nas políticas públicas e na defesa dos direitos humanos. Pressupõe um debate intercultural fundado na lógica da igualdade e liberdade substantivas.

Em tempos de banalização da vida e processos de mercantilização em quase todas as dimensões da vida social, tornam-se imperativas melhores condições de inserção e participação consciente, afirmando a contradição no entendimento da vida social, pois é no cotidiano também que se objetivam as respostas às demandas e aos desafios colocados para a efetivação e defesa das conquistas democráticas.

Tudo isso implica na opção por uma análise crítica da realidade concreta em que se insere a política de saúde e a população usuária dos serviços prestados, que permita discernir as armadilhas postas pelo projeto neoliberal das proposições condizentes com uma sociedade livre de injustiça, desigualdade e opressão. Referimo-nos a uma análise que qualifique teórica, política e eticamente a compreensão de modo a decifrar e apreender as determinações presentes.

Sob circunstâncias e relações sociais historicamente determinadas, em que as mediações primárias entre a humanidade e a natureza voltadas para a satisfação humana, lutando contra a escassez (tirana), não sejam inversamente colocadas como de segunda ordem em relação ao capital, Mészáros (2007) afirma o desenvolvimento de um intercambio enriquecedor, contínuo e integralmente desdobrado das potencialidades dos indivíduos e da humanidade,

Pois os indivíduos podem adotar como suas aspirações próprias os valores que apontem em direção à realização das *potencialidades positivas* da humanidade e, assim, também desenvolver a si mesmos positivamente; ou, ao contrário, podem fazer escolhas que ajam contra as *potencialidades positivas* da humanidade e as conquistas historicamente alcançadas. No último caso, evidentemente, tornam-se os portadores mais ou menos conscientes do *contravalor*, ainda que suas ações sejam na realidade inteligíveis pelas determinações retrogradadas de classe, e não por motivações puramente pessoais, como os discursos morais filosóficos abstratos e religiosos frequentemente as descrevem. (MÉSZÁROS, 2007, p. 35, grifos do autor).

No âmbito dos serviços prestados nas políticas públicas, uma concepção de sujeitos coletivos e a adoção de uma postura profissional que possibilite acesso e compreensão das informações, que permitam a construção da consciência crítica, compõem um processo reflexivo estabelecido nas relações entre usuários e profissionais, devendo criar condições para a elaboração de sua própria concepção de mundo, —[...] que se façam sujeitos do processo de construção da sua história, da história dos serviços e das instituições e da história da sua sociedade.” (MIOTO, 2009, p. 503).

Para Safatle (2013, p. 46) é a experiência de descobrir os verdadeiros autores da nossa música. —Quem a compôs foi uma idéia que usa os povos para se expressar. Quando isso fica evidente, um momento histórico se abre, impulsionado pela efetivação de exigências de universalidade.”

A interessante reflexão do autor está inserida na sua abordagem sobre a força das ideias que consegue mobilizar populações absolutamente dispersas (SAFATLE, 2013). Nesse sentido, afirma se tratar de um princípio básico da soberania popular a escolha da música justamente por quem paga a orquestra, ou seja, a população.

A necessidade de politização da economia é evidenciada, segundo Safatle (2013) pela incapacidade da democracia parlamentar de, não sendo o capítulo final da democracia efetiva, defender a população das operações dos sistemas financeiros e a estes impor limites.

No entanto, se há algo que a verdadeira política democrática nos exige é só falar de democracia no tempo futuro, só falar de democracia como democracia por vir. Quando se acredita que a democracia já está realizada no nosso ordenamento jurídico, já está realizada no nosso Estado, na situação social presente, então todas as imperfeições do presente ganham o peso da eternidade, aparentam ser eternas e impossíveis de superar. Na verdade parece ser criminoso tentar superá-las sem respeitar os procedimentos jurídico-normativos criados, na maioria das vezes, exatamente para que nenhuma superação real seja efetiva (SAFATLE, 2013, p. 47-48).

O enfrentamento dos conflitos e desafios existentes na preservação e efetivação dos direitos contemplados na seguridade social e aqui, especificamente, na saúde não é tarefa simples, seu estudo e compreensão devem considerar elementos essenciais que se encontram em movimento e em relação, o seu caráter histórico. Tampouco pode ser tarefa designada a uma profissão ou segmento,

descontextualizada também no que diz respeito à intersectorialidade, à participação da sociedade e do dever do Estado. São dimensões constitutivas de amplo e coletivo processo, no horizonte de degradadas condições de vida e existência humanas, condicionadas pelo espaço e pelo tempo sócio-histórico.

A desconstrução dos direitos sociais historicamente conquistados face ao domínio do capital sobre o trabalho que globaliza a economia e a pobreza, e em consequência tem se expressado em esvaziamento e refluxos movimentos sociais, coloca desafios ao controle social. São tempos em que o fortalecimento de processos progressistas a favor da equidade e justiça social, da emancipação dos segmentos populares não pode prescindir da luta pela efetivação da participação e da democracia enquanto socialização da política e da riqueza.

Procuramos discutir, nesse momento do estudo, o entendimento acerca da participação da sociedade civil no sentido com que vimos utilizando a expressão para discutir o direito à saúde pública, enquanto parte fundamental para efetivação dos espaços e mecanismos de resistência aos processos de privatização das políticas sociais. É assim, mecanismo para efetivação do Estado democrático.

Moroni (2009) aborda o potencial desestabilizador que a participação tem em relação às estruturas de dominação, sendo por isso mesmo muitas vezes neutralizada. Nesse cenário, ocorre uma redução da participação política e da democracia que se limita a um método de escolhas de representantes por meio de eleições. Tal redução, aliada ao estabelecimento da igualdade em termos meramente formais, obscurece a real situação de opressão e dominação de países como os da América Latina, cujo autor, o Estado [..] nunca foi democrático ou de fato público, mas patrimonialista ao extremo, patriarcal e, no caso brasileiro, escravocrata e burocrático.” (MORONI, 2009, p. 249).

Materializam-se avanços com a Constituição Federal de 1988 quando da criação de mecanismos de democracia direta como plebiscito, referendo e iniciativa popular. E a democracia participativa por meio de mecanismos como os conselhos e as conferências, constitutivos do sistema descentralizado e participativo. Ao tempo que no âmbito das decisões referentes à escolha do modelo de desenvolvimento do país e à política econômica adotada, Moroni (2009) salienta que nenhum mecanismo de participação foi incluído.

Esse sistema descentralizado e participativo representa uma nova concepção do espaço público e da democracia, enfrenta a ausência de

mecanismos de controle sobre as ações do Estado. Tem sua legitimidade relacionada ao reconhecimento da democracia participativa enquanto possibilidade de ampliação do espaço público e da democracia política, ao reconhecimento do direito à participação e à construção do espaço público de conflito, da diversidade dos sujeitos políticos coletivos.

Na definição de participação enquanto possuidora de duas dimensões interligadas, a política e a pedagógica, Moroni (2009) afirma que esta última relaciona-se à transformação ocorrida em todos que vivenciam os processos participativos onde o interesse público passa a ser de todos por meio de uma construção dialogada. A interação possibilita aos sujeitos coletivos a reivindicação de direitos e reconhecimento, e a própria redistribuição de poder e de riqueza. Não sendo instrumental a um projeto político, a participação

[...] antes de tudo, é a partilha do poder e o reconhecimento do direito a interferir de maneira permanente nas decisões políticas (dimensão política). É também a maneira através da qual as aspirações e as necessidades dos diferentes segmentos da população podem ser expressas no espaço público de forma democrática, estando associada ao modo como esses 'grupos' se percebem como cidadãos e cidadãs (MORONI, 2009, p. 251).

Uma ferramenta pedagógica, o principal instrumento de avanço para as verdadeiras conquistas: assim a participação é entendida na discussão sobre a condição brasileira capitalista dependente e autoritária, no movimento de redemocratização. Referimo-nos ao painel integrante da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. A plenitude dessa participação é alcançada [...] quando o Estado deixa de tutelar a sociedade e quando os cidadãos, de posse de seus direitos, passam a militar ativamente em todos os setores que afetam direta ou indiretamente suas vidas.” (YUNES, 1987, p. 139).

Na saúde, o conjunto de proposições e mobilizações constituintes do Movimento da Reforma Sanitária brasileira colocou a necessidade da participação social na discussão do modelo de saúde orientado pela lucratividade do setor. Como visto anteriormente nesse estudo, a participação social, por meio das conferências e conselhos, regulamentada pela Lei n. 8.142 (BRASIL, 1990, online), encontra-se entre os avanços e conquistas alcançados por esse Movimento; a descentralização e a participação social são aprovadas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Naquele contexto histórico, a participação social em saúde

foi definida por Machado (1987, p, 299) como “[...] o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde.”

A participação efetiva de trabalhadores e usuários, e assim coletiva, no tocante às decisões que digam respeito ao funcionamento dos serviços e especificamente do SUS, é indicada também por Batista Júnior (2011). Dentre as propostas e ações privatizantes, a Gestão do Sistema e a gerência radicalmente democráticas, composta pela profissionalização e pelos conselhos gestores, dentre outros mecanismos de construção e elaboração, são apontadas como possibilidade de controle da ingerência política, partidária, fisiologista.

Contudo, para a efetivação da participação enquanto elemento constituinte do controle social e do Estado democrático, a presença de alguns mitos é destacada ao tempo em que a sua desconstrução é indicada a partir da compreensão ampliada de democracia e da necessária politização da participação. São eles

- A participação por si só muda a realidade: é um mito que despolitiza a participação, pois não percebe que há sujeitos políticos que não querem que as coisas mudem, não percebe a correlação de forças e, por consequência, não percebe que há outras formas e interesses, alguns legítimos, outros nem tanto, que definem também as políticas. É a despolitização da participação.
- A sociedade não está preparada para participar como protagonista das políticas públicas: este mito baseia-se no preconceito do saber, em que a burocracia ou o político detém o saber e a delegação para decidir. Tal mito justifica a tutela do Estado sobre a sociedade civil, o que leva, por exemplo, o Estado a não criar espaços institucionalizados de participação ou a indicar, escolher e determinar quem são os representantes da sociedade nos espaços criados, assim como não disponibilizar as informações (por que a sociedade não vai entender”).
- A sociedade não pode compartilhar da governabilidade, isto é, da construção das condições políticas para tomar e implementar decisões, porque o momento de participação da sociedade e dos cidadãos e cidadãs é o momento do voto. Essa concepção torna o Estado privado por intermédio do partido que ganha a eleição. Durante o mandato, o partido decide o que fazer conforme os interesses partidários.
- A sociedade é vista como elemento que dificulta a tomada de decisões, seja pela questão do tempo (demora em decidir, obrigatoriedade de convocar reuniões, etc.), seja pela questão de posicionamento crítico diante das propostas ou da ausência delas por parte do Estado (MORONI, 2009, p. 254-255).

A contribuição desse autor para o debate esclarece se tratar de disfarces ideológicos os mitos que dificultam a participação, na realidade brasileira forjados pelos detentores do poder político, poder esse acessado por determinações

funcionais ou de cargo burocrático, econômicas ou mesmo relativas a cargos eletivos.

Observa-se no tocante ao controle social o desafio constante do posicionamento em defesa dos interesses coletivos de maneira a contribuir para a construção de processos que possibilitem escolhas esclarecidas e identificadas com o atendimento das necessidades humanas da maioria da população que, produtora da riqueza, é perversamente excluída do seu uso e apropriação.

Mas que concepção de controle social orienta essas reflexões? Em que condições ocorrem hoje a publicização e a participação nos processos decisórios da vida em sociedade? Vários autores têm estudado a temática do controle social e dos conselhos no universo das políticas sociais públicas, o que tem extrema relevância no contexto de uma disseminada defesa da participação e do fortalecimento da sociedade civil que resguarda diferentes concepções e projetos de sociedade.

No estudo de Carvalho (1995), o controle social presente no início da intervenção estatal na saúde se apresenta no sentido do controle do Estado sobre a sociedade, na lógica do fortalecimento do mesmo, entendido como portador exclusivo do saber técnico, decisório e executivo; a população é o alvo. Materializou-se no país por meio do modelo campanhista, com reações a exemplo da revolta popular contra a vacinação obrigatória contra varíola no início do século XX.

Na evolução histórica, a participação comunitária, o segundo momento do conceito do controle social apresentado por Carvalho (1995), é apresentado como completando o Estado. Originária de padrões de intervenção da medicina comunitária norte-americana que passam a requerer o consentimento da população, no Brasil em meados dos anos 1970, combinam-se ações curativas e preventivas, e intentam equacionar problemas referentes à extensão da cobertura das ações. Propostas que envolviam princípios como regionalização, hierarquização, descentralização e participação foram integradas ao pensamento crítico, ao sistema então vigente assumindo identidade própria e experimentando propostas de real participação popular.

No terceiro momento, a participação popular é expressão do combate ao Estado. A partir de um aprofundamento da crítica e de insatisfação com os resultados provenientes do modelo anterior, a categoria comunidade é substituída pela categoria povo com a designação de parcela excluída ou subalternizada no

acesso aos bens e serviços. A participação nas decisões ocupa lugar central em detrimento da participação nas ações. Segundo Carvalho (1995), passa a ter um sentido de luta e contestação a um Estado que imprime nos serviços de saúde a sua lógica de reprodução ampliada da desigualdade. Essa concepção estabelece vínculos teóricos e práticos com os movimentos sociais urbanos multiplicando-se em finais dos anos 1970 e início dos anos 1980 na área da saúde, caminhando das demandas por acesso a bens e serviços de saúde para acesso ao poder.

Por fim, a participação social enquanto controle do Estado. Não mais a comunidade nem o povo e sim a diversidade do conjunto de indivíduos, grupos e interesses. Não mais a participação como demagogia ou pedagogia, e sim a ampliação do conceito de cidadania e a tendência à institucionalização da participação no aparato estatal. Já nos anos 1980, foram instituídos diversos tipos de conselhos e comissões na área da saúde, compostos por representantes de segmentos da sociedade e do Estado na implementação das Ações Integradas de Saúde.

A noção de controle sobre o Estado opõe-se ao controle até então privado e particular a partir de diferenciadas condições de acesso e influência. A novidade é definida por Carvalho (1995) pela possibilidade de se assegurar o atendimento às demandas definidas a partir das necessidades sociais. O caráter historicamente autoritário, clientelista e privatista do Estado brasileiro conformou um forte sentido *fiscalizatório* à ideia de controle social como se o mesmo “[...] liminarmente suspeito, precisasse ser vigiado, contido, corrigido, em suas práticas habituais. [...] onde parece mais importante impedir o Estado de transgredir’ do que induzi-lo a agir’.” (CARVALHO, 1995, p. 28).

Correia (2005) discute a concepção que entende o controle social exercido pelo Estado que, ao implementar políticas sociais para amenizar os conflitos de classe, apresenta-se administrador dos negócios da classe dominante¹⁴. E a concepção que informa o controle sobre as ações do Estado exercido pela sociedade ou por setores organizados na sociedade.

O Estado é entendido como espaço contraditório que, mesmo representando hegemonicamente os interesses da classe dominante, incorpora demandas das

¹⁴ Explica a fundamentação dessa perspectiva em Marx com a denominação de “Estado restrito”, a serviço de uma só classe, a burguesa (Manifesto do Partido Comunista, Karl Marx & Friedrich Engels, 1998).

classes subalternas, conceito este que, com referência no marxista italiano Antonio Gramsci (1891-1937) “[...] traduz o fato de a condição de classe subalterna ser determinada por estar fora do poder e pelo lugar ocupado nas relações de produção.” (CORREIA, 2005, p. 49). Informa assim a concepção de —Estado ampliado”¹⁵ que “[...] além de exercer a função coercitiva através da sociedade política, exerce também a função de manter o consenso de uma classe sobre a outra por meio de aparelhos de hegemonia existentes na sociedade civil.” (CORREIA, 2005, p. 49). Ou seja, como espaço contraditório, o Estado incorpora as demandas das classes subalternas, apesar de representar os interesses da classe dominante. —[...] na noção geral de Estado entram elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido, seria possível dizer, de que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia couraçada de coerção.” (GRAMSCI, 2000, p 244). Do ponto de vista de Correia (2005), a compreensão do controle social pressupõe, além dessa concepção de Estado, também a concepção de sociedade civil nos termos de Gramsci.

A utilização do aparato teórico de Gramsci é para Correia (2005) possibilidade de qualificar a expressão controle social, pois nesse pensador a sociedade civil é definida como um momento do Estado, existindo uma unidade orgânica.

[...] na sociedade civil de Gramsci estão presentes tanto os interesses das classes dominantes, através de seus aparelhos privados de hegemonia — meios de comunicação, escola, associações, entre outros —, como os interesses das classes subalternas na busca de construir sua hegemonia. Tratar a sociedade civil como homogênea é desconectá-la da base material, ou seja, das relações sociais de produção, do todo social. Pois são as contradições que emanam dessa base que se expressam e se confrontam na sociedade civil. (CORREIA, 2005, p. 53).

A realidade é explicada no pensamento de Gramsci a partir do princípio da totalidade, não havendo o predomínio de questões políticas, econômicas ou culturais. O potencial transformador da sociedade civil é afirmado por Correia (2005) precisamente pelo fato de ser espaço onde também se processa, por meio da organização dos movimentos sociais, a representação dos interesses das classes subalternas.

¹⁵Reporta-sea Carlos Nelson Coutinho que com essa expressão designa a concepção de Estado também em Gramsci (Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político, 1989).

É a presença de *um novo nexo* entre economia e política, entre sociedade civil e sociedade política que confere originalidade ao pensamento gramsciano (SIMIONATTO, 2011, p. 71). Explica que em Gramsci ocorre uma ampliação da interpretação marxiana ¹⁶ que compreende a sociedade civil como estrutura econômica e social em determinado período histórico. Simionatto (2011) indica na análise gramsciana a existência de uma autonomia relativa e uma inter-relação entre essas esferas de modo a definir se a postura do Estado seja mais ou menos coercitiva, mais ou menos consensual, impondo-se menos pela dominação e mais pela hegemonia. Tal relação significa que o exercício do poder que na sociedade política ocorre por meio de uma coerção, de uma ditadura, esse exercício do poder ocorrer através da direção política e do consenso, no âmbito da sociedade civil, localizando-se nessa disputa o encaminhamento de uma ação conservadora ou transformadora no terreno dessas esferas. Nessa concepção que indica o consenso e a aceitação dos setores subalternos como hegemonia, não apenas a dominação, tem-se a definição do Estado como —[...] todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados [...].” (GRAMSCI, 2000, p. 331).

A diferenciação entre uma concepção que situa a sociedade civil como sujeito ou espaço de debate é realizada por Montaño (2010) que afirma uma noção ideológica de “lutas da sociedade civil” e outra, a de “lutas na sociedade civil”, apresentando esta última como a conceituação do real processo. A sua transformação em sujeito se dá quando a sociedade civil é autonomizada e isolada do todo da sociedade, pensada como um todo homogeneizado, santificando-a porque se opõe ao Estado, que é assim satanizado. No tocante ao chamado “terceiro setor”, identificado como “organizações da sociedade civil”, o autor situa como problemático o agrupamento de um conjunto de setores não apenas contraditórios, mas essencialmente antagônicos. Esclarece

Na sociedade civil estão presentes organizações tanto dos trabalhadores, de “excluídos”, das chamadas “minorias”, dos defensores dos direitos humanos, da mulher, da criança e do adolescente, do meio ambiente, mas também comparecem organizações representantes do capital (Sesc, Sesi, Fundações Bradesco) e ainda mais, organizações fascistóides (Tradição Família e Propriedade, grupos neonazistas, por exemplo) instituições fanático-religiosas (diversas seitas que pregam o “fim do mundo”, entre outras) ou até fundamentalistas. (MONTAÑO, 2010, p. 274-275).

¹⁶Reporta-se à Marx e Engels (A Ideologia Alemã).

Nessa perspectiva, é justamente no campo contraditório das políticas sociais que surge um novo conceito de controle social, considerando-se a possibilidade de que setores organizados presentes na sociedade civil controlem a gestão das políticas públicas para que atendam as necessidades e os interesses da coletividade, influenciando a alocação do fundo público; significa a incorporação das demandas das classes subalternizadas, a maioria da população (CORREIA, 2005).

A expressão controle social até então definidora do controle exercido pelo Estado sobre a sociedade, é inversamente designada como controle da sociedade civil sobre o Estado. Identifica-se, com base no período ditatorial e considerando-se a oposição entre os termos militar e civil, uma cisão, uma dicotomia entre Estado, expressão da ditadura, negativo e demonizado, e de outro lado, a sociedade civil que passou a significar, de maneira despolitizada o sinônimo de tudo que se contrapunha ao Estado ditatorial; uma ênfase maniqueísta e uma apropriação acrítica (COUTINHO, 2006 apud BRAVO; CORREIA, 2012), se a sociedade civil pode ser hegemonizada pelos interesses dominantes e se o Estado pode expressar demandas universalistas. Dessa maneira, no conjunto das mudanças processadas na relação do Estado com a sociedade na década de 1980, ocorre em relação à participação social uma mudança do *status* de proibição à condição de obrigatoriedade. Ou seja, do período da ditadura militar ao período pós Constituição de 1988, a participação social foi regulamentada nas diversas leis orgânicas das políticas sociais brasileiras, tornou-se obrigatória.

Ressalta-se, contudo, que para Bravo e Correia (2012), a reflexão sobre o controle social tal como foi institucionalizado nas políticas públicas no contexto da redemocratização do país precisa ser situado, em termos de momento histórico, no que diz respeito à sua implementação já nos anos 1990, diferente da efervescência política e participativa dos anos 1980 em que forças progressistas eram hegemônicas na sociedade civil. A mundialização do capital e financeirização da economia, a flexibilização e precarização do trabalho, e a reestruturação do Estado para atender as demanda do capital em detrimento das demandas do trabalho, significam a redução e a supressão de direitos. É nesse mesmo cenário que se visualiza uma mudança na postura dos movimentos sociais e dos trabalhadores quando lutas em defesa de interesses imediatos e particulares substituem as lutas coletivas da década de 1980 (BRAVO; MENEZES, 2011).

Ocorre a chamada contra-reforma do Estado brasileiro em cuja redefinição de papel, organizações da sociedade civil são chamadas a substituí-lo, contribuindo financeiramente com os custos dos serviços prestados por meio então da chamada participação da comunidade, entendida como co-responsável pelos serviços e pela gestão pública. Trata-se de um protagonismo que diverge completamente da proposta institucionalizada constitucionalmente.

Moroni (2009), na sua acepção da participação como um direito fundante e estruturante dos demais, ou mesmo um direito humano fundamental, chama a atenção para a coincidência dos discursos no tocante à descentralização e à participação

O movimento social falava em descentralização no sentido do poder de decisão estar mais perto da população e não concentrado em Brasília, isto é, no município e não mais na União. Falava-se em participação das organizações da sociedade civil na definição das políticas de forma autônoma e independente. A concepção neoliberal entendia a descentralização como estratégia de enfraquecimento do Estado (desregulamentação) e a participação como meio de repassar para a sociedade atribuições do Estado, sobretudo na área social. (MORONI, 2009, p. 250).

É diante dessa realidade e da complexidade que a mesma apresenta enquanto conjunto de perdas aos trabalhadores que o controle social é enfatizado como forma de organização social e defesa de direitos. Para Correia (2006, p. 117), na perspectiva das classes subalternas, o controle social —[.] sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos públicos torna-se um desafio importante na realidade brasileira para que se criem resistências à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização.”

2.2.2 Os conselhos e a efetivação dos espaços e mecanismos de controle social

Os conselhos gestores de políticas públicas instituídos constitucionalmente são apresentados por Raichelis (2006) como uma¹⁷ das formas de participação política da sociedade civil organizada. Significando a possibilidade de construção de esferas públicas, autônomas e democráticas, no campo das decisões políticas,

¹⁷ Bravo (2009), ao trabalhar os conselhos e conferências realizadas para discutir as políticas, aponta ainda como mecanismos e instâncias para o exercício do controle social os órgãos de defesa do consumidor, os meios de comunicação oficiais e alternativos, o Ministério Público e os próprios Conselhos profissionais.

os conselhos são entendidos como uma conquista da sociedade civil, como espaços em construção, de ampliação e fortalecimento do poder local. São definidos como canais de participação coletiva que devem alçar a condição de [...] espaços de debate, estabelecer mecanismos de negociação e pactuação, penetrar a lógica burocrática estatal para transformá-la e exercer o controle socializado das ações e deliberações governamentais.” (RAICHELIS, 2006, p. 83).

Essa concepção tem proximidade com a compreensão de Moroni (2009) que entende os conselhos como espaço autônomo, fundamentalmente político e que, enquanto uma modalidade do direito à participação política, expressa o deslocamento do espaço de decisão estatal-privado para o estatal-público.

No que se refere à modalidade de participação e controle social por meio dos conselhos, Raichelis (2011) aponta como novidade nesse movimento justamente a possibilidade de renovação tanto dos espaços como dos sujeitos da luta política. O debate trouxe à cena o não atendimento às demandas sociais, assim como a representação dos interesses populares nas instâncias de decisão política. Discute-se assim a democratização, permeada, contudo, pela clareza dos limites da democracia liberal para o alcance da efetiva democratização do Estado e da própria sociedade brasileira.

Na esteira dos avanços, compreende essa nova arquitetura da participação como um processo em curso, na perspectiva ampliada de interferência sobre os conteúdos, direção e as próprias prioridades assumidas pela política pública. No enfrentamento do autoritarismo brasileiro, uma tradição, [...] temas como descentralização, participação, democratização, fortalecimento da sociedade civil passam a emergir com força, na perspectiva de aumentar as vozes e os atores nos processos decisórios que interessam à sociedade [...]” (RAICHELIS, 2011, p. 22–23).

O cenário sociopolítico afirmado a partir dos anos 1990 determina a necessidade de se reconhecer os distintos projetos em disputa por meio do que a autora denomina desmontagem crítica de um discurso. O entendimento cada vez mais disseminado de uma versão comunitarista da sociedade civil e sua definição como sinônimo do chamado terceiro setor em meio à disputa pelo fundo público, tem ocorrido sem que esse conjunto de fatores seja inserido no contexto das relações de classe. O resultado, para Raichelis (2011, p. 29) é que [...] essa sociedade civil perde o sentido da crítica que a caracterizou na luta contra ditadura, contribuindo para despolitizar a questão social e as relações entre Estado e

sociedade.” Sua análise indica o afastamento da sociedade civil da sua postura crítica e vigilante que lhes são próprias, fortalecendo-se a inserção da questão social no âmbito da solidariedade e da filantropia, rompendo com a aposta nos movimentos sociais.

Essa dinâmica impõe, ao lado da explicitação dos projetos em disputa, a complementação e articulação desse mecanismo institucionalizado com outras formas de mobilização social e organização política, alcançando os próprios conselhos, nos termos de Raichelis (2011), o estatuto de objeto de controle social da sociedade. Como enfrentamento da fragmentação das políticas sociais, uma pluralidade desarticulada, propõe-se a recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social.

Essa defesa também é indicada por Salvador (2011), integrante de uma proposta de ampliação e universalização das políticas sociais. O autor afirma para o exercício do controle social, o acesso às informações e a intervenção dos movimentos sociais em todas as etapas da elaboração do orçamento público, assim como da execução e avaliação. O orçamento público é definido como fundamental para a compreensão da redistribuição de renda no país: não gera renda, mas pode ser redistributivo, daí a importância de apropriação pela sociedade quanto ao financiamento e a alocação em si.

É necessário buscar respostas a questões como: quem financia? Isto é, onde incide a maior parcela das receitas? Como são arrecadados os recursos? Isso se deve em razão de que, na perspectiva de Salvador (2011), historicamente, o orçamento público não tem sido redistributivo, participando, ao contrário, da concentração da riqueza, no conjunto das prioridades dos últimos governos. O orçamento público é mecanismo pelo qual se consegue visualizar as prioridades governamentais, sejam elas políticas, eleitorais, particularistas ou privatistas. E nesse sentido, a concretização ou não dos direitos e conquistas sociais. É a tradução concreta de princípios universalizantes ou, por outro lado, de discursos vazios. [...] precisamos urgentemente politizar esse debate, por detrás de uma questão de tecnicidade, na verdade está escondendo as escolhas, os interesses e a forma de influência dos atores sociais sobre o próprio orçamento público.” (SALVADOR, 2011, p. 37).

A transferência de recursos do orçamento brasileiro na ordem de 1/3 para pagamento de juros e amortização da dívida, ou quando em situação de

dificuldades relativas à financeirização da riqueza, principalmente nos governos de Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek, mas também desde meados de 1970 é explicada

Convém observar que é o fundo público a grande vertente financeira que socorre e ajuda o capitalismo financeiro, transfere dinheiro do orçamento aos rentistas do sistema financeiro internacional, a jogatina global em que se transformou o capitalismo nos últimos 40 anos, cuja dimensão ganha extrema relevância. (SALVADOR, 2011, p. 33).

Moroni (2009), ao estudar o sistema democrático participativo, particularmente os conselhos, lembra a histórica tradição na realidade brasileira de que o pensar e fazer política ocorra por meio da corrupção. Esta, que se caracteriza pelo uso do poder político para o atendimento de interesses privados e particulares, não apenas por aspectos monetários/financeiros, é o meio pelo qual o Estado permite a apropriação dos recursos públicos e do próprio poder por interesses privados. Conclui o autor que, diferente da participação, a corrupção rouba do povo o poder de decisão.

A disputa de projetos antagônicos e interesses diversos expressos na composição dos conselhos, em cada proposta apresentada, discutida e aprovada (ou não) dão pistas do espaço contraditório e de conflitos que são esses mecanismos de participação social, não são neutros nem homogêneos na concepção dos autores ora pesquisados.

Os segmentos organizados na sociedade civil podem defender os interesses do capital ou expressar os interesses das classes subalternas, ou seja, nos conselhos estão presentes os mesmos contraditórios interesses da sociedade, podendo constituir mecanismos de cooptação dos movimentos sociais e legitimação do poder dominante, ou se dar a ampliação da democracia e a construção de uma nova hegemonia¹⁸, na perspectiva das classes subalternas que, em luta na sociedade civil, pode interferir na gestão pública.

Nessa perspectiva, Correia (2006), afirma, a partir de uma concepção gramsciana da relação Estado/sociedade civil, que o controle social é das classes, nem do Estado nem da sociedade civil; de uma ou de outra classe na luta pela disputa de poder. E é a partir da análise da correlação de forças presente em cada

¹⁸ Conceito presente nos autores consultados nesse estudo, definido como *o predomínio ideológico dos valores e normas de uma classe sobre a outra*. (GRAMSCI apud BRAVO; CORREIA, 2012, p. 134).

momento e tempo histórico que se identifica em que mãos, ou classe, se encontram o controle social sobre o conjunto da sociedade. A autora chama a atenção para o fato de muitos dos conselhos funcionarem apenas para cumprimento formal e legal para o repasse de recursos, sofrendo manipulação e ingerência política na sua composição. Trabalha com a idéia de que a construção de uma “~~v~~ontade coletiva” (CORREIA, 2006,p. 128) é determinante, no âmbito dos conselhos, para o alcance de um posicionamento em bloco e mais efetivo para a construção de um projeto comum para a sociedade a partir dos interesses e perspectiva das classes subalternas.

Há a indicação de divergências ou posturas diferenciadas no debate atual sobre os mecanismos de controle social, os conselhos e as conferências. Bravo e Correia (2012) destacam: a concepção que defende os conselhos como os únicos espaços a serem utilizados na busca de conquista de poder dentro do aparato estatal; o entendimento de que esses espaços estão totalmente capturados pelo Estado define que os mesmos devam ser abandonados pelos movimentos sociais; e a concepção com a qual partilhamos de que, reconhecendo a conjuntura de refluxo e cooptação de muitos desses espaços, entende-se que devam ser ocupados e tensionados pelos movimentos sociais.

Ao assinalar a possibilidade de efetivo exercício da participação e ampliação da cidadania, os limites impostos e que dessa maneira, colocam desafios cotidianos, devem ser aqui apresentados. Ao tempo que, como Moroni (2009, p. 251) [---] reconhecemos, apesar das críticas e do quadro atual do sistema, o não-esgotamento da estratégia construída pela sociedade civil do campo democrático e popular nas últimas décadas.”

Raichelis (2006) reconhece os limites da prática dos conselhos quanto a sua possibilidade de efetivar o alargamento dos direitos sociais e da cidadania na esfera pública, apontando a ocorrência, nos vários níveis governamentais e nas várias políticas sociais, entre outros, de processos centralizadores de poder nas mãos do executivo, a sonegação de informações relativas ao orçamento, de cooptação de conselheiros. Expressão de uma importante instância coletiva que, orientada por objetivos distantes das reais necessidades coletivas, acaba por ter sua autonomia fragilizada e até neutralizada.

Nesse sentido, torna-se um imperativo a construção de alianças estratégicas e processos de pactuação que contemplem pautas coletivas, o

repensar da sociedade civil sobre o corporativismo e a fragmentação de interesses e demandas, a heterogeneidade de concepções ídeo-políticas, enfim, a própria participação e representação nos conselhos.

Dentre os limites especificamos, na área da saúde, para além dos entraves já mencionados com relação ao nível macro-econômico e político, questões que dizem respeito aos gestores e aos usuários. A saúde foi pioneira nesse processo já no final dos anos 1970 com a efervescência política e o Movimento da Reforma Sanitária, e em 2005 contava com conselhos municipais de saúde em todos os municípios do país¹⁹.

Por parte dos gestores, Correia (2006) registra a manipulação e não transparência de dados e informações, ingerência e manipulação tanto na escolha dos conselheiros como na aprovação de propostas. Quanto aos usuários, fragilidade política, não organicidade e não articulação entre conselheiros e representados – que reflete a desmobilização da própria sociedade – a ausência de um projeto comum, o desconhecimento da realidade da política de saúde como do seu papel, não acesso às informações.

A localização dos conselhos gestores de políticas sociais entre os mecanismos de democratização por Correia (2006) reconhece se tratar de mecanismos de democracia burguesa que, considerado o limitado espaço de decisão que os mesmos conformam, são ainda canais de questionamento, denúncia e proposição, pois congregam representantes da sociedade que devem acompanhar a definição da alocação dos recursos públicos.

É indubitável a importância dos espaços de controle social, a necessidade de que sejam ampliados e fortalecidos para que as reais demandas coletivas não sejam definidas e enfrentadas a partir de interesses clientelistas e privatistas, em tempos de aprofundada desigualdade e [...] em que o público é tratado com descaso, os recursos para as políticas sociais são escassos e o controle sobre estes, em sua maioria, ainda está nas mãos dos gestores, tratando-os com sigilo como se fossem privados.” (CORREIA, 2006, p. 135). Mas Alves (2013, p. 33) nos

¹⁹ Dos 70 mil conselheiros, um total de aproximadamente 35 mil participantes na condição de representantes dos usuários do SUS; a mais abrangente rede de instâncias participativas no país (SCOREL e MOREIRA, 2008 apud BRAVO; CORREIA, 2012, p. 135).

lembra: “No capitalismo manipulatório, a regra é a ocultação das misérias da ordem burguesa.”²⁰

Entende-se, contudo, que o acesso à informação e a inserção participativa passa necessariamente pela oportunidade de trabalho e renda que, em condições dignas e humanas, signifiquem adequadas condições de vida e a autonomia tal como abordada em Pereira (2000), distinta de auto-suficiência, de preferências individuais e subjetivismos, sinônimo de capacidade para eleger opções, valorá-las e colocá-las em prática, participando da vida social e cultural coletiva. Igualdade de condições, não de oportunidades. Significa, pois, uma concepção de sujeitos coletivos, o acesso e a compreensão da informação, que permitam a construção da consciência crítica, a ampliação de uma cultura política democrática para que a participação dos sujeitos exerça pressão sobre o poder público, exigindo direitos.

A politização junto aos movimentos sociais e nos espaços públicos de participação e controle social, debatendo a opção por valores individualistas ou solidários e universalistas, desmistificando o ideário classista de naturalização da ordem burguesa empreendida pelos governos em sua relação com a sociedade, não é considerada tarefa fácil, cabendo destaque [..] a fragilidade das lutas empreendidas pela sociedade civil em defesa das políticas públicas, seja nos espaços de controle democrático, como também em outras esferas e movimentos sociais organizados [...]” (BRAVO, 2009, p. 398). Requer reflexão, ações técnico-políticas, análise crítica com a colaboração da Universidade, a realização de pesquisas, a democratização e socialização de informações, no sentido da mobilização e organização dos sujeitos, articulando vários procedimentos para o alcance da problematização, desvendamento e enfrentamento do real.

A qualificação dos conselheiros da sociedade civil para que assumam uma representação política incorporando novas competências técnicas, éticas e políticas, necessita de articulação com associações e movimentos populares para que se modifique a condição de sub-representação dos usuários. As formas autônomas de organização, menos burocratizadas e formalizadas, não-institucionalizadas, são entendidas por Raichelis (2006) como instrumentos capazes de favorecer a representatividade e legitimidade social, com fortalecimento do poder local.

²⁰ “Ocupar Wall Street... e depois?” O artigo de Giovanni Alves compõe a coletânea que discute os movimentos de protesto que tomaram as ruas em âmbito internacional no ano de 2011.

A pobreza é relação social que se expressa também pela ausência nos espaços públicos. Todos falam em nome dos usuários, mas eles comparecem no espaço público através da carência e de uma espécie de *substituísmo* por entidades e organizações que lhe roubam a fala e a presença autônoma. (RAICHELIS, 2006, p. 85, grifo nosso).

Os conselhos são inscritos por essa autora como estratégia de publicização que, tendo como *lócus* a esfera pública compreendida como expressão dos interesses das majorias nos processos de decisão política, funda-se por uma visão ampliada de democracia. O fortalecimento de formas democráticas de participação social pressupõe, entre outros, transparência para os envolvidos e implicados nas decisões, e o enfrentamento do autoritarismo e apropriação do público pelo privado, por meio da construção de uma cultura pública.

Mecanismos importantes para a democratização do espaço público e espaços de luta pela hegemonia que não podem ser sub-valorizados nem super valorizados. É com essa compreensão que Bravo e Menezes (2011) indicam questões referentes ao potencial de ação dos conselhos, necessárias de enfrentamento, dentre elas: a falta de conhecimento pela sociedade civil organizada sobre os conselhos; o seu posicionamento ainda tímido no tocante às medidas neoliberais; quanto à democratização da esfera pública, a sua contribuição incipiente; o desrespeito às suas decisões por parte do poder executivo; a falta de agilidade jurídica na solução de problemas a serem enfrentados com o poder executivo e chantagem institucional que este exerce indicando prejuízos para a população quando do questionamento de propostas apresentadas nesse espaço.

A superação da visão politicista da política social articulando luta por direitos e luta por transformações no plano econômico, pressupõe a percepção dos conselhos no conjunto de relações Estado-sociedade, articulados à valorização dos movimentos sociais e [...] a clareza de que os Conselhos não substituem os movimentos sociais.” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 32), que são relevantes na defesa da efetivação e ampliação dos direitos sociais. As autoras, que avaliam como recente a concepção de Estado participativo, indicam distorções a serem evitadas

[...] as visões de democracia restrita ao aparelho de Estado (participação consentida); dos Conselhos como espaços de consenso, de controle dos conflitos, de viabilização das ações do Estado com consentimento da população ou como parceria entre Estado-sociedade; o populismo e a

cooptação desses mecanismos pela burocracia do Estado; a fragmentação da questão social em múltiplos Conselhos com a participação reduzida da sociedade (os mesmos sujeitos políticos participando de diversos Conselhos); apropriação dos Conselhos pelo gestor e perda de diálogo com a sociedade. (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 32).

O conjunto das reflexões aqui desenvolvidas fundamenta-se na compreensão acerca do espaço dos conselhos enquanto uma das possibilidades de exercício da participação e do controle social no horizonte da luta ampliada por efetivas condições de cidadania e democracia, pressupondo, a articulação de forças políticas para além desse espaço institucional. Longe de significar a negação e participação na luta pela realização e ampliação de direitos, assim como o alargamento e efetivação dos espaços democráticos de decisão, importa pensar uma sociabilidade pautada pela emancipação e não por políticas de controle sobre os trabalhadores.

Não se tem neste espaço a pretensão do controle do capital, este é incontrolável.⁸ Trata-se de garantir o direito à saúde interferindo na elaboração da política do setor. Neste sentido, pode-se disputar o fundo público, denunciar sua alocação crescente para a reprodução do capital em detrimento da reprodução do trabalho, exigir a transparência do uso de recursos públicos e à efetivação dos direitos sociais. Estas pautas são importantes, mesmo que estejam circunscritas à emancipação política, no contexto de retrocessos no campo dos direitos sociais e incentivo à ampliação do setor privado nas áreas “não exclusivas do Estado”, como saúde e educação. (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 137).

Fatores históricos e em relação necessitam, pois, serem considerados na compreensão e explicação dessa ordem societária, e assim pensar o enfrentamento dos desafios que a mesma carrega. Pois a possibilidade de compreensão da história apenas pela via da aparência, da imediatez, relega ao impossível a apreensão e controle das determinações econômicas, estruturais e abrangentes. O descarte da possibilidade de se fazer história arrasta consigo o entender história, o sujeito histórico. É assim que, na visão de Mészáros (2007, p. 49, grifo do autor), a realização dos —[...] *objetivos imediatos* mais limitados — como alimentação, moradia, saúde e educação básicas, no que concerne à maioria esmagadora da humanidade - é completamente inconcebível sem desafiar radicalmente a ordem estabelecida [...]”, não podendo, portanto, o projeto que o autor chama “fazer história” ser abandonado pelos que se inserem na luta pela emancipação do domínio do capital.

Vimos nesse capítulo as mudanças processadas no modo de proteção social originárias das alterações ocorridas no modo de produção capitalista em

busca da recuperação das taxas de lucro, com expressão nos países centrais e periféricos. Vimos também as relações entre os processos de descentralização e participação social e sua apropriação pela programática neoliberal, especialmente no âmbito dos conselhos de políticas. Os dois aspectos explicam e nos dão pistas da contraditória possibilidade de ocupação desses mesmos espaços, porém, na perspectiva de afirmação de um outro projeto, o que atenda às necessidades da existência humana. Dedicaremos o próximo capítulo para iniciar uma incursão na modalidade de participação e controle social fora do âmbito institucional que, como vimos acima, procura entender e fazer a história: a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

CAPÍTULO 3 A FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE:

O movimento em defesa do SUS público, estatal e de qualidade

No processual e histórico movimento de privatização da saúde ainda em vigor na realidade brasileira, novos contornos são acrescentados no âmbito da resistência ao uso do fundo público que financia interesses privados e particularistas em detrimento dos interesses e necessidades coletivos, da reprodução do trabalho.

Referimo-nos ao surgimento da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde em 2010 que se articula a diversos Fóruns municipais e estaduais e demais movimentos sociais e segmentos envolvidos na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como conquistado constitucionalmente com a Reforma Sanitária dos anos 1980.

A defesa do SUS público, universal, de qualidade, de gestão estatal e com controle social tem se materializado em diversas ações e já alcança resultados da maior relevância para a efetivação dessa política pública.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde resgata a luta da Reforma Sanitária contra a privatização tendo entre seus fundamentos a concepção ampliada de saúde que é determinada no amplo processo de produção das desigualdades sociais. Apresentamos nesse capítulo a análise das proposições da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde que se fazem presentes, dão voz e fazem resistência à privatização.

3.1 Mudanças sociais e nas políticas, e o surgimento da Frente

As profundas transformações processadas no modo de produção e na acumulação capitalista em nível mundial expressa, no Brasil da década de 1990, um forte conteúdo conservador, oriundo das opções político-econômicas pelo desenvolvimento gerador de pobreza e miséria. A inserção do país no contexto da divisão internacional do trabalho, nos processos de globalização e mundialização da economia são constituintes do processo de dependência e subordinação ao capital externo, com aprofundamento da nossa histórica desigualdade.

O enfrentamento da redução da rentabilidade, da chamada crise do capital originária das décadas de 1960 e 1970, tem expressão na reestruturação produtiva e nas políticas de cunho liberal, desaguando na convivência dos novos com os arcaicos modos de relação de trabalho: a super especialização e a precarização do trabalho; trabalho estável e qualificado ao lado do aumento do trabalho temporário, de cunho meritocrático e seletivo; e ainda a volta ao trabalho familiar e artesanal em moldes de desproteção social e trabalhista; elevada informalidade, com proposições de uso da criatividade individual e à adaptabilidade.

É a intitulada acumulação flexível que, no enfrentamento da crise de acumulação, se apóia na racionalização da produção industrial, mudanças tecnológicas, de produtos e de mercados, fusões de capitais, e a mobilidade geográfica do capital para áreas até então subdesenvolvidas e de maior controle da força de trabalho. Iamamoto (2005, p. 176, grifo do autor) define os rumos das *estratégias* das grandes empresas que, no enfrentamento da crise conduzem

[...] a uma alteração das bases tecnológicas e das formas de gestão e controle da força de trabalho. Consistem em produzir com maior eficiência e menor custo, isto é, em elevação dos níveis de *produtividade* em aperfeiçoar a *qualidade* dos produtos, tendo em vista a concorrência internacional – materializada em programas de “qualidade total” – o que vem sendo re-traduzido para os trabalhadores como “qualidade de vida”.

Enquanto parte desse processo, a autora situa ainda o fenômeno da *terceirização*, onde grandes empresas são transformadas em simples montadoras pela via do modelo denominado indústria enxuta, isto é, têm em torno de si uma rede fornecedora de peças, serviços e insumos, formada por pequenas e médias empresas.

Significa o aumento do desemprego, dos indicadores de pobreza e violência, perda de direitos sociais, fragilização dos movimentos organizados em práticas políticas e sindicais. No Brasil, é a desmobilização do que significou no final dos anos 1970 e em 1980, a constituição e expressão de sujeitos coletivos pela via da participação dos movimentos sociais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, entre outros, em torno de processos democráticos. Expressam as conquistas desses sujeitos, a defesa e ampliação de direitos sociais e políticos garantidos na Constituição de 1988 e a institucionalização de canais e mecanismos

formais de participação e controle social como os conselhos de políticas e as conferências.

O aprofundamento das condições de pobreza e o desemprego estrutural, ou de desvalorização salarial e insegurança no trabalho, são acompanhados do processo de fragilização da força de trabalho, inserida que está em condições de concorrência, corporativismos e individualismos, em ações meramente defensivas, em luta pela sobrevivência.

Com o objetivo de atender às demandas da acumulação capitalista, uma agenda de reformas estruturais propugnada por organismos financeiros internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que centralizam as decisões estratégicas do capital, determinou aos países denominados mercados emergentes algumas recomendações consideradas danosas ao desenvolvimento soberano desses países. Esse contexto de ajuste neoliberal, que para a América Latina foi iniciado nos anos de 1970, para o Brasil, inicia-se na década de 1990.

Enquanto resposta adequada aos ditames dessas agências, o Estado brasileiro procedeu a uma reorganização do seu aparato, iniciando em 1995 modificações na Carta Magna no capítulo da ordem econômica, quando aprova no Congresso Nacional a Emenda Constitucional (EC) n. 6, proposta por Fernando Henrique Cardoso no seu primeiro mandato como presidente da República (1995-1998)

[...] substituindo o conceito de empresa nacional por empresa constituída sob as leis brasileiras e com sede no território nacional, concedendo a essas o direito de serem concessionárias dos monopólios estatais, desde a exploração do subsolo e à participação em todo o processo de privatizações de empresas estatais que se seguiu. (CADERNOS ANDES, 2007, p. 11).

Ocorre então uma redefinição das funções do Estado que significou na realidade, e ainda encontra-se em efetivação, uma redução dos seus espaços de atuação e a transferência dos mesmos a empresas privadas, ao mercado. É executada no governo Fernando Henrique Cardoso a chamada primeira geração de contra-reformas neoliberais que, com a implementação do projeto do então ministro da Administração Federal e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser Gonçalves Pereira, tem na Emenda Constitucional n. 19 de 1998 seu momento

emblemático, pois se consubstancia a privatização do patrimônio público que é de propriedade do povo brasileiro, e dessa maneira mercantilização das políticas públicas.

A transferência de atividades e recursos públicos para o setor público não-estatal, as organizações sociais de interesse público, é chamada de publicização. Trata-se do surgimento de um novo Estado com a garantida potencialização dos lucros e abertura de novos espaços para a valorização e acumulação capitalista. Collares et al. (2004) esclarece que por meio da ação do Estado, duas são as formas pelas quais os espaços públicos são transmutados em espaços de apropriação privada e de lucratividade, sendo elas o

[...] oferecimento de seguros e serviços em substituição aos direitos do mundo do trabalho e às políticas sociais e a privatização das empresas estatais construídas com recursos provenientes do fundo público que são entregues ao capital por preços bastante inferiores aos preconizados até mesmo nas “leis de mercado”. (COLLARES et al, 2004, p. 10).

Dessa maneira, dando continuidade a essas ações do Estado e aprofundando essas contra-reformas, ocorre no governo Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006) a implementação da segunda geração de reformas contrárias ao mundo do trabalho, tem caráter de complementaridade, ou seja, para o atendimento aos anseios e diretrizes do capital financeiro são necessárias ações de reforma constitucional e que regulamentem as emendas constitucionais já aprovadas, a sua operacionalização. Marca o início da chamada segunda geração de reformas a EC n. 41/2004, a qual, instituindo os fundos de pensão, consolida a destruição da previdência pública dos servidores públicos federais (COLLARES et al., 2004, p. 12).

Na análise do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior ANDES-SN (2004) sobre as principais iniciativas do governo Lula da Silva, na contra-reforma do ensino superior, a referência a uma ‘segunda geração’ de reformas no setor público, apontando para o objetivo de melhor eficácia e qualidade nos gastos é encontrada no documento *O Banco Mundial no Brasil. Uma parceria de resultados*. (COLLARES et al., 2004, p. 12).

Iamamoto (2005), apoiando-se em Harvey¹, explica a responsabilização aos investimentos do Estado pela crise fiscal e de legitimação do mesmo, uma vez que

¹ David Harvey (Los limites Del capitalism y la teoria marxista, 1990).

esses questionamentos constituem apreensões superficiais das contradições próprias do capitalismo

Explicitando: a redução dos índices de produtividade e rentabilidade do grande capital acompanhada da capacidade ociosa das grandes corporações com excedente inutilizável decorrente das restrições à produção implicaram, por sua vez, na redução dos fundos fiscais necessários à sustentação do chamado “Estado providência”, encarregado de implementar ações sociais que remediasses a exclusão social, pela oferta de bens coletivos nas áreas de saúde, educação, seguridade etc. – condição da própria legitimação do Estado. (IAMAMOTO, 2005, p. 175).

É nesse sentido de transformações na dinâmica da ordem capitalista de produção e de acumulação que Iamamoto (2005, p. 173) informa a existência de uma clara reorientação do fundo público —[...] a favor dos grandes oligopólios, em detrimento da reprodução da força de trabalho, pela retração dos investimentos estatais nas áreas de seguridade social, da política salarial e de empregos.”

O quadro das reformas estruturais e o modo presente de produção capitalista, entendidos como dupla face de um mesmo processo insere-se na política dos organismos internacionais do capital que, aos países da periferia do capitalismo significa o aprofundamento de sua inserção dependente. Harmoniza-se a uma política econômica financista, ancorada em altas taxas de juros, na redução dos direitos do trabalho. No caso brasileiro, propõe-se a focalização das já restritas políticas públicas como enfrentamento do aumento da miséria e violência que expressam a barbárie social —[...] frutos resultantes da socialização dos prejuízos e custos da formação da riqueza pelo conjunto da sociedade e pela apropriação do lucro por proprietários privados.” (COLLARES et al., 2004, p. 12).

Na esteira da financeirização do cenário contemporâneo, a banalização do humano é para Iamamoto (2007) característica determinante da questão social. Na ideologia do colaboracionismo, do apelo ao indivíduo isolado e do discurso da solidariedade é obscurecido o universo do trabalho, tendendo a naturalizar a coerção predominantemente econômica. Segundo a autora, “A fetichização das relações sociais alcança seu ápice na hegemonia do capital que rende juros, obscurecendo e subvertendo a leitura das desigualdades sociais.” (IAMAMOTO, 2007, p. 434).

A saúde definida como um direito de todos e como um dever do Estado encontra-se entre as conquistas referidas anteriormente no contexto de luta contra

a ditadura, pela redemocratização do país, tendo conseguido materializar grande parte dos seus princípios e propostas constitucionalmente. É uma conquista fruto da ação coletiva e política do Movimento Sanitário pautado pela crítica ao modelo hegemônico de saúde: fonte de lucro via privatização e com acesso restrito. Esse Movimento Sanitário dos anos 1980 se articulou a movimentos populares, sociais urbanos, agregou partidos políticos de oposição, movimento sindical, profissionais, intelectuais, e orientou-se pela redefinição do papel do Estado, por financiamento efetivo, pela concepção democrática do direito de todos, entendendo a saúde como resultante das condições de vida e trabalho, de interesse público.

No debate sobre a consolidação da política de saúde tal como instituída legalmente, afirma-se que a mesma vem consolidando-se de maneira segmentada, enquanto um espaço destinado aos que não acessam o subsistema privado de saúde, ou seja, o Sistema Único de Saúde (SUS) não se efetivou como inscrito na Constituição de 1988, público e universal, destacando-se o fortalecimento dos discursos focalistas no âmbito governamental

A defesa da primazia do Estado na saúde para o atendimento dos segmentos mais pobres da população ganha cada vez mais eco e com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida. A grande questão é a segmentação do sistema, com ênfase nas ações privadas que passam de complementares para essenciais. (CFESS, 2010b, p. 20).

Ficando a tarefa do SUS restrita ao atendimento aos que não podem pagar pelo serviço no mercado, avalia o CFESS (2010b) que o Estado centraliza suas ações em medidas focalizadas que por meio de pacote básico para a saúde atenda as populações vulneráveis, estimula o seguro privado ao passo que procede as descentralizações para o nível local e amplia a privatização.

Segundo Bravo e Correia (2012, p. 138), as recomendações do Banco Mundial (BM) para a saúde na implementação das contra-reformas têm como eixo o fortalecimento do setor privado na prestação dos serviços, o que significa um crescimento do número de usuários dos planos de saúde de 2002 para 2006 de 38,6 milhões para 44,7 milhões. Em relação ao número de operadoras de seguros e planos de saúde, informam um aumento nos anos 1990, quase triplicado. As autoras continuam a reflexão apontando que se trata de uma participação complementar do setor privado destorcida, um processo de privatização por dentro do SUS uma vez

que esse Estado que abdica da condição de executor abre à iniciativa privada a possibilidade de fornecimento desses serviços por meio da transferência de recursos, instalações públicas e de equipamentos assim como de pessoal. No tocante aos gastos com saúde, segundo dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), registra-se que “o gasto público em saúde como proporção do Produto Interno Bruto (PIB) é 3,6% em 2010 e o gasto privado é 3,7%” (OPAS, 2012).²

Dessa maneira, a alocação dos recursos da saúde na rede privada ocorre, de um lado, por meio dos convênios/compra de serviços privados, e de outro, aos “novos modelos de gestão” procede-se a transferência da gestão do SUS: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)³.

O processo de privatização da seguridade faz parte da reflexão de Correia (2000). Entre os componentes elencados que expressam mudanças no sistema produtivo como um todo, informa a privatização como um processo também demandado e negociado por trabalhadores. Explica que exigências por serviços privados nas pautas de reivindicações de sindicatos, associações funcionais e de profissionais configuraram a tensão entre uma agenda publicista e as negociações.

As convenções de quatro sindicatos em São Paulo na década de 80 fazem referência a convênios médicos, sem mencionar as pautas de política de saúde que considerassem as necessidades da população estruturalmente excluídas do processo produtivo. Já no final da década de 80, a demanda por serviços supletivos de saúde é componente implícito das negociações entre capital e trabalho (COSTA, 1996 apud CORREIA, 2000, p. 34).

A definição constitucional e conquista da saúde como direito no país ocorre num momento em que, nos países centrais do capitalismo, já se questionava a presença e participação do Estado na oferta de serviços e no atendimento às necessidades da população, e se propunha a redução desse papel. Na perspectiva de manutenção e expansão do capitalismo, tal redução da presença do Estado no

² “O gasto privado em saúde é realizado por meio das famílias e das empresas, estas últimas mediante o fornecimento ou a contratação de seguros, ou mediante planos de saúde para seus empregados e dependentes, de forma voluntária, não obrigatória.” (OPAS, 2007, p. 23).

³ Conforme abordagem realizada na subseção 1.2 desse estudo.

atendimento às demandas do trabalho se processa à medida em que aumenta a sua participação no atendimento às demandas do capital.

Nesse movimento, a política de saúde caminhou nos anos de 1990, em contexto de imposições neoliberais, para a oferta de serviços básicos aos que não podem pagar por atendimento, favorecendo o direcionamento da demanda ao mercado; procedeu à descentralização de responsabilidades nem sempre acompanhada de autonomia de decisões e recursos adequados; a responsabilização do usuário, família e comunidade pela sua condição e pelo sucesso do tratamento, além do barateamento dos custos, inserindo para a prestação dos serviços, a mão-de-obra mal e brevemente qualificada. Evidencia-se a lógica seletiva e focalizadora, com a permanência de um modelo biomédico de saúde, curativo, individual e baseado em queixa-conduta.

Com ênfase na questão gerencial, procede-se a transferência do Estado para a sociedade, e em consequência para o mercado, de responsabilidades referentes à oferta e prestação de serviços essenciais à população. Na realidade, distanciando-se dos princípios constitucionais de universalidade e integralidade com participação social.

Contudo, em meio a esse processo de não implantação do sistema público e da transmutação da saúde de um bem coletivo para um produto de mercado, a defesa do SUS contra a privatização ganha novos contornos na sua história recente, particularmente a partir de 2010 quando nasce a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, denominada inicialmente “Frente Nacional Contra as OSs e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) n. 1.923/98.” Esta Frente foi criada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em novembro de 2010.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde surgiu em 2010, em um seminário no Rio de Janeiro, a partir de uma articulação de quatro fóruns: Rio de Janeiro, Alagoas, Paraná e São Paulo. Inicialmente, a nossa atuação centrou-se na luta em torno da Ação Direta de Inconstitucionalidade 1923/98, que questiona a lei sobre as Organizações Sociais (lei 9637/98). Mais de 500 pessoas participaram desse seminário, o que superou nossas expectativas. Conhecemos pessoas de Fóruns que não sabíamos que existiam, como o do Rio Grande do Norte, e colegas de outras localidades saíram com o compromisso de criar novos Fóruns. (BRAVO, 2012, online).

A defesa do SUS público, estatal e universal, administrado pelo Estado encontra-se entre os objetivos dessa Frente, ao lado da luta contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980. Na ocorrência de substituição das lutas coletivas dos anos 1980 por lutas fragmentadas e corporativas, processos de neutralização e desmobilização às formas de resistência coletiva têm sido engendrados pela classe dominante de forma a alcançar das classes subalternas o seu consentimento. Essa consideração de Bravo e Menezes (2011, p. 32) situa o surgimento da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde como [...] fundamental, na contra-corrente, a defesa da democracia, da participação da sociedade nas políticas públicas, a socialização das informações.” A Frente localiza-se, nesse sentido, no que é denominado pelas autoras como outros mecanismos de participação a pressionar os conselhos, a partir da concepção da saúde como melhores condições de vida e de trabalho.

A diversificada composição da Frente é feita por fóruns de saúde, movimentos sociais, partidos políticos, sindicatos, centrais sindicais e projetos universitários⁴. Sua criação resulta da articulação de alguns fóruns de saúde (Fóruns estaduais de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo; e Fórum do município de Londrina) pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) n. 1.923/1998, contrária à Lei n. 9.637/98, que cria as Organizações Sociais

⁴ ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social), ANDES-SN (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior); ASFOC-SN (Sindicato dos Trabalhadores da FIOCRUZ); CMP (Central de Movimentos Populares); CFESS (Conselho Federal de Serviço Social); CSP-CONLUTAS (Central Sindical e Popular); CTB (Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil); Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Enfermagem e Serviço Social; FASUBRA (Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras); FENASPS (Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social); FENTAS (Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde); Fórum Nacional de Residentes; Intersindical (Instrumento de Luta e Organização da Classe Trabalhadora e Instrumento de Luta, Unidade da Classe e de Construção de uma Central); MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra); Seminário Livre pela Saúde; os Fóruns Estaduais de Saúde (Rio de Janeiro, Alagoas, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Pernambuco, Minas Gerais, Ceará, Rio Grande do Sul, Paraíba, Goiás, Maranhão e Mato Grosso) e os Fóruns Regionais e Municipais (Londrina-PI, Duque de Caxias-RJ, Campos - RJ, Baixada Litorânea - RJ, Santos-SP e Barretos-SP); os setoriais e/ou núcleos dos partidos políticos (PSOL, PCB, PSTU, PT e PCdoB); Consulta Popular e projetos universitários (UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro; UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro; UFF - Universidade Federal Fluminense; UFAL - Universidade Federal de Alagoas; UEL - Universidade Estadual de Londrina; EPSJV/FIOCRUZ - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da FIOCRUZ; CESTE/ENSP/FIOCRUZ- Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde da FIOCRUZ; UFPB - Universidade Federal da Paraíba; USP - Universidade de São Paulo). (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 139). No mapa disponibilizado no site da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, visualizam-se também os Fóruns dos Estados do Pará, Bahia, Mato Grosso do Sul, de Santa Catarina e o Fórum Capixaba.

(OSs) para as quais têm sido transferida a gestão e ações de saúde, em detrimento da ampliação da rede própria.

O mapa a seguir apresenta a distribuição dos diversos Fóruns no território brasileiro, sendo 18 Estaduais, 14 municipais e 01 no Distrito Federal.

Mapa 1 – Fóruns participantes da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde



Fonte: Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (online).

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde prioriza a luta contra a criação e implementação das OSs uma vez que, tramitando no Supremo Tribunal Federal (STF) para julgamento desde 1998, e podendo sua votação acontecer a qualquer momento, a sua inconstitucionalidade —cria um precedente para desmontar a “coluna vertebral” da privatização dos serviços públicos no Brasil.” (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 141), significando a possibilidade de barrar a expansão e por fim às OSs nos estados e municípios onde já criadas. Desde então

diversas ações, documentos e manifestações coletivas têm denunciado a privatização da saúde pública no país, conseguindo ampliar o entendimento e o envolvimento de vários segmentos e movimentos sociais na defesa do SUS inscrito em melhores condições de vida e trabalho.

3.2 O que defendemos! O eixo da gestão e financiamento, as ações no âmbito jurídico e do parlamento

Dentre as iniciativas que pretendem subsidiar o avanço do projeto de Reforma Sanitária, localizamos a elaboração da *Agenda para a saúde: desafios a serem enfrentados*, elaborada com o objetivo de possibilitar o enfrentamento coletivo dos principais impasses encontrados na efetivação do SUS e da Reforma Sanitária brasileira. A agenda é fruto dos seminários realizados em 2006 e 2007 pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos no Rio de Janeiro, da Faculdade de Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). São três os seminários: Novos Modelos de Gestão na Saúde, em 25 de outubro de 2006; A Política de Saúde na Atualidade: alguns desafios, realizado em 30 de novembro de 2006; e Agenda para a Saúde e o Desafio para a Gestão do Trabalho, que ocorreu em 08 de fevereiro de 2007.

A realização dos seminários e resultou na publicação da coletânea intitulada Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde⁵ em 2007, onde publica a Agenda. A elaboração coletiva da Agenda pelos defensores do SUS apresenta as principais questões e proposições abordadas nos seminários. Tem por referência a construção de uma sociedade sem exploração e dominação, intencionando ser o documento elaborado um instrumento que fundamente as discussões e debates da saúde na realidade brasileira.

Uma segunda publicação é concretizada em 2011 com o intuito de democratizar o conhecimento. Com o título Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade⁶ a coletânea foi elaborada conjuntamente pelos Projetos universitários Políticas Públicas de Saúde e Saúde e Serviço Social e Movimentos Sociais da Faculdade de Serviço Social da

⁵ Organização: Maria Inês Souza Bravo, Débora de Sales Pereira, Juliana Souza Bravo de Menezes e Mariana Maciel do Nascimento Oliveira.

⁶ Organização: Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo de Menezes.

UERJ coordenados pela Prof.^a Dr.^a Maria Inês Souza Bravo, e pela Seção Sindical dos Docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ADUFRJ-SSIND). A *Agenda para a saúde* compõe essa publicação, agora apresentando problemas e propostas a partir de uma subdivisão por eixos como discutidos a seguir.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde apresenta cinco eixos estruturantes da sua ***Agenda para a saúde***, que contém a exposição de questões e aspectos que dificultam a implantação do SUS identificados como *problemas*, assim como propostas para a garantia da saúde como um direito tal como instituída constitucionalmente no âmbito do Movimento Sanitário nos anos 1980

Determinação Social do processo saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais; Gestão e Financiamento da rede pública estatal de serviços de saúde; Modelo Assistencial que garanta o acesso universal com serviços de qualidade, priorizando a atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade; Política de Valorização do Trabalhador da Saúde e Efetivação do Controle Social. (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 73).

Sem obedecer à ordem de sua apresentação a Agenda para a Saúde, apresentamos o eixo da **Gestão e Financiamento** do sistema de saúde que afirma a necessidade de condições materiais para a efetivação do SUS, e não a adoção de novos modelos de gestão, o que implica a ampliação de recursos sob administração estatal, com efetivo controle social. Destacamos dentre suas formulações a defesa de aplicação de 6% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde de forma garantir a universalidade, assim como a não manutenção da Desvinculação das Receitas da União (DRU)⁷, que desvincula 20% dos recursos da seguridade social, direcionados à ciranda financeira. Transparência na gestão e nos gastos, revisão dos modelos burocratizados e formação para o gestor que deve ser concursado, eleito e não indicado, com responsabilidade sanitária. Aponta-se a necessidade de fortalecimento da intersectorialidade e das relações da saúde com demais instâncias e poderes da sociedade; a ampliação da fiscalização da rede privada e a eliminação da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal da saúde, que tem permitido e facilitado a terceirização na

⁷ Anteriormente denominada Fundo Social de Emergência (FSE) em 1993 e Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) em 1994 e 1995. A partir de 2000 a denominação DRU.

contratação dos trabalhadores (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011).

Em relação à DRU, é importante esclarecer que os recursos retirados tanto da seguridade como da educação podem ser utilizados pelo governo para qualquer fim, trata-se de mecanismo importante no processo iniciado a partir de 1999 de transferência e garantia de rentabilidade do capital portador de juros, seguindo as recomendações dos organismos financeiros internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI). Sua criação é componente da preparação para a adoção do Plano Real nos anos 1990, integra o conjunto das decisões macroeconômicas adotadas na sustentação do referido plano. Ilustra essa drenagem de recursos a transferência no período de 2000 a 2007 para o orçamento fiscal de R\$ 278,4 bilhões que pertenciam a seguridade social, o que representa cinco vezes o orçamento anual da saúde (SALVADOR, 2010, p. 377). Na composição do superávit primário do governo federal, ou seja, da poupança primária no orçamento para honrar o pagamento dos juros da dívida, o mesmo autor informa em 2007 uma participação da DRU na ordem de 65% (p. 379). O Congresso Nacional aprovou em 2011 a prorrogação da DRU até o ano 2015.

Outro mecanismo que procede a retirada de recursos da seguridade social é a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) criada em 2000 favorecendo a apropriação financeira uma vez que limita as despesas priorizando o pagamento de juros da dívida contraída após eleições de 1998 em acordos com o FMI. O empréstimo de US\$ 41 bilhões se deu mediante compromisso de garantias e condições, com destaque para a geração do superávit primário (SALVADOR, 2010, p. 380). O autor sintetiza essa lei como um instrumento neoliberal de contingenciamento do gasto público que compromete o desenvolvimento econômico e social assegurando o fundo público no favorecimento do capital.

A limitação na contratação de pessoal é destacada por Conceição, Cislighi, e Teixeira (2012) entre os impactos causados pela LRF, tendo como resultado tanto na saúde como na educação no desprovimento da força de trabalho e na redução da realização de concursos públicos. O pagamento de juros da dívida sem o estabelecimento de metas de redução das desigualdades sociais e em consequência sem avaliação da necessidade de ampliação de recursos para as políticas sociais colocam, segundo as autoras, a área social submetida às

necessidades da área fiscal, e dessa maneira, a irresponsabilidade social como a outra face da responsabilidade fiscal.

Dessa maneira, um dos espaços de luta contra a privatização é o âmbito jurídico. A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde faz-se presente por meio de ações civis públicas, ação direta de inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais e contra as suas implementações, tendo criado abaixo-assinado online (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2012a, online) intitulado “OS não! Contra a privatização” pela procedência da ADIn n. 1.923/98 que contava com aproximadamente 7.400 signatários (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 141). Dentre suas produções, foi elaborada uma carta com aproximadamente quatrocentas assinaturas de entidades, que foi entregue aos ministros do Supremo Tribunal Federal.

Esse movimento orientado pela defesa da consolidação do SUS nos termos da Reforma Sanitária brasileira dos anos 1980 demonstra na atualidade com fatos ocorridos nos municípios e estados que já implantaram as OSs os prejuízos trazidos a usuários, trabalhadores e aos cofres públicos por meio do documento —“Contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil”⁸. A partir de pesquisa na imprensa, depoimentos de trabalhadores e usuários, os fatos elencados [...] atestam a necessidade dos Ministros do Supremo Tribunal Federal julgarem procedentes os pedidos de inconstitucionalidade formulados no âmbito da ADI 1.923/98.” (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2012b, p. 1).

No documento, a apresentação de fraudes, desvios, a não prestação de serviços devidos à população, a ausência de controle social, de fiscalização e de licitação para contratação dessas organizações é abordada registrando ainda que as Organizações Sociais (OSs) ou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) subcontratam outras empresas para a prestação dos serviços. Informações e denúncias registradas no documento retomam a ausência de controle social na Lei n. 9.637/98 que cria as OSs, assim como a descon sideração do posicionamento do Conselho Nacional de Saúde em sua deliberação nº 001, de 10 de março de 2005, contrária à terceirização da gestão e

⁸ Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs). (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2012b).

gerência de serviços e de pessoal do setor saúde, concretizando prejuízos à população. Destacamos no trecho selecionado a ênfase ao prejuízo causado à população

No que diz respeito à **falta de compromisso com a população usuária** do Sistema Único de Saúde, **constata-se que esta é a que mais tem sofrido com o desmonte do sistema**; pois, com a privatização, se oferece um grande risco para a efetivação dos direitos sociais, ameaçando assim a quebra do que foi conquistado legalmente, fruto de lutas sociais: o direito à saúde. O **sucateamento dos serviços públicos tem acelerado nos estados e municípios que implantaram as OSs**, onde já se constata a quebra de acesso aos serviços de saúde. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2012b, p.13, grifo do autor).

A organização do trabalho por metas e produtividade, a presença de racismo, instabilidade e assédio moral encontram-se entre as condições que explicam no documento os prejuízos aos trabalhadores cuja precarização, dada a flexibilização dos vínculos, tem lugar certo na contratação por meio das OSs que elimina a realização de concursos públicos. Demonstra os prejuízos relativos aos direitos trabalhistas contemplados nos regimes jurídicos dos servidores como a garantia legal de vencimentos em conformidade com os planos de cargos e salários estabelecidos na Lei n. 8.142/90 integrante da Lei Orgânica da Saúde, a –Taxação do recebimento de salário nunca inferior ao mínimo nacional; Garantia de isonomia salarial de acordo com nível de escolaridade, cargos assemelhados e complexidade da função.” (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2012b, p.16).

Nesse âmbito de atuação representantes da Frente visitaram os gabinetes de todos os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) momento em que foi entregue aos mesmos o referido documento –Contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil”, a carta elaborada aos ministros contendo as assinaturas de entidades e o abaixo-assinado pela procedência da ADIn n. 1.923/98.⁹ Audiências foram realizadas por representantes da Frente com quatro dos onze ministros do STF.

⁹ “A primeira foi com o Ministro relator da ADI n. 1.923/98, Carlos Ayres Britto, em 22/10/2010, e a última foi com o Ministro Celso de Melo (em 09/06/2011). Também foram realizadas audiências com o Ministro Ricardo Lewandowski (em 16/11/2010 e em 22/06/2011), com o chefe do gabinete do Ministro Marco Aurélio (em 16/11/2010), com o magistrado instrutor do gabinete do Ministro Gilmar Mendes (em 26/11/2010) e com o Ministro presidente do STF, Cezar Peluso (em 01/12/2010).” (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011, p. 4-5).

Outro momento importante foi a presença de representantes da Frente na votação, da mesma ADIn em 31 de março de 2011, quando foi possível a sustentação oral em sua defesa. Mesmo ainda não concluída a votação no STF, Bravo e Correia (2012, p. 142) registram o voto pela procedência parcial da ADIn pelo ministro relator Ayres Britto que afirmou, ao tratar do Programa Nacional de Publicização nos termos da Lei n. 9.637/98, “Fácil notar, então, que se trata mesmo é de um programa de privatização. Privatização, cuja inconstitucionalidade, para mim, é manifesta [...] os serviços públicos não poderão ser extintos e a função de executá-los é do Estado.”

Coerente com as ações desenvolvidas pela Frente, a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) n. 4895/13 compõe o conjunto das ações voltadas para barrar o processo de privatização. A referida ADIn questiona a privatização dos Hospitais Universitários através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) cuja criação é autorizada por meio da Lei n. 12.550/2011¹⁰.

Essa ADIn, ajuizada pela Procuradoria Geral da República (PGR) no início do ano corrente resulta da pressão do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN), que compõe a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, articulado a demais entidades¹¹ que lutam contra a EBSERH. A criação da empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), enfrenta questionamento de alguns dos dispositivos da Lei n. 12.550/2011 pela PGR a partir do entendimento de que essa lei viola dispositivos constitucionais ao atribuir a prestação de serviço público à Empresa (ANDES-SN, 2013, online).

As ações da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde apresentadas por Bravo e Correia (2012), por meio de sucessivas e articuladas estratégias que expressam uma organicidade na defesa do SUS e contra a privatização, se fazem presentes no âmbito jurídico como abordado acima, também do parlamento, no controle democrático do controle social, nos meios de comunicação e da formação profissional, como nas ruas e no conjunto da sociedade.

¹⁰ Conforme subseção 1.2 desse estudo.

¹¹ Dentre elas a Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras (FASUBRA) e a Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS), que também integram a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

Observa-se que os Fóruns têm atuado no âmbito do parlamento manifestando-se nas Assembleias Legislativas e nas Câmaras de Vereadores, visitando e entregando documentos, e solicitando a votação contra os projetos de lei em tramitação, levando a temática da privatização para próximo da população. Nesse aspecto, as atividades dos Fóruns de Alagoas e o Rio de Janeiro são destacadas por Bravo e Correia (2012) pela realização de oficinas que têm abordado a privatização dos SUS e esclarecendo os prejuízos constatados nas localidades onde já implantados os chamados novos modelos de gestão. Esse diálogo tem sido travado com trabalhadores do SUS, lideranças locais e conselheiros nas próprias unidades de saúde. Avaliamos essa aproximação com a realidade local e com os trabalhadores, fundamental para o alcance dos seus propósitos, apresentam-se como possibilidade de rompimento de barreiras além de geográficas, as que guardam relação com a socialização das informações que permitam aos sujeitos diretamente implicados com política de saúde, a apropriação da realidade.

3.3 A articulação da Frente: abrangência nacional

Na apresentação das autoras anteriormente citadas, o fortalecimento das ações contra a privatização nos estados e municípios devem ser articuladas e aprofundadas em nível nacional. Essa perspectiva orienta-se pela defesa do valor de uso da saúde em contraposição ao seu uso histórico como mercadoria e fonte de lucro. A recente realização do Seminário sobre Atenção Primária pelo Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul retrata concretização dessa estratégia. Intitulado "Atenção Primária - O desafio da construção de uma rede pública, estatal e integral de Saúde da Família em Porto Alegre", o Seminário ocorreu em 12 de agosto de 2013 na Faculdade de Economia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRG). O funcionamento da saúde como indústria da doença, os chamados novos modelos de gestão e a gestão participativa foram temas abordados no evento.

O debate do Fórum RS segue uma tendência nacional do movimento de luta pela Saúde, que é de retomar com intensidade o debate da **Atenção Primária em Saúde** (também conhecida como Atenção Básica). E de colocar novamente na ordem do dia a luta pela reorientação do SUS em torno da Atenção Primária, que deve ser a porta de entrada do Sistema,

assim como a prioridade da política de Saúde. Os esforços nesse sentido estão sendo feitos nos diversos estados em que existe luta da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, e o sucesso deste evento vem a nos inspirar ainda mais! (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013a, online, grifo do autor).

Formado por várias instituições públicas dos três níveis de governo – União, Estados e Municípios – e pelo setor privado, contratado e conveniado em caráter complementar, o SUS tem sua organização a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada. Tem como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1990b). Dessa maneira, existem ações e serviços municipais destinados ao atendimento nos municípios, ações estaduais alcançando vários municípios e as federais que se destinam ao alcance de todo o território nacional. Nesse contexto de responsabilidade partilhada, a organização do Sistema de forma regionalizada e hierarquizada compreende a articulação em níveis crescentes de complexidade, estruturando-se em atenção básica, média e alta complexidade. Ou seja, prevê a oferta de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e atendimento hospitalar, com prioridade das ações preventivas, desde que sem prejuízo das atividades assistenciais.

A Atenção Básica ou Atenção Primária em saúde é entendida como porta de entrada do sistema, devendo desenvolver suas ações por meio do trabalho em equipe, com práticas que visem o cuidado abrangendo para tanto a promoção e a prevenção, diagnóstico, tratamento e a reabilitação.

A discussão desse nível de atenção do sistema público de saúde também foi objeto do debate realizado no Rio de Janeiro pelo Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)¹². O evento, cujo tema foi “Avaliação dos três Anos de Experiência dos Novos Modelos de Gestão na Atenção Básica no Rio de Janeiro”, teve como participantes alunos, profissionais e pesquisadores. A discussão do modelo de gestão por meio das OSs adotado na cidade foi realizada a partir de concepções opostas, defendido apenas pela representação do poder executivo no evento. Questões referentes à demora para atendimento dos usuários, rotatividade dos profissionais, ao financiamento se fizeram presentes no debate. A importância do controle social é enfatizada pela

¹² Realizado em 31/07/13, teve como palestrantes o vereador do Rio de Janeiro Paulo Pinheiro; a pesquisadora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ) Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi; o pesquisador da ENSP Nilson do Rosário Costa; e o subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde da SMSDC/RJ Daniel Soranz.

pesquisadora Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi (apud VARGAS, 2013, online) diante de uma sociedade definida como militarizada onde impera o sentimento de medo perante o Estado. É importante nesse momento retomarmos outro eixo da Agenda para a saúde: o modelo assistencial.

3.4 Modelo de atenção à saúde e a garantia dos princípios do SUS

O eixo **-Modelo assistencial** que garanta universalidade com qualidade e a integralidade por meio da interação entre os três níveis de organização do sistema público de saúde, a Atenção Básica, a Média e a Alta Complexidade” faz a defesa do atendimento integral que contemple recuperação, promoção e prevenção da saúde. A satisfação do usuário, o atendimento humanizado e o acesso à atenção básica de demais níveis do sistema pressupõem a centralidade no cidadão de direitos. A —[.] perspectiva é de romper com o modelo centrado na doença e subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos descolado da necessidade da população que ainda é hegemônico.” (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011, p. 9).

O processo participativo dos anos 1980 conquistou um sistema público de saúde que tem a saúde considerada de relevância pública, devendo suas ações e serviços ser organizados de forma hierarquizada, regionalizada e descentralizada, prevendo atendimento integral com participação social. A integralidade, um dos princípios do SUS é abordada por Bravo (2012) quando avalia no modelo de assistência que vem sendo implementado, a criação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Visualiza-se a perspectiva histórica na nossa realidade de não priorização dos interesses coletivos dos cidadãos e a continuidade da privatização das políticas sociais nos últimos governos, distante do conquistado e defendido pelo Movimento Sanitário.

O modelo assistencial previsto pela Reforma Sanitária que defendemos é hierarquizado, o que não acontece com as Upas. Elas são, na verdade, unidades pré-hospitalares com o objetivo de reduzir as tensões das emergências. Não fazem referência e contra-referência, ou seja, não encaminham para outras unidades. Defendemos a ampliação da atenção básica. Ou, então, uma experiência que tivemos em meados dos anos 1980, que foram as unidades mistas da Baixada Fluminense. Nelas, você tinha atendimento primário e a articulação na perspectiva da emergência. Foi uma reivindicação do movimento de saúde da Baixada, que era ligado à Teologia da Libertação, a Dom Mauro Morelli e a Dom Adriano Hipólito.

Enquanto nessa experiência se buscava o atendimento completo, a Upa serve só para amenizar a dor e trata dos sintomas. A pessoa não tem um acompanhamento. Com isso, a doença vai crescendo.¹³

Infelizmente elas fazem parte de um programa do governo federal. O governo do PT (Partido dos Trabalhadores) não só defende as Upas, como criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Tudo isso mostra, a nosso ver, a privatização da saúde. Vimos, nos anos 1990, a privatização das empresas estatais. Mas o que aconteceu, a partir do governo Lula, foi a ampliação da privatização das políticas públicas. E a saúde tem sido a mais atacada. Só no Rio de Janeiro existem 31 Organizações Sociais qualificadas pelo Estado, sendo que 24 estão na saúde e as demais estão no esporte e na educação.

[...] Por enquanto, a saúde pública tem sido mais atacada, mas há o perigo de que a educação seja o próximo alvo. Não é por acaso que o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso apoiou a presidente Dilma pela Ebserh, dizendo, ainda, que mais adiante seria criada a Empresa de Serviços Educacionais. Ou seja, não pára por aí. Tem a proposta, por exemplo, de uma empresa para gerir a Fiocruz. (BRAVO, 2012, Prof. Inês Bravo conversa (BRAVO, 2012, online).

É possível avaliarmos que a prioridade dada aos serviços pré-hospitalares em detrimento da ampliação da Atenção Básica desconsidera, entre outros, as necessidades indicadas, por exemplo, no Relatório *Saúde Brasil 2009 – Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridade*. Dominguez (2011) informa, desta sexta edição¹⁴ do relatório, a mudança no perfil da mortalidade dos brasileiros uma vez que, em detrimento das causas infecciosas e paritárias, vem aumentando a proporção de óbitos por causas relacionadas a doenças crônicas e degenerativas. Segundo Dominguez (2011, p. 20 – 21), as doenças crônicas não transmissíveis juntas são a maior causa de morte, respondendo em 2007 por 67,3% das causas básicas de óbito. Nesse grupo predominam as doenças cardiovasculares (29,4%), câncer (15,1%), doenças respiratórias (5,6%), e diabetes (4,6%). Consideramos a necessária conexão que deva ser feita com as informações que explicam os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis em 2009, em relação a 2006: prevalência sedentarismo (aumento de 15,1% para 16,0% entre homens; de 11,6% para 15,3%

¹³ As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h são definidas como estruturas intermediárias que compõem a rede de Atenção às Urgências, localizando-se entre as Unidades Básicas de Saúde e as urgências hospitalares, um componente pré-hospitalar. Tem estratégia de atendimento relacionada ao Serviço Móvel de Urgência (SAMU) responsável pelo fluxo e encaminhamento conforme necessidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2013a, online).

¹⁴ Lançado em 2010 pelo Ministério da Saúde em realização conjunta por 46 autores, dentre eles o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, e mais seis universidades: Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Brasília (UnB), Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade Federal Fluminense (UFF).

entre as mulheres); do consumo abusivo de álcool, que apresenta aumento em ambos os sexos (mulheres de 8,2% para 10,4%; homens de 25,5% para 28,8%); e do tabagismo (estabilidade na prevalência para as mulheres de 12,7% para 12,5%; queda de 20,2% para 19,0%).

Dessa maneira, reafirmamos a relação que deva ser estabelecida entre esses fatores que, entre outros, explicam o adoecimento e a morte dos cidadãos e as ações da política nacional de saúde que prevê no âmbito da Atenção Básica o acesso ao tratamento, a prevenção e a promoção da saúde por meio do trabalho em equipes interdisciplinares, prestados por serviços localizados próximos à população.

3.5 Ações articuladas e o eixo do trabalho na saúde

Nas ações articuladas da Frente e dos Fóruns na defesa do SUS e contra as privatizações exemplificamos, a partir de um ampliado rol de realizações, o debate sobre a carreira única dos trabalhadores do SUS organizado pelo Fórum Norte-Riograndense¹⁵. Essa ação resultou em encaminhamentos dentre os quais se destacam a conquista de espaço na mídia local, televisiva e escrita, para a exposição do tema, que também dever ser debatido por meio de reuniões nos serviços de saúde. Quanto às manifestações de rua, as reivindicações sobre a implantação da carreira única dos trabalhadores do SUS deveriam ser contempladas na elaboração de faixas e cartazes. (FÓRUM NORTE-RIOGRANDENSE EM DEFESA DO SUS, 2013a, online).¹⁶

Nesse enfoque sobre os trabalhadores da saúde, chama-nos a atenção as conquistas noticiadas em relação à saúde pública na cidade de São Paulo, com decisiva participação dos trabalhadores do SUS. Na articulação das ações dos Fóruns com as ações da Frente, embasada na sintonia dos objetivos e propósitos, e que se articulam de maneira ampliada com a sociedade em geral, torna-se fundamental a participação dos trabalhadores dessa política pública. No conjunto dos contratos com OSs na cidade de São Paulo, a notícia refere-se à vitória dos trabalhadores organizados pelo Sindicato dos Trabalhadores na Administração Pública e Autarquias no Município de São Paulo (SINDSEP). A referida mobilização

¹⁵ Realizado em 15 de julho de 2013, teve Francisco Batista Júnior como apresentador da temática.

¹⁶ No referido período, manifestações coletivas apresentam-se às ruas na realidade do país.

consegue por fim à gestão via Organização Social (OS) no Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri em julho e no Ambulatório Médico de Especialidades Sapopemba em agosto de 2013 (SINDSEP-SP, 2013a, online).

Aponta-se o sucateamento que se manifesta, dentre outros, na falta de material e retornos médicos com prazo de espera em torno de oito meses. Os profissionais, mesmo pressionados, avaliaram a gestão por OS como prejudicial aos usuários. Em sua maioria, funcionários da administração direta, esses trabalhadores não aceitaram a direção das OSs, e mobilizaram-se em protestos e greve, comprometidos com a exigência de qualidade nos serviços prestados e nas relações de trabalho. A vitória é entendida como uma das mais importantes na luta contra a privatização do serviço público.

A portaria 1.195/13 da SMS obrigava os trabalhadores a aceitarem a OS ou a optarem pela transferência para outra unidade. Os servidores da Prefeitura, 87% dos trabalhadores da unidade, *gostam do trabalho que realizam* e não entendem que a transferência seja a solução para melhorar a qualidade do Ambulatório ou a qualidade do trabalho. Portanto, a melhora do atendimento estaria ligada a saída da OS. Para tanto, os servidores colocaram que se houvesse remoção seria de todo o quadro de funcionários da administração direta, o que significaria que a unidade ficaria totalmente descoberta (SINDSEP-SP, 2013b, online, grifo nosso).

Consideramos, nesse fato, o aspecto subjetivo presente na condição dos trabalhadores do SUS entendendo como fundamental a identificação desses profissionais com o trabalho realizado, com a área em questão. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) prejudica a condição dos trabalhadores do SUS pela rotatividade de pessoal prevista na contratação por tempo determinado, via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e não por via de concursos públicos, funcionando, segundo Bravo (2012), como causadora de má qualidade nos serviços uma vez que não permite a criação de vínculos e compromisso do trabalhador com a instituição, pois não se fixa, vivencia a insegurança no trabalho (BRAVO, 2012, online).

–A luta por saúde implica lutar por condições dignas de trabalho” é o que afirma o eixo da **Política de Valorização do Trabalhador** de Saúde. O combate à precarização do trabalho propõe a contratação por meio de concursos públicos, o trabalho organizado de modo interdisciplinar, em condição não exaustiva, com participação social e cuidado com o próprio trabalhador. Isonomia salarial, a

contratação via Regime Jurídico Único (RJU) e incentivos através da criação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), e a formação permanente desses trabalhadores estão entre as propostas que concebem o avanço —[...] na gestão do trabalho em saúde, tendo como foco a ampliação da estabilidade, do vínculo, da satisfação e do compromisso dos trabalhadores com o Sistema Único de Saúde [...]” (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011, p. 9).

No tocante às competências do Ministério da Saúde quanto à capacitação dos trabalhadores, nos estudos de Sarreta (2009) sobre Política Nacional de Educação Permanente para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores dessa área, a estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS) parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que faz sentido para o sujeito. Utiliza-se da metodologia da problematização – questionamentos, reflexões e proposição de soluções; parte da realidade percebida no dia-a-dia dos trabalhadores, extrapolando os conteúdos formais cristalizados.

Para além de treinamentos e cursos isolados, essa formação deve ser compreendida não apenas como uma capacitação, mas como um processo, destinando-se a estimular a construção de novos saberes e práticas. E mover-se pelo debate crítico e a discussão das exigências que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde, rumo à qualidade e humanização no atendimento (SARRETA, 2009). O estudo situa a formação dos trabalhadores da saúde na perspectiva do fortalecimento da aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, enquanto solução para o distanciamento da formação e da prática.

Na sua abordagem sobre a gestão do SUS, Batista Júnior (2011) situa a Lei de Responsabilidade Fiscal: é necessário arguir a sua inconstitucionalidade em relação à saúde uma vez que tem permitido vigoroso processo de terceirização da contratação desses trabalhadores. Localiza na reestruturação produtiva e nas descentralizações iniciadas a partir dos anos 1990 fatores que estimularam a precarização do trabalho, o culto à mercantilização e a múltipla militância, ou seja, a desvinculação do profissional com o serviço, já que o exercício do trabalho se dá em diversos locais.

Batista Júnior (2011, p. 41) explica a política de valorização do trabalhador do SUS defendida —[...] pisos salariais nacionais por nível de escolaridade, estímulo à dedicação exclusiva, interiorização e a qualificação, bem com a observância a situações específicas que hoje são demandadas em função da realidade

estabelecida.” Em contrário, a organização do trabalho que, em detrimento da grande maioria dos trabalhadores, proporciona contratações e salários diferenciados em razão da lógica do clientelismo e do apadrinhamento ao lado de contratações precárias de trabalho temporário, distancia-se da Carreira Única do SUS na perspectiva de carreira de Estado, pactuada nas três esferas governamentais, com base municipal.

3.6 Defesa do SUS: autonomia e independência no eixo da efetivação do controle social

A Frente e os Fóruns têm atuado de forma a exercer pressão sobre os mecanismos institucionalizados de controle social, os conselhos e as conferências de saúde, para que se posicionem contra os atuais modelos de gestão. Tal processo se efetivou em 2011 nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Alagoas, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Ceará nas conferências municipais e estaduais preparatórias para a 14ª Conferência Nacional de Saúde¹⁷.

Essa luta, definida como árdua por Bravo e Correia (2012), conseguiu aprovar nessas conferências moções de repúdio à privatização, assim como conquistar e mobilizar participantes a comporem esse coletivo. As autoras definem como uma grande vitória a rejeição dos delegados a todas as formas de privatização da saúde¹⁸ durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde, registrando outras propostas aprovadas

Aprovou-se o aumento do financiamento para o SUS, exigindo a imediata regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 e a destinação de 10% da receita corrente bruta para a saúde e, principalmente, que estes recursos públicos sejam aplicados para ampliação da rede pública de serviços em todos os níveis de atenção à saúde — com instalações, equipamentos, medicamentos e assistência farmacêutica restritamente públicos —; a realização de concursos públicos, a definição de pisos salariais e de planos de cargos e carreira para todos (as) os (as) trabalhadores (as) e melhores condições de trabalho, efetivação de serviços de saúde mental na lógica da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, rejeitando a internação compulsória e as comunidades terapêuticas, dentre várias outras propostas que visam fortalecer o SUS público e estatal com o objetivo de efetivar o direito à saúde (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 145).

¹⁷ Realizada em Brasília, de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011.

¹⁸ Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e as parcerias público privadas.

Nesse embate estão materializadas ações constituintes das propostas da Frente Nacional que na sua *Agenda para a saúde* compreendem o eixo **Efetivação do Controle Social**.

Cabe esclarecer sobre a Emenda Constitucional n. 29 que, editada em setembro de 2000, assegura e define co-participação de cada esfera governamental no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, o que não foi estabelecido desde a criação do SUS e da sua regulamentação na Lei Orgânica da Saúde; e os limites mínimos acima referidos de aplicação de recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios no financiamento das ações e serviços de saúde pública. Definia para a União o gasto do Ministério da Saúde do ano anterior, a cada ano corrigido pelo percentual de crescimento nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior; Estados e Municípios deveriam vincular para os gastos com saúde, 12% e 15%, respectivamente. Conceição et. al. (2012) avaliam a complexidade do financiamento no tocante à EC n. 29, ainda que prevendo a fiscalização por parte dos conselhos, a demora para essa definição, a omissão em relação ao percentual de cada política da seguridade, o amplo descumprimento de tais percentuais e a inclusão de outras despesas a comporem o gasto com saúde, dentre outros merenda escolar, saneamento básico e pagamento de inativos. Quanto a esse último aspecto, registra-se o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde estabelecendo despesas de ações e serviços de saúde por meio da Resolução n. 322 de 2003.

Após longos anos de tramitação o projeto de regulamentação da EC n. 29 é aprovado no Congresso no segundo semestre de 2011 e sancionado pela Presidente do país em janeiro de 2012 perdendo do projeto original da definição de 10% da receita bruta como participação da União, recusado pelo Congresso e pelo governo federal. No universo de outras propostas sendo discutidas enquanto alternativas para a garantia de recursos para a saúde como a taxa das grandes fortunas, maior taxa para bebidas alcoólicas e cigarro, e o uso dos recursos da exploração do petróleo no país, há que se questionar as prioridades e blindagem impressa às medidas macroeconômicas, e a privatização do SUS; a apropriação privada da riqueza e o fundo público a serviço da socialização dos custos e dos prejuízos (CONCEIÇÃO et al., 2012). Nessa avaliação, a discutida possibilidade de criação de outro imposto na figura da Contribuição Social para a Saúde (CSS), ressuscitaria a CPMF que vigorou de 1997 a 2007. As autoras fazem referência às

propostas aprovadas pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde no seu II Seminário (2011), cujo consenso estabelecido [...] é a necessidade de ampliar em R\$ 83 bilhões dos atuais R\$ 71,5 bilhões do orçamento de 2011, o que alcançaria cerca de 6% do PIB para o setor – percentual usado como referência por ser aquele aplicado em média nos países centrais.” (CONCEIÇÃO et al., 2012, p. 115).

No movimento de lutas contra a privatização e pela consolidação do SUS, é conhecida a não implementação das deliberações dos órgãos coletivos e representativos dos interesses coletivos e socializantes. Ao lado das conquistas, registra-se a perda de R\$ 30 bilhões para a saúde quando da aprovação de emenda constitucional pelo Senado, três dias após a realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde, que mantém em 7% e não os 10% propostos da receita corrente bruta a serem aplicados pela União para a saúde. Diante disso, Bravo e Correia (2012, p. 145) consideram que propostas aprovadas legitimam a luta.

A discussão do espaço dos conselhos e conferências na defesa do direito à saúde e do SUS estatal reconhece sua realidade como espaços em que ocorre a cooptação de lideranças e dos movimentos sociais pelos gestores, resguardado o avanço e significado da instituição desses mecanismos de controle social. Nessa direção, A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde propõe a autonomia e independência dos movimentos sociais nos espaços de controle social que, no caso da saúde, deve compor uma agenda única com as demais políticas sociais. A ampliação da gestão participativa deve ser acompanhada do aumento do controle democrático externo, o que significa a articulação com o Ministério Público e demais instâncias de representação popular. Incentiva-se assim a criação de espaços autônomos de participação e controle social nos estados e municípios tendo em vista que os Fóruns estaduais e municipais dessa Frente, com sua experiência, têm conseguido abrir possibilidades e fortalecido o controle social em espaços não institucionalizados atuando junto aos conselhos que

[...] precisam exigir dos gestores o cumprimento das decisões das conferências de saúde e ampliar seus vínculos com os movimentos sociais. A participação dos sujeitos sociais só será efetiva com um amplo trabalho de socialização das informações para que ocorra intervenção qualificada no sentido de exigir direitos e pressionar o poder público. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011, p. 9).

A Frente Nacional define que o combate à privatização da saúde é a retomada da mesma motivação que nos anos 1980 deu sustentação às lutas travadas pelo Movimento da Reforma Sanitária. Recupera assim como fonte unificadora a luta contra a alocação dos recursos públicos no financiamento da reprodução do capital que, particularmente na saúde, se concretiza, entre outros, na efetivação da compra de serviços privados por meio de convênios, deixando de ser prioritária a alocação dos recursos na efetivação e ampliação da rede própria (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011, p. 4-5).

Dessa maneira, a privatização da gestão e da gerência dos serviços, e fundamentalmente do próprio sistema público de saúde, por meio dos chamados “novos” modelos de gestão é caracterizada como opção político/ideológica inconstitucional, ficando, para Batista Júnior (2011, p. 38), entre a *má fé* e uma *equivocada* interpretação do Artigo 24 da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 que trata da complementaridade do setor privado às ações do SUS: —**A. 24.** Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.” (BRASIL, 1990a, online).

Para nós, uma pensada e planejada violência estrutural que, nos termos de Silva (2006), impõe valores, regras e propostas considerados necessários, apropria-se de maneira corrupta dos recursos públicos que com o público deveriam ser utilizados. Naturaliza a desigualdade e materializa-se dentre outras expressões, em débeis e focalizadas políticas sociais. Sua apreensão e enfrentamento, numa perspectiva de totalidade, condicionam a sua superação vinculada a uma sociabilidade que não ditada pela ordem do capital. Tal como em Batista Júnior (2011), um processo pensado, coordenado e politicamente elaborado de desconstrução paulatina do SUS, solapando princípios valendo-se de discursos oportunista de combate à ineficácia, ineficiência e à burocracia.

A presidente do Conselho Nacional de Saúde¹⁹ Maria do Socorro de Souza afirma o fortalecimento da Reforma Sanitária como movimento popular e, em contrapartida, a apropriação de suas formulações pelos intelectuais. A afirmação da saúde como direito individual e não coletivo, a ser acessado no mercado leva a um desconhecimento pelo próprio usuário do que deveria ser o SUS. Nesse

¹⁹ Representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG).

sentido, refere-se a uma luta coletiva pela saúde por meio dos conselhos de saúde que não prescindam do diálogo com os movimentos sociais, com a comunidade, enfim, com a população. —⁶ os conselhos e as conferências de Saúde não estão dando conta. Fazemos um controle social muito para nós mesmos, convencendo quem já está convencido. [...] esta forma de representação é legítima se fizermos as interfaces.” (SOUZA apud BATALHA, 2013a, p. 15).

3.7 Saúde e determinação social

O aumento das Organizações Sociais por todo o território nacional coloca em risco o SUS e fortalece a lógica privatista. A Frente também tem sido denunciado esse aumento uma vez que acompanha o desenvolver desse processo, identifica os agentes, empresas e interesses envolvidos. No tocante à operacionalização das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) por Organizações Sociais (OSs) e a identificação do envolvimento de grupos econômicos nessas gestões Bravo (2012, online) afirma

Essa é uma pesquisa que estamos fazendo. Ainda não conseguimos identificar os grupos econômicos, mas percebemos que as OSs estão se espalhando. Por exemplo, a Marca, que foi a OS do Rio Grande do Norte que gerou um processo contra familiares da ex-governadora do estado, também está no Rio de Janeiro. O dono da Inip, de Pernambuco, é secretário de saúde do município do Recife. E eles estão se espalhando pelo Nordeste. No Rio, também temos as Paulistas, que são ligadas, infelizmente, a Unifesp. De São Paulo também temos a Iapas. As OSs se multiplicaram mais nos anos 1990, em São Paulo, porque são uma proposta do Bresser. A partir dos anos 2000 é que elas vão se ampliando para todo o país. No Rio de Janeiro, as OSs foram aprovadas no município em 2009 e no estado em 2011. Por trás delas também há toda uma indústria dos laboratórios de análises clínicas. Já foi possível constatar que, em todos os estados brasileiros que têm OSs, existe corrupção, com o Ministério Público e os tribunais de contas questionando. Não conseguimos terminar um estudo ainda com relação às Fundações Estatais de Direito Privado, porque elas estão mais efetivamente na Bahia e em Sergipe, mas estamos investigando. Também ainda não conseguimos contra fatos em relação à Ebserh.

Com essas informações acerca da disseminação das Organizações Sociais no país de onde se depreende o fortalecimento de uma indústria da saúde que, por sua natureza e objetivos, distanciam-se do atendimento aos anseios e necessidades da população, acionamos mais um eixo da *Agenda para a Saúde*. A efetivação do SUS é entendida pela Frente Nacional Contra a Privatização da

Saúde a partir do conceito ampliado de saúde e como integrante de um projeto onde haja igualdade nas condições de vida para todos. Nesse sentido, recupera no Movimento de Reforma Sanitária brasileira a concepção de que saúde não é mercadoria, retoma a determinação social do processo saúde-doença, e articula a luta pela saúde a um novo projeto societário, que prime pela hegemonia das classes subalternas. Chegamos nesse momento ao eixo denominado **“Determinação social do processo saúde e doença: saúde no contexto mais amplo das desigualdades sociais”**²⁰. Entendemos que suas proposições explicam e justificam os argumentos e ações anteriormente apresentados. Esse eixo aponta

[...] a necessidade de resgatar o conceito de determinação social do processo saúde e doença tal como o Movimento de Reforma Sanitária. Isto vai implicar em inserir a saúde no contexto mais amplo das lutas para supressão das desigualdades sociais, com prospecção socialista, sem perder de vista as mediações desse processo no cotidiano das práticas da saúde, ou seja, articular as lutas pela saúde às lutas por outra sociedade (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011, p. 6-7).

Do leque das proposições que compõem esse eixo tem-se uma política de Estado comprometida com o desenvolvimento econômico associado ao combate à desigualdade social e preservação do meio ambiente. Nessa definição da Frente (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011), apresenta a política macroeconômica associada à auditoria da dívida pública e à suspensão do pagamento da mesma; a uma reforma tributária que mantenha o financiamento da seguridade social, devendo os impostos sobre as grandes fortunas ser regulamentado e passar a compor esse financiamento; à recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social e à convocação da Conferência Nacional de Seguridade Social. A articulação com as lutas por devidas condições de vida e trabalho tem raiz no conceito ampliado de saúde, tal como definido no artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1993, online): são determinantes e condicionantes da saúde, trabalho, renda, alimentação, transporte, moradia, saneamento básico, educação, lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais.

A integração das ações governamentais de maneira a trazer benefícios às condições de vida da população é visualizada a partir de dois temas por Laurell (2013, online). Para a pesquisadora, o primeiro relaciona-se à capacidade de

²⁰ Eixo que primeiro aparece na *Agenda para a saúde*.

coordenação interministerial em torno de uma saúde ampla, geradora de emprego e habitação, o que está totalmente descartado em termos de política neoliberal. A proposição refere-se a uma política de saúde única e integral.

O segundo tema é que, num sistema público e único de saúde, temos mais possibilidades de promover educação para a saúde, proteção, prevenção e vigilância epidemiológica. Por exemplo, se a entrada do usuário no sistema é pelo primeiro nível de atendimento, então possivelmente teremos um bom sistema de informação, sendo que, nos outros sistemas de saúde, há uma instância paralela. Assim, estou convencida de que os sistemas públicos e únicos de saúde têm muito mais possibilidade de conseguir o que queremos de um sistema de saúde: melhorar as condições de saúde e dar dignidade às pessoas. (LAURELL, 2013, online).

Para Jairnilson Paim²¹, ainda que representasse uma dimensão setorial e institucional, a Reforma Sanitária Brasileira era a proposta de uma ampla reforma social em face ao conceito ampliado de saúde. –Na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Sergio Arouca, que era presidente, convocou a todos para uma reforma sanitária, relacionada às reformas urbana e agrária, bem como às mudanças na esfera econômica.” (PAIM apud BATALHA, 2013a, p. 11). Defende o SUS constitucional²² concebido pela Reforma Sanitária, posicionando-se contrário a um SUS refém da política econômica, a um SUS pobre para pobre, complementar ao sistema privado. O professor aponta, na dependência de ação política dos movimentos populares e suas organizações, e mesmo da ação individual de cada um, a repolitização da saúde que,

[...] estimulando o debate, a mobilização e a organização dos que defendem o sistema público de saúde pode ser uma aposta e um caminho para constituir novos sujeitos individuais e coletivos capazes de alterar a correlação de forças [...] A mobilização, articulação, organização e pressão das classes subalternas têm a potencialidade de alterar a atuação das classes dirigentes, inclusive dos seus governantes de plantão (PAIM apud BATALHA, 2013a, p. 11).

A concordância com esses conceitos e definições nos convida a retornarmos aos dados: analfabetismo. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

²¹ Professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

²² Lembra o Artigo 196 da Constituição Federal que, na sua exposição prioriza as políticas econômicas e sociais antes da afirmação da universalidade e igualdade no acesso ao sistema de saúde. –A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, online).

2012 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgada em 27 de setembro de 2013 informa a existência no país de 13,2 milhões de analfabetos com idade de 15 anos ou mais, taxa estimada de 8,7%. E que na mesma idade, a região Nordeste registrou taxa de analfabetismo de 17,4%, concentrando mais da metade dos analfabetos brasileiros (54,0%) (IBGE, 2013, [p. 52]).

Já o relatório *Saúde Brasil 2009 – Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades* acionado anteriormente nesse estudo informa que mesmo com o registro de que as brasileiras têm filhos mais tarde, é considerada precoce a estrutura de fecundidade no país (DOMINGUEZ, 2011, p. 19): nas idades de 15 a 19 anos das mães há uma concentração de 20% dos nascimentos em 2007. Entre as mães com idade entre 10 e 14 anos, permaneceram praticamente inalterados os 28 mil nascimentos por ano entre 2000 e 2007.

E chegando à atenção à saúde materno-infantil, é considerada a melhora nos índices que informam um aumento de 43,7% para 55,8% a proporção de mulheres que passaram por sete ou mais consultas de pré-natal. As desigualdades regionais reafirmam-se nos dados que contam a realização dessas consultas no ano 2007 em 31% e 10% nas regiões Norte e Nordeste, e 69% e 72% no Sudeste e Sul respectivamente. Pela ótica da escolaridade os dados informam: essas consultas forma realizadas por 79% das mães com 12 anos ou mais de estudo; por 37% das mães com um ano a três de estudo; e por 27% de mães sem nenhum ano de estudo. –Mais grave ainda: uma em cada três mães sem nenhum ano de estudo foi atendida, no máximo, três vezes para pré-natal em 2007.” (DOMINGUEZ, 2011, p. 19).

Diante do exposto, fica a indagação: qual a concepção de saúde ou do processo saúde e doença que orienta as políticas públicas dessa área permitindo tamanha dificuldade de acesso às consultas de pré-natal e dessa forma à possibilidade de cuidados necessários e prevenção de agravos? Quais são os números ou os argumentos político-econômicos que concebem naturalidade a tamanho distanciamento entre princípios e meios de zelar pela vida e, em termos participativos, interferir nas decisões que dizem respeito à essa mesma vida, individual e coletiva? Os números e as opções governamentais mais uma vez indicam quem e quantos são os –esquecidos” nas determinações macroeconômicas que na política de saúde assegura a desigualdade de acesso e a não concretização da universalidade, o subfinanciamento da política inserida na lógica do mercado.

3.8 A saúde está nas ruas e o movimento político da Frente está na história

É no sentido da ruptura com o fortalecimento e as bases privadas dentro dos SUS que a Frente tem pautado suas ações, caracterizando-se pelo exercício da pressão social fora do espaço institucional do Estado e como novos mecanismos de controle social democrático. Fiéis aos princípios e lutas travadas pela Reforma Sanitária e –Considerando que o SUS é fruto de lutas sociais e patrimônio do povo brasileiro, *não podemos apenas ficar olhando* ele ser destruído nos diversos estados a partir da implantação da lógica do lucro [...]” (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011, p. 6, grifo nosso).

Dessa maneira, estratégias têm sido adotadas para o alcance do propósito de que resistências sejam criadas aos interesses do capital dentro do SUS transmutando a saúde de um bem público em fonte de lucro. A **produção e a distribuição de material, boletins** tem sido feita por meio de site e blog, que tanto a Frente como quase todos os Fóruns já têm, assim como a distribuição desse material nos meios de comunicação e órgãos de imprensa formais, partidos, sindicatos, a exemplo dos já mencionados documentos —“Agenda para a saúde” e –Contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil”, e as coletâneas datadas de 2007 e 2011.

Debates, cursos de atualização, incentivos a pesquisas e trabalhos de extensão, e articulação com intelectuais são atividades pelas quais a Frente Nacional e os Fóruns têm colocado em prática mais um âmbito de sua atuação, o da formação. A partir de uma concepção do ensino público, gratuito e de qualidade, defende-se a reorientação dos currículos dos cursos da área da saúde e o estabelecimento de diretrizes voltadas para o interesse público. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2011). Ressalte-se que em três Fóruns ocorre a articulação direta com a universidade por meio de projetos de pesquisa e extensão formalizados, a saber: Fórum Estadual de Alagoas e nas cidades do Rio de Janeiro Londrina/PR.

A realização dos **Seminários da Frente** Nacional Contra a Privatização da Saúde é definida pela Frente como espaço de estudos, debates e aprendizado, mas também de planejamento e deliberações da organização para o próximo ano; acontecem anualmente desde a criação da Frente. Informamos a sua última

edição, IV Seminário²³ cuja programação abordou a seguinte temática: “Análise de Conjuntura”, “Movimentos Sociais e os Fóruns de Saúde” e “Os novos modelos de Gestão e a Privatização do SUS”.

Desse conjunto, destacamos a abordagem realizada pela mesa sobre os movimentos sociais²⁴. A Reforma Sanitária foi resgatada em seu processo histórico enquanto movimento social que, no conjunto da sociedade como um todo, articulou diversos movimentos do setor saúde. As pautas em comum da saúde com os trabalhadores sem terra e sem teto afunilam-se num horizonte comum, a luta por transformação social (TAVARES, 2013a, online).

Caminhadas e atos públicos denunciam irregularidades e ineficiência da gestão das OSs, onde já implantadas, reafirmam o SUS público, universal e de qualidade. As manifestações simultâneas nos Estados têm sido no Dia Mundial da Saúde comemorado no dia 07 de abril, data instituída em 1948 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma divisão da Organização das Nações Unidas (ONU). No país, as diversas manifestações que acontecem mesmo antes da criação do SUS, inserem-se numa compreensão da data enquanto símbolo na luta por melhor qualidade do sistema público em atendimento às necessidades da população. Trazemos nesse momento duas dessas realizações: diante do sucateamento do serviço público e do não investimento dos impostos recolhidos da população no SUS, a divulgação das atividades do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro²⁵ convida a pensar a privatização

Fica a pergunta: se o governo tem tanto dinheiro para investir no setor privado, porque não investe no SUS 100% público, gratuito, estatal e de qualidade? Se é o empresariado que vai tomar conta de nossa saúde, o que ele vai levar em conta? A melhoria do atendimento, ou o lucro? (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013b, online).

²³ Aconteceu entre os dias 07, 08 e 09 de junho de 2013, na cidade de Florianópolis/SC, no Centro de Cultura e Eventos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As edições anteriores aconteceram em 2010 (Rio de Janeiro) em 2011 (São Paulo), em 2012 (Maceió/AL).

²⁴ Integrantes da Mesa: Marco Aurélio da Ros (professor emérito da Universidade de Santa Catarina); Jussara Basso dos Santos (Movimento dos Trabalhadores Sem Teto - MTST); Gislei Siqueira (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra - MST).

²⁵ Registra-se a opção em comemorar a data no dia de abril nesse ano para oportunamente encontrar as ruas mais movimentadas numa terça-feira, ao contrário, do seu dia oficial que seria num domingo. O cartaz desse Fórum traz o enunciado: “Dia mundial da saúde: ato contra a privatização da saúde e da vida” (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013b, online).

Já nas informações referentes ao ato público realizado em Fortaleza no dia 05 de abril de 2013, chama-se a atenção para a responsabilidade do SUS pelas ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, e nos dão conta de que ~~–NÃO~~ há o que comemorar. A precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) tem levado muitos brasileiros a se sacrificarem para pagar um plano de saúde, mas a maioria são planos básicos que não atendem todas as necessidades.” (CANUTO, 2013, online).

Nas suas diversas manifestações, a Frente Nacional e os vários Fóruns têm realizado a denúncia dos abusos, desrespeitos e usurpação do dinheiro público. Posicionam-se contra a militarização da polícia e contra a criminalização dos movimentos sociais. Recorremos nesse momento a Marx (2012b, p. 78) quando aborda a *denúncia*, que não pode, segundo o autor, ser desinteressada e não consentir ~~–~~ nenhum momento de autoilusão ou resignação.”

Importa a descrição de uma abafada opressão recíproca de todas as esferas sociais umas sobre as outras, de um dissentimento geral, inativo, de uma estreiteza que tanto não reconhece como mal conhece a si mesma, inserida no quadro de um sistema de governo que, vivendo da conservação de todas as lástimas, não é ele mesmo nada mais que a lástima no governo. [...] É preciso tornar a opressão efetivamente real ainda mais opressora ao acrescentar-lhe a consciência da opressão, a vergonha ainda mais vergonhosa, ao torná-la pública. [...] É preciso ensinar o povo a *aterroizar-se* consigo mesmo para dar-lhe *courage*. (MARX, 2012b, p. 78, grifo do autor).

A Frente insere-se na luta coletiva por melhores condições de vida para todos. Os protestos que vieram às ruas do país no último mês de junho integram as suas atividades, participando de maneira a contribuir e compor as manifestações populares e sociais. As jornadas nacionais que se iniciaram a partir da reivindicação de redução no preço das tarifas de ônibus com manifestações em várias cidades do país, foram adensados por manifestações contra a corrupção, por melhores salários, insatisfação com a precariedade e ausência de serviços públicos essenciais, dentre eles, saúde e educação. A divulgação e convocação para o Ato Público²⁶ do Fórum de Saúde do Rio de Janeiro traziam os dizeres: "Não é por centavos, é por direitos". O que se explica na sequência

²⁶ Rio de Janeiro/RJ - 20/06/2013.

Estamos na rua por:

1. Redução dos preços das passagens;
 2. Livre Direito de Manifestação: Fim da Repressão Policial, da Criminalização dos Movimentos Sociais, e do Uso das Armas Letais e Menos Letais;
 3. Dinheiro da Copa e Olimpíada para Saúde e Educação;
 4. Não às Remoções e Despejos;
 5. Gestão Democrática das Cidades com Decisão Popular.
- (FORUM DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013a, online).

“Histórico” é definido o dia 17 de junho de 2013: as mobilizações nas ruas, vistas e acompanhadas pela Frente e Fóruns em São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Curitiba e Belo Horizonte em luta pelo direito à cidade, direito impossibilitado pela atual (e antiga) política compromete entre outros a mobilidade urbana. Comemora-se a presença maciça e indignada nas ruas do país. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013c). Mas a comemoração teve significado maior quando, nessa mesma data, é declarado inconstitucional o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), uma Fundação Estatal de Direito Privado criada para no município de Porto Alegre gerir a atenção primária em saúde. A notícia da vitória em defesa do SUS não precarizado e não privatizado esclarece que a mesma é fruto de ação impetrada pelo Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul.

A hora é de luta, e a Saúde tá na rua! Esse é o manifesto publicado pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde em 23 de junho de 2013 que aborda as manifestações de rua realizadas no país, a proposta de construção de estratégias com demais movimentos sociais, dentre eles o movimento *Resistência Urbana*. Nesse manifesto, a Frente destaca com base em pesquisa Datafolha, que 40% dos entrevistados paulistanos referiam a saúde como futuras reivindicações, em resposta única. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013d, online).

Ir para as ruas e se manifestar faz bem à saúde! é o título da nota pública lançada em julho de 2013 (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013e, online). A Frente esclarece que sempre esteve nas ruas por meio dos Fóruns municipais e estaduais, dos quais participam trabalhadores e usuários dos SUS. Informa que continuará nas ruas, suas reivindicações e suas *bandeiras* levadas junto ao movimento de massas ocorrido não país: contra todas as formas de privatização; pelo SUS público, estatal, universal e de qualidade; auditoria da dívida fim da Desvinculação das Receitas da União (DRU); a efetivação do

controle social democrático e o cumprimento das aprovações da 14ª Conferência Nacional de Saúde entendida como espaço de vocalização popular sobre suas reivindicações para a saúde, dentre elas alcançar o mínimo de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) par o financiamento da saúde. Defende a eliminação da Lei de Responsabilidade Fiscal para despesa com pessoal de saúde e a implementação da Reforma Psiquiátrica²⁷. Quanto ao modelo assistencial, seu posicionamento contra o modelo “médico assistencial privatista” caracterizado por ser [...] centrado no atendimento individual e curativo subordinado aos interesses lucrativos da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, e pelo fortalecimento da atenção básica com retaguarda na média e alta complexidade [...]. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013e, online).

A concepção de Reforma Psiquiátrica pressupõe ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, posicionando-se contra as internações e recolhimentos forçados e a destinação de recursos à ampliação das comunidades terapêuticas enquanto mecanismos de privatização dos recursos destinados à Saúde Mental. Afirma-se a necessidade de convívio coletivo para as pessoas que vivem o sofrimento psíquico. Essa Reforma tem vinculação profunda com a Reforma Sanitária quando consideramos que em ambos os movimentos, tanto para a provisão da saúde física como da saúde mental, as transformações na organização política e econômica da sociedade têm lugar central nas suas concepções e proposições.

Na continuidade da apresentação das *bandeiras* da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde reapresentadas no conjunto de suas manifestações e articulações, elencamos a seguir as suas proposições concernentes ao âmbito jurídico

- Pela revogação da Lei 12.550/2011 que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade 4.895/2013 que tramita no STF. Não podemos entregar os Hospitais Universitários a uma Empresa de direito privado, quebrando a autonomia universitária no que diz respeito ao ensino e à pesquisa. Também não podemos permitir a criação de subsidiárias que entreguem os Hospitais Federais e Institutos à EBSERH, como a denominada Saúde Brasil.

²⁷ Reforma Psiquiátrica: numa concepção que pressupõe ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, posicionando-se contra as internações e recolhimentos forçados e a destinação de recursos à ampliação das comunidades terapêuticas enquanto mecanismos de privatização dos recursos destinados à Saúde Mental.

- Pela revogação da Lei 9.637/1998, que cria as Organizações Sociais (OSs) e pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923/1998 que tramita no STF. As OSs desrespeitam o controle social, promovem a cessão de servidores públicos para entidades privadas, contratam trabalhadores sem concurso público, garantem a aquisição de bens e serviços sem processo licitatório, facilitando o desvio de recursos públicos.

- Pela anulação imediata da Proposta de Lei Complementar nº 92/2007, em tramitação no Congresso Nacional, que propõe as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) para gerir todas as áreas sociais: Saúde, Assistência Social, Cultura, Desporto, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, previdência complementar do servidor público, Comunicação Social e promoção do turismo nacional;

[...]

- Pelo cancelamento do Projeto de Lei do Deputado Federal Osmar Terra, que propõe alterações na Lei 11.343/2006 e inverte a prioridade de intervenção na área da Saúde Mental que tem na internação compulsória o último recurso clínico para pessoas que apresentam problemas no uso das drogas, conforme a Lei 10.216/2001, colocando-a como primeira e principal estratégia de cuidado; [...]. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013e, online).

Medidas governamentais têm sido adotadas em relação à política pública de saúde concretizando iniciativas que, ainda que relacionadas a necessidades reais de larga camada da população brasileira, como o atendimento por profissional da área médica, deixam à sombra um complexo conjunto de fatores que tanto compõem a dramática condição de saúde como, deveriam integrar o seu enfrentamento. Referimo-nos à reprodução de um modelo centrado na figura do profissional médico, inserido em precárias condições de realizar efetivamente o atendimento previsto no SUS; o não investimento em equipes multiprofissionais, sem falar em mudanças que permitam tornar realidade o conceito ampliado de saúde com o saneamento de todas as carências relativas aos determinantes e condicionantes da saúde, como definição da Lei Orgânica da Saúde.

Ao defender o SUS público, a Frente se posiciona registrando sua compreensão acerca dessas respostas governamentais recentemente apresentadas afirmando uma redução do atendimento às necessidades sociais a uma lógica incrementalista e assistencial, sem mudança estrutural que possa resolver os problemas do SUS. Considera, ao contrário, o risco de aprofundamento de algumas dimensões

[...] com a implantação das propostas do chamado **-pacto para a saúde pública-**: 1) a contratação de médicos estrangeiros não resolverá o problema de pessoal no interior e na periferia; 2) a abertura de vagas para a graduação em Medicina e para a Residência também não são soluções para a crise da

saúde, se não acompanhadas de discussão sobre o modelo de formação para o SUS e se priorizar vagas para o setor privado; 3) a construção de novas unidades de Saúde Pública sem especificar se serão 100% estatal, sob as normas do direito público, com contratação de pessoal pelo Regime Jurídico Único (RJU) e financiamento efetivo, também não trará melhorias para a Saúde; 4) o fortalecimento da rede filantrópica é uma medida que aprofunda a privatização do sistema público de Saúde. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013e, online, grifo do autor).

Criado pela Medida Provisória n. 621²⁸ pela presidente Dilma Rousseff, o Programa Mais Médicos foi lançado em 08 de julho de 2013, tem por finalidade formar recursos humanos na área médica do SUS e objetiva, entre outros, o fortalecimento da atenção básica, reduzir a carência de médicos em regiões prioritárias (BRASIL, 2013, p. 1-3).

O Programa que prevê a contratação de médicos brasileiros e estrangeiros, a ampliação do número de vagas nos cursos de medicina nas faculdades públicas e privadas, o atendimento obrigatório no SUS por período de dois anos e investimentos em infraestrutura de saúde. As medidas que não agradaram estudantes de medicina e o Conselho Federal de Medicina (CFM), são também consideradas pertinentes pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), (MAIS..., 2013a, p. 5).

Trata-se de uma *corrida contra o tempo* (MAIS..., 2013b, p. 32) por parte do governo a colocação dos médicos em condição de atendimento, anunciando em 21 de agosto último, acordo firmado com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a vinda de quatro mil médicos cubanos para o país.

No debate realizado pelo Fórum de Saúde do Rio de Janeiro sobre esse Programa, intitulado *Ecos das manifestações: o pacto do governo federal para a saúde e o programa Mais Médicos*²⁹ esteve presente a crítica tanto ao programa quanto à postura corporativista das entidades médicas (MOROSINI, 2013). A avaliação do Programa pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde é, segundo Francisco Batista Júnior (apud MOROSINI, 2013), de um programa autoritário diante da ausência de debates com o Conselho Nacional de Saúde por parte do governo, debate que deve ser político e ideológico, precedente às ações

²⁸ De 8 de julho de 2013: Institui o Projeto Mais Médicos. (BRASIL, 2013, p. 1-3).

²⁹ Realizado em 07/08/2013 na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ). Participaram Francisco Batista Júnior (ex-presidente do Conselho Nacional de Saúde e integrante da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde); Nelson Souza e Silva (professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro) e Edmar Oliveira (médico psiquiatra militante da Reforma Psiquiátrica).

que requisitam um correto diagnóstico da situação; um modelo de saúde cuja centralidade esteja no profissional médico, verticalizado, não discute a ausência de médicos conectada à ausência de equipes multiprofissionais; uma formação profissional médica elitizada e mercantilizada está distante das reais necessidades do SUS. Em poucas palavras: “Vai passar a febre do paciente, mas ela volta.” (BATISTA JÚNIOR, 2013 apud MOROSINI, 2013, p. 32).

Entre as *bandeiras* da Frente levadas às ruas, retratadas nesse momento no conjunto das recentes manifestações de rua, é importante registrar o seu posicionamento contra os subsídios aos planos privados de saúde e [..] contra a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à Saúde e pelo arquivamento do Projeto de Lei do Senado (PLS) 259/2009 que altera o artigo 23 da Lei 8080/90 para viabilizar o rentismo [...].” (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013e, online). Para a Frente, a análise que se faz nesses 25 anos do Sistema Único de Saúde é que, tanto no livre mercado quanto por dentro do próprio SUS, os governos favoreceram a mercantilização da saúde e a ampliação do setor privado. A partir de notícia veiculada³⁰ na mídia sobre a proposta da atual presidente do país de redução de impostos e subsídios públicos para planos privados de saúde, sua formalização vem sendo combatida pela Frente que afirma consagrar-se um processo de universalização que tem suas origens nos anos 1990: entende-se que a absorção de 62% dos recursos públicos pela rede privada por meio da compra de procedimentos de alta e média complexidade pelo SUS, via convênios e contratações, significa uma complementaridade invertida. O crescimento do número de usuários dos planos de saúde de 34,5 para 47,8 milhões de 2000 para 2011 colocam o Brasil abaixo apenas dos Estados Unidos da América, como o 2º mercado mundial de seguros privados (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013f, online). Sendo assim, a Frente contextualiza o surgimento dessa medida em estudo pelo governo federal

A referida medida que beneficia os planos privados é anunciada poucos meses depois da venda de 90% da AMIL, maior operadora de planos privados de saúde do Brasil, para a empresa norte-americana United Health, e do anúncio do seu fundador, Edson Godoy Bueno (um dos maiores bilionários brasileiros) da meta destes planos atingirem 50% da

³⁰ Jornal Folha de S. Paulo, 27/02/2013 (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013f, online).

população brasileira, ou seja, duplicar a sua cobertura para 100 milhões de brasileiros. A estratégia anunciada pela United Health para o Brasil é crescer entre o público de baixa renda. (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2013f, online).

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde publica o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde diante da noticiada negociação de pacote prevendo redução de impostos e aumento de subsídios à iniciativa privada em saúde (FIGUEIREDO, 2013, online).

O Conselho reafirma as deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde em defesa do SUS público, estatal, de qualidade e com controle social, portanto contrário ao emprego do dinheiro público no financiamento da saúde suplementar, à comercialização da saúde. Na sua 243ª Reunião Ordinária aprovou a nota em que se posiciona [..] contrário a qualquer possibilidade de negociação entre o Governo Federal e os Planos Privados de Saúde visando conceder ou ampliar subsídios públicos de qualquer ordem para ampliação da oferta de saúde privada no Brasil.” (CNS, 2013b, online). Reproduzimos o Art. 199 da Constituição do país, que fundamentou o conjunto das argumentações desse Conselho:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. (CNS, [2013a], online).

O descumprimento de princípios democráticos como o controle social significa na saúde o não investimento em serviços humanizados e de qualidade que atendam as necessidades e anseios da população. Na mesma medida em que os planos privados de saúde deságuam no sistema público quando da necessidade de procedimentos de alta complexidade e custos elevados, pois da forma como se estruturam, deixam de fora, entre outros, os idosos e pobres que não podem pagar pelo acesso.

Ligia Bahia³¹ contribui para a compreensão do consumo de saúde via planos privados esclarecendo limites das pesquisas de opinião em que os mesmos aparecem como indispensáveis, em alta porcentagem de indicação pelos brasileiros

As pesquisas desse tipo apresentam uma lista fechada para os entrevistados que não contém um item como um sistema de Saúde público de qualidade. Ninguém preferiria pagar por plano privado de saúde ou escola particular se as políticas universais fossem efetivas. As pesquisas de opinião são importantes, mas não para a formulação de políticas públicas. Todos querem bons serviços de Saúde, se público ou privado depende de governos e partidos políticos. Querer atribuir a responsabilidade pela privatização à população, principalmente aos trabalhadores recém-ingressos no mercado formal de trabalho, é puro cinismo. (BAHIA, 2013, online).

Na mesma entrevista a professora afirma tratar-se de uma associação espúria a relação estabelecida entre o crescimento de empregos formais no país e a definição pelo discurso oficial de que esses trabalhadores constituam uma nova classe média, a qual justificaria a necessidade de ampliar subsídios para os planos privados (BAHIA, 2013, online). O discurso de que essa nova classe média não gosta do SUS funciona como um álibi para legitimar a privatização na proposta governamental.

Na perspectiva de um debate ampliado acerca da saúde pública como direito e socializando as medidas governamentais em curso, a Frente tem divulgado, debatido de maneira coletiva e publicado informações e esclarecimentos sobre a proposta de subsídios aos planos privados de saúde, dentre elas, o destaque dado pelo professor Mário Scheffer³² (apud TAVARES, 2013b, online), à questão do caráter não mais apenas nacional do setor suplementar em saúde

[...] este fato não se mostrou inusitado, mas a novidade que é apresentada são os protagonistas. Um deles é a Qualicorp – que é uma intermediadora de planos de saúde, que cresceu muito nos últimos tempos e tem um histórico agressivo de financiamento de campanhas políticas, – na última eleição apostou para todos os lados financiando tanto a campanha da Dilma quanto do Serra e de alguns governadores. Além disso, conseguiu emplacar o presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) [ex-diretor presidente Maurício Ceschin que foi superintendente da Medial Saúde e da Qualicorp]. Outra novidade que faz a diferença é a entrada do capital estrangeiro.

³¹ Professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). No artigo “Lígia Bahia: as ruas disseram não à privatização” A Frente republica a entrevista da professora ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 01/09/2013.

³² Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

O mesmo em relação à análise feita por Geandro Pinheiro, pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (RPSJV/FIOCRUZ) sobre a postura da Presidente Dilma Rousseff enquanto resposta às demandas da população e a continuidade da estratégia de desenvolvimento estimulado por consumo

A saúde como um todo está sendo questionada de todos os lados, e isso foi colocado para a presidenta como uma das áreas mais críticas, portanto, ela tem que dar uma resposta para as pessoas. E ela está dando e tem um apelo popular muito forte. *A reforma sanitária não é algo que esteja na mente das pessoas, se dentro da própria reforma não há univocidade, imagina para a grande população?* As pessoas querem saúde. Isso é dar uma resposta com um apelo popular fortíssimo e de uma marca de governo que será marcado por ampliar acesso da população, não se importando de que forma se dá este acesso. Além disso, podemos fazer uma ligação com a estratégia de consumo para o modelo de desenvolvimento, como em qualquer outra política do governo atual, mais forte ainda nestes dois últimos anos. Podemos ver, por exemplo, o Vale Cultura, que financia revista, TV a cabo... Ou seja, está vinculando aquilo que sai como preceito de direito para uma questão vinculada ao consumo. Se analisarmos, todas as políticas estão tendo este norte: de ampliar o acesso ampliando o consumo. (PINHEIRO apud TAVARES, 2013b, online, grifo nosso).

Consideramos importante, nesse momento do estudo, retornar a uma questão identificada tanto no âmbito do exercício profissional como no decorrer da pesquisa ora realizada. A inserção dos diversos trabalhadores, das várias profissões especificamente daquelas reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)³³ como profissões da área da saúde nessa política pública ocorre em condições em que uma gama abrangente de fatores explica suas particularidades como o nível de atenção do sistema de saúde (atenção básica, média ou alta complexidade), identificação, vínculo e compromisso com o trabalho. E os fatores relacionados entre outros, à precarização e mudanças no âmbito do trabalho como o tipo de vínculo empregatício, baixa remuneração, inexistência ou deficitária formação permanente desses trabalhadores, a formação profissional acessada em meio à mercantilização da educação e aqui especificamente, uma formação profissional desconexa da formação para a saúde. O desconhecimento em relação a essa política, como abordado anteriormente na precária condição de

³³ Conforme Resolução n. 287 de 08 de Outubro de 1998, quatorze são as profissões: assistentes sociais; biólogos; biomédicos; profissionais de educação física; enfermeiros; farmacêuticos; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; médicos; médicos veterinários; nutricionistas; odontólogos; psicólogos; e terapeutas ocupacionais. (CNS, 1998, online).

representação dos conselheiros de saúde se faz fortemente presente entre os trabalhadores do SUS.

Daí o nosso destaque no trecho acima quanto às possíveis divergências dentro da proposta de defesa coletiva da saúde pública que, como identificamos nas ações da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, propõe a retomada de um projeto, o da Reforma Sanitária.

A referida diversificação do significado da própria Reforma Sanitária é tratada por Bravo e Menezes (2011) no cenário mais amplo da fragilização das lutas sociais, das entidades e movimentos sociais a partir dos anos 1990 caracterizando uma despolitização da questão social, então desqualificada como questão nacional, pública e política, compreendida de maneira desvinculada das contradições inerentes ao capitalismo. As autoras referem mudanças na atitude dos trabalhadores, defensiva, no contexto da reestruturação produtiva, a não mobilização da sociedade pelos partidos de esquerda com destaque para o Partido dos Trabalhadores (PT) nos seus governos recentes, o sindicalismo também fragilizado com as mudanças no mundo do trabalho. Identificam, porém, em demais movimentos sociais uma participação na saúde, mesmo que incipiente, do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e a rearticulação do movimento estudantil na figura dos estudantes de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Farmácia e Nutrição.

Contudo, quanto às preocupantes proposições concernentes à privatização da saúde, como a de criação das Fundações Estatais de Direito Privado, os movimentos sociais têm reagido. Tem evidência a atuação de [...] alguns sujeitos coletivos [que] têm sido mais críticos com relação à privatização da saúde.” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 22), como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) nas conferências preparatórias e nas próprias 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde; na produção e divulgação de documentos demonstrando a situação de risco do SUS com tais medidas privatizantes. Em 2009 e 2010 o CNS aprovou agendas políticas norteadoras de prioridades relativas à consolidação do SUS e ao enfrentamento da privatização, do sucateamento e da precarização do sistema público de saúde, conforme vimos abordando nesse estudo. Também em 2010 registra-se a mobilização e convocação da I Conferência Mundial pelo Desenvolvimento dos Sistemas Universais de Saúde e de Seguridade Social, realizada em Brasília.

Antecede a criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde a realização em 2005 do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde com o tema “SUS – o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção”. A Carta de Brasília lançada ao final desse encontro afirma o compromisso com a defesa do sistema público de saúde constitucional e com o Projeto da Reforma Sanitária. “Após esse encontro, observou-se a iniciativa de viabilização das entidades em torno das bandeiras da Reforma Sanitária.” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 19). E o Fórum da Reforma Sanitária³⁴ que lança em 2005 o seu primeiro manifesto intitulado “Fórum da Reforma Sanitária Brasileira: reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros”, em ato público na Câmara dos Deputados, defendendo a aprovação da Emenda Constitucional n. 29 e o orçamento em saúde. Lança mais dois documentos sendo eles “Gasto em Saúde no Brasil: É muito ou pouco?”, e “SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade”, sendo este último apresentado aos candidatos à eleição de 2006. A reconstrução de um campo político com delineamento mais geral em torno da Reforma Sanitária são os objetivos do Encontro Nacional de Conjuntura e Saúde, organizado em 2006 pelo Fórum da Reforma Sanitária com iniciativa do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). A realização do Seminário Nacional “20 anos de SUS, lutas sociais contra a privatização e em defesa da saúde pública e estatal” em novembro de 2010 que reuniu mais de 400 “lutadores da saúde” foi considerada “[...] um marco na retomada de um movimento de saúde com base popular e dimensão nacional.” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 22).

Com a retomada desses elementos processuais da defesa coletiva do SUS tal como conquistado e implantado na última Constituição do país e o seu efetivo descumprimento por parte dos governos, registramos a identificação por parte desse mesmo movimento de uma possível dissonância nos princípios que orientam a leitura e a proposição desses atores. Localizamos em Bravo e Menezes (2011) o destaque para as iniciativas, amplitude de debate, publicação e divulgação dos resultados por parte do CEBES, assim como da chamada Saúde Coletiva. As autoras informam, entretanto, a partir de 2008, uma mudança no referencial teórico, o que tem influência na direção dos debates e das ações, conformando

³⁴ Constituído pelas seguintes entidades: a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Rede Unida e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa).

uma defesa do pluralismo sem hegemonia da teoria social crítica. Segue a sua explicação sobre a proposta de Reforma Sanitária dos anos 1970 e 1980 que

[...] teve como grande influência teórica o marxismo, primordialmente através das elaborações de Gramsci e de um de seus seguidores Berlinguer, autor principal da Reforma Sanitária Italiana, que teve grande repercussão no movimento brasileiro. [...] A concepção anterior, construída a partir de meados dos anos setenta, tinha como horizonte a emancipação humana, que só seria alcançada com o socialismo (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 21 -22).

Em outras palavras, produções teóricas têm privilegiado uma ênfase no cotidiano sem as necessárias articulações com a totalidade social enfatizando aspectos relacionados, entre outros, ao cuidado e auto cuidado, humanização e estilo de vida que, em última instância, responsabiliza os sujeitos por sua saúde, localizando as respostas para suas demandas fora do Estado, no protagonismo da sociedade civil. As autoras fazem referência a documentos elaborados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que, tal como as produções identificadas, têm reduzido a compreensão da determinação social do processo saúde e doença a fatores sociais, o que implica na perda da dimensão de processo sócio-histórico.

A nossa compreensão, identificada com a crítica formulada, avalia que sem a clareza dessas conformações do movimento da sociedade e dos atores que se propõem a pensá-la e oferecer propostas e alternativas para o enfrentamento das necessidades sociais, que são humanas, dificuldades nebulosas são colocadas para a materialização da saúde como um direito indispensável de adequadas condições de vida e trabalho para todos.

Para Lessa (2007) a emancipação humana se realiza com a superação da emancipação política. Assim explica que não basta a radicalização da cidadania, nem a radicalização da emancipação política. O autor não nos deixa ilusões quanto ao Estado de Bem-Estar, que não teve como predominantes no desenvolvimento entre os anos 1950 e 1970 o que chama de mero estender de direitos nos Estados Unidos da América e universalização de algumas políticas em países europeus. Refere que algumas análises deixam intocadas questões pertinentes à nova etapa do imperialismo do sistema capitalista que significou aos países periféricos uma adequação por meio da implantação de multinacionais e de ditaduras, militares ou não.

A explicitação das categorias emancipação política e emancipação humana feita por Lessa (2007) são fundamentadas nas definições de Marx, então definidas como “categorias marxianas precisas” que, para o autor explicam a urgência e a necessidade histórica de superação da emancipação política que, assentada numa sociabilidade regida pela propriedade privada e que tem como fundamento o trabalho assalariado, alienado, tem como limite que sua reprodução é a produção ampliada de desumanidades. Para Marx (2012a, p. 57), —A emancipação *política* é, sem dúvida, um grande progresso; ela não é, decerto, a última forma da emancipação humana, em geral, mas é a última forma da emancipação política no *interior* da ordem mundial até aqui.” O seu limite aparece no fato de que “[...] o Estado pode ser um Estado livre sem que o homem seja um homem livre.” (MARX, 2012a, p. 54).

A partir da concepção marxiana de que o avanço contra o capital não se daria por meio do Estado, Lessa (2007) propõe a necessidade de deciframento de que perspectiva e que orientação estratégica deva se dar a defesa dos direitos ameaçados e democraticamente sendo eliminados. Para o autor, a apreensão da história, sem ilusões e preconceitos, é condição para a sua transformação radical.

Marx (2012b) afirma que a possibilidade “positiva” da emancipação alemã, que tem sentido universal, passa pela oposição aos pressupostos e não às consequências do Estado. Afirma a necessidade da “arma da crítica” que não substitui a “crítica das armas”, estando a capacidade da teoria de arrebatrar massas localizada no fato de a teoria tornar-se radical; a teoria torna-se violência material e assim pode derrubar a violência material. Explica

Ser radical é captar a coisa pela raiz. A raiz para o homem, porém, é o próprio homem. [...] *o homem é o ser supremo para o homem*, portanto, com o *imperativo categórico* de derrubar todas as relações nas quais o homem é um ser humilhado, escravizado, abandonado, desprezível, relações que não se pode descrever melhor que através da exclamação de um francês em face de um projeto de imposto sobre cães: —Pobres cães! Querem tratar-vos como homens!” (MARX, 2012b, p. 83, grifo do autor).

O Estado neoliberal enquanto continuidade do Estado de Bem-Estar Social, que procedeu a uma domesticação do movimento operário, permanece como constitutivo da reprodução do capital; nesse evoluir, a estratégia parlamentarista e democrática é avaliada por Lessa (2007) como não tendo alcançado bons resultados nas últimas décadas; afirma que na perspectiva anticapitalista, o

enfrentamento da crescente destrutividade do capital significa [...] não mais privilegiar a participação e a resistência nos terrenos estatal e governista, no Parlamento e nos órgãos públicos, nas instituições da ‘sociedade burguesa’ e de seu Estado ‘político’ e deslocar o centro de gravidade para o terreno extra-parlamentar.” (LESSA, 2007, p. 56). A questão colocada é a imposição histórica da defesa de direitos situada como possibilidade de acúmulo de forças para viabilizar a emancipação humana, tal como definida por Marx (2012a, p. 71, grifo do autor)

Só quando o homem individual real retoma em si o cidadão abstrato e, como homem individual – na sua vida empírica, no seu trabalho individual, nas suas relações individuais – se tornou *ser genérico*; só quando o homem reconheceu e organizou as suas “forças propres” como *forças sociais*, e, portanto, não separa mais de si a força social na figura da força *política* – [é] só então [que] está consumada a emancipação humana.

A redefinição da democracia é proposta por Paulo Netto (1990) no sentido de que o que chama de expurgo dos componentes autocráticos da nossa ordem política trata-se de uma função primordial para o projeto de emancipação das classes e camadas subalternas. Na construção de sua hegemonia, a democracia política é concebida então como uma necessidade e um limite por situar-se no terreno próprio da ordem burguesa. Trata-se, para o autor, de uma exigência dupla imposta às classes subalternas, tornando-se “visceralmente problemática” a construção de sua hegemonia sem [...] forçar pela prática do mais amplo jogo democrático e pela generalização e universalização da democracia e, *ao mesmo tempo*, deslocar a legitimação da ordem burguesa no próprio marco do ordenamento capitalista [...]” (PAULO NETTO, 1990, p. 125). Na ampliação de conteúdo da democracia, com desdobramentos econômicos e sociais, propõe-se o deslocamento das estruturas institucionais para uma

[...] *democracia de massas* que se, desde já, não pode ferir imediata e medularmente o caráter de classe do Estado constituído, é organizável de baixo para cima, combinando a intervenção instituída com a instituinte. Está em pauta uma democracia política que conjugue a ação mediatizada pela delegação tradicional burguesa (as instituições parlamentares, os sistemas partidários, etc.) com uma rede de organizações de base (sindicatos, comissões de empresa, organizações profissionais e de bairro, movimentos democráticos, culturais e patrióticos, comunidades de inspiração religiosa, entidades que congreguem categoriais, etc.). (PAULO NETTO, 1990, p. 126, grifo do autor).

Fica claro nas suas proposições que exercitar uma participação social alargada em todos os espaços da socialidade insere o “vetor do *trabalho*”, ao tempo em que não exclui a propriedade privada e dos meios de produção, ao deslocar-se das estruturas institucionais para o que chama de democracia de massas. Entretanto, para Paulo Netto (1990, p. 127) expressa uma politização do movimento social que “[...] desautoriza e desacredita os monopólios estabelecidos de poder.”

O percurso por entre as definições e proposições elaboradas e por entre as ações concretizadas pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, articulada aos diversos Fóruns e segmentos também envolvidos na defesa da saúde inserida no abrangente campo das condições de vida e trabalho, nos possibilita a afirmação da existência de uma construção em movimento, de um exercício dessa proposta que por meio do desvendamento do ideário neoliberal e do deciframento de suas conseqüências, propõe o enfrentamento dos seus fundamentos, materializando estratégias de resistência ao uso do fundo público para o financiamento de interesses privados, particularistas, em detrimento da reprodução do trabalho.

A denúncia da privatização dos serviços públicos pela Frente Nacional Contra a Privatização e pelos Fóruns de saúde tem sido uma maneira de trazer a público as manobras burocráticas e o uso da força policial para impedir a participação organizada de defesa dos direitos da população.

Pilotto (2011), que documenta o processo de aprovação da gestão dos serviços públicos por Organizações Sociais (OS's) na Assembleia Legislativa do Estado do Paraná (ALEP) utilizando-se da presença da Polícia Militar, de votação a portas fechadas e corte da iluminação diante da presença dos movimentos sociais explica

A truculência não foi ao acaso. O projeto é um símbolo do atual modelo hegemônico de governo, em que os mais diversos serviços públicos estão sendo terceirizados ou privatizados diretamente, seja através das parcerias público-privadas, fundações estatais de direito privado, empresa brasileira de serviços hospitalares e por OS's. Esses modelos terceirizantes trazem grande benefício ao setor privado, que recebe grandes quantias (através de entidades laranjas classificadas como OS's) de dinheiro público para gerir os serviços públicos, sem precisar fazer licitação e concursos. Mas esse dinheiro volta aos governantes (e não ao Estado), através de polpidos financiamentos de campanha. (PILLOTO, 2011, online).

A realidade é que, para [...] denunciar a destruição e a privatização do SUS de forma sorrateira, quase silenciosa, se não fossem as manifestações da Frente e dos fóruns estaduais e municipais.” (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 145) esse movimento tem enfrentado o uso da violência e da repressão do aparelho coercitivo do Estado contra os manifestantes, a conhecida criminalização dos movimentos sociais quando da luta pela preservação de direitos. E lamentavelmente, dessa forma foi possível mostrar os argumentos contrários às OSs, inserindo essa pauta na mídia nacional.

Retornamos a José Paulo Netto (2004) considerando necessária a clareza de sua avaliação nesse momento em que findamos essa apreensão, provisória, do que venha a ser a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. A inserção profissional e identificação com a área da saúde, a convicção da possibilidade de sua efetiva implantação não podem ofuscar a compreensão das mediações necessárias no cotidiano para o alcance de outras condições de vida e trabalho, que não as noticiadas faltas, ausências, insuficiências, e tantas outras formas de violência. A partir do marxista italiano Umberto Cirroni, o aludido autor esclarece a distinção entre a democracia-método, ou seja, mecanismos institucionais que permitem a livre expressão de opiniões e expressões sociais quando da vigência de garantias individuais, e a democracia condição social, esta

[...] mais que um conjunto de institutos cívicos, um ordenamento societário em que *todos*, a par da livre expressão de opiniões e opções políticas e sociais, têm iguais chances de intervir ativa e efetivamente nas decisões que afetam a gestão da vida social. (PAULO NETTO, 2004, p. 80, grifo do autor).

Certifica a necessidade de *viva conexão* entre as formas de democracia representativa e democracia direta, e a participação em instâncias de universalização e totalização da vontade política, alertando para o risco de, em contrário, tal participação se constituir enquanto *sólidos pilares de um modelo liberal-corporativo* (PAULO NETTO, 2004, p. 81). É sinalizando os avanços e a relevância da participação de agências das classes subalternas da sociedade civil que faz suas advertências no que compreende como poucas as possibilidades de assim vulnerabilizar, no momento atual, a ordem burguesa.

Sob o ponto de visto do autor, a democracia é a questão de fundo quando da discussão sobre a participação da sociedade civil no complexo movimento de

reestruturação do Estado, considerada a fratura entre o Estado e sociedade civil instaurada no período ditatorial no país e o posterior rompimento com as restrições que impediam o protagonismo dos sujeitos coletivos.

É importante perceber que suas proposições não permitem confusão acerca da compatibilidade da democracia-método com o projeto em curso; para Paulo Netto (2004, p. 80), ela *é suportável*, já que da mesma esse sistema independe, pode transcendê-la.

Nesse ponto do estudo, tendo nos aproximado dessa efetiva possibilidade de, coletivamente, organizar e canalizar forças no sentido da defesa do SUS estabelecemos, no próximo capítulo, um debate acerca dessas apreensões no Serviço Social, procurando apreender o trabalho do assistente social na área da saúde, seu processo de formação profissional.

CAPÍTULO 4 SERVIÇO SOCIAL: FORMAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE

Diante das proposições a respeito da política pública de saúde apresentadas no conjunto desse estudo, algumas reflexões são inevitáveis: como o processo de privatização e mercantilização das políticas sociais, de destituição dos direitos constitutivos da cidadania, instituído pelas contra-reformas do Estado brasileiro, impactam e repercutem no Serviço Social? Qual a expressão desse processo tanto em sua dimensão prático interventiva na realidade social, frente às novas demandas colocadas, como na formação profissional, tendo este, historicamente, caminhado para o posicionamento crítico frente ao conservadorismo na profissão, defrontando-se então com requisições assistencialistas, primando por subjetivismos e despolitização das demandas oriundas do trabalho? Procuramos nesse ponto do estudo estabelecer as relações do exercício profissional na área da saúde tendo em vista o projeto profissional e de formação que fundamentam o Serviço Social enquanto profissão.

4.1 Serviço Social: o Projeto Ético-Político da profissão e a formação profissional comprometida com as demandas democráticas

Para Ivanete Boschetti (2009b, p. 38), nesse contexto de mais uma crise do capital na obtenção de lucros extraordinários, fundamentada na financeirização da economia, na desregulamentação estatal, em bases liberais, [...] é mais do que urgente reafirmar os valores e princípios do Projeto Ético Político Profissional.” Afinal, na defesa da socialização da riqueza como possibilidade única de rompimento com a desigualdade, faz-se necessário problematizar que a efetivação dos direitos constitutivos da cidadania tem sua concretização limitada e impedida por fatores econômicos e sociais nessa sociabilidade.

Essa perspectiva é ampliada para a luta por direitos, que se insere em uma instância maior que o dever ético profissional de garantir qualidade nos serviços prestados aos usuários. Para a autora citada, ampliação de direitos para reduzir a desigualdade é pouco e insuficiente, devendo constituir-se em mediação na histórica luta por emancipação humana.

Ao longo dos últimos 30 anos, a processualidade histórica da construção do projeto ético-político do Serviço Social é considerada síntese e continuidade do processo da “virada”, o qual tem, ao mesmo tempo, o significado de ponto de chegada e ponto de partida (FALEIROS, 2009). Essa construção é fundada na luta e compromisso com os interesses do trabalho, por liberdade e direitos, com explícito fortalecimento da direção social voltada para a crítica da sociabilidade do capital. Nos marcos da mobilização social e politização das necessidades sociais nos anos 1980, a categoria profissional apreende as necessidades vivenciadas pela população como demandas postas à profissão (CFESS, 2009a).

O conjunto das entidades nacionais da categoria e assistentes sociais de todo o país, no âmbito da resistência e do enfrentamento, buscou então a construção do seu projeto profissional. Não se tratando de uma carta de intenções e nem sendo comprado em livrarias, ao tempo que também não dita regras nem receitas, esse projeto é antes “[...] um processo de construção permanente e cotidiana em defesa de uma perspectiva ética, teórica e política que subsidia Assistentes Sociais e entidades nacionais da categoria para atuarem em condições concretas.” (CFESS, 2009a). Segundo Paulo Netto (1999, p. 95), os projetos profissionais

[...] apresentam a auto-imagem da profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas (entre estas também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).

Não sendo o único na profissão, requer coragem, reflexão permanente e a construção de estratégias cotidianas para não sucumbirmos à “[...] *„confusão do espírito”, ao conformismo, ao „pensamento único”, às falsas polêmicas e aos „cantos da sereia” da pós-modernidade.*” (CFESS, 2009a, grifo nosso).

Compõem esse processo histórico de construção coletiva, de uma parte, a busca do aprimoramento intelectual, numa interlocução com a tradição marxista e posteriormente, com o pensamento marxiano, como condição para apreensão da realidade e suas determinações numa perspectiva de totalidade. De outra, a produção qualificada de estudos e pesquisas, com participação relevante dos

cursos de pós-graduação. Nesse percurso, é sem o signo da subalternidade intelectual que passa a se dar o diálogo com outras profissões e áreas do conhecimento.

Parte do mesmo processo e por situar-se na contracorrente da sociabilidade ditada pelo capital, esse projeto, que foi e é permeado por desafios e exigências, nos anos 1990 aperfeiçoou os seus instrumentos normativos. A perspectiva ética, política e teórica aprofundada na profissão amadurece as reflexões iniciadas com o Código de Ética Profissional de 1986, resultando no atual Código, aprovado em 1993. Também data de 1993, a renovação da Lei de Regulamentação da Profissão que, contribui para a inscrição de um tratamento qualificado das expressões da questão social, ao definir as atribuições e competências profissionais do assistente social.

As palavras de Koike (2009) sintetizam a consolidação do projeto profissional do Serviço Social nos anos 1990, no que denomina de *duro embate com a ofensivaneoliberal que captura o Estado brasileiro*, que, com a supressão de direitos legalmente garantidos, aprofunda a histórica desigualdade e concentração de renda, tratando-se de um período

[...] de contra-reformas que impingiram perdas e derrotas aos trabalhadores, solapando condições de trabalho, demolindo suas estruturas organizativas, suprimindo direitos sociais e elementares condições de vida. Nele, a categoria profissional soube tecer seu projeto ético-político e torná-lo hegemônico. (KOIKE, 2009, p. 209).

A comemoração dos 30 anos do já referido “Congresso da Virada” em setembro de 2009 possibilitou à categoria profissional recordar e reafirmar o significado deste na construção do projeto ético-político da profissão, sustentado na perspectiva transformadora.

Boschetti (2009c), ao abordar esses 30 anos como de ousadia, coragem e compromisso político do Serviço Social com as lutas da classe trabalhadora, faz um chamamento à necessidade de se reafirmar os elementos centrais desse projeto, materializados no nosso Código de Ética e na Lei de Regulamentação da Profissão. As Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social, aprovadas em 1996, materializam os princípios do projeto profissional também no âmbito da formação. Esses estatutos legais, que estabelecem as diretrizes, normas e regras, pautam-se por princípios que devem orientar o exercício profissional

A liberdade como valor ético central; a radicalidade democrática, comprometida com a socialização da riqueza e da participação política; a equidade, entendida como justiça social; o pluralismo, entendido como eliminação de todas as formas de preconceito, com respeito à diversidade de cultura, de etnia, de pensamento e de correntes teórico-metodológicas; o exercício profissional qualificado do ponto de vista técnico, ético e político; a aliança com a luta dos trabalhadores; e o princípio da construção de uma nova ordem societária sem guerras, sem violência, sem classes sociais e sem dominação do poder opressor de qualquer espécie: classe, gênero, etnia, orientação sexual, religião (BOSCHETTI, 2009c, p. 153).

Nesse sentido, em tempos de profunda desigualdade e opressão, essa autora define como urgente a necessidade de que a realidade social onde vivem e trabalham os assistentes sociais, seja analisada criticamente, em sua totalidade, rejeitando as perspectivas restritas que

[...] favorecem o individualismo, voluntarismo, politicismo, metodologismo e conservadorismo e não situam as expressões da questão social e as competências e atribuições profissionais nas determinações mais gerais das relações de classe. (BOSCHETTI, 2009c, p. 146).

As lutas por direitos no exercício profissional, nessa perspectiva, constituem mediações fundamentais do projeto ético-político da profissão, mas não o encerram. São aqui entendidas como constituindo mediação na luta histórica por emancipação humana, para além do dever ético profissional de atendimento qualificado aos usuários dos serviços prestados pela profissão. A perspectiva de totalidade acima, referida pela autora, é considerada então um dos desafios atuais do Serviço Social.

É, pois, no plano teórico, na reflexão crítica que se encontra a possibilidade de que as complexas relações de reprodução social possam ser compreendidas, assim como as reais possibilidades e limites de que sejam realizados, na ordem capitalista, os direitos e a cidadania. Há que se considerar, para tanto, o crescimento quantitativo e qualitativo, afirmado pela autora na produção de sólidas análises dessa realidade. O fortalecimento do projeto ético-político profissional, que em seu cerne intenta a construção de uma nova sociabilidade, significa que deva ser também mediado pela coletiva e cotidiana construção dos direitos, por trabalho e cidadania.

Considera-se então, que as solicitações que nos chegam no exercício diário da profissão, considerando que o assistente social tem atuação

predominante no âmbito das políticas públicas, em sua execução, formulação, planejamento e avaliação, sejam compreendidas à partir de suas múltiplas determinações, enquanto resultantes da desigualdade proposta nessa sociabilidade. É mesmo desafiador aos profissionais concluir a jornada diária de trabalho muitas vezes precário, e desse modo prestar serviços qualificados a sujeitos cujas necessidades são básicas e humanas, estando esses profissionais livres de confusões ou equivocadas apreensões da realidade, que concordamos, deve se estabelecer na perspectiva da totalidade. E na saúde, tais necessidades são particularmente vitais como o acesso a medicamentos e serviços essenciais à manutenção, preservação, recuperação e promoção da vida.

Tal proposição vem ao encontro de questionamentos surgidos na categoria com relação a questões consideradas dissociadas do cotidiano profissional, mas que devem balizar as ações e reflexões, e determinam o significado do projeto ético-político da profissão: de uma parte, a apropriação privada da riqueza socialmente produzida, enquanto determinação fundante da desigualdade na ordem capitalista; e de outra, a socialização da riqueza e a emancipação humana como condição para a superação dessa desigualdade, esta enquanto a orientação do horizonte de lutas do projeto profissional.

Nesse sentido, cabe refletir, será que é mesmo? Qual a relação do nosso cotidiano profissional, quando mediamos a realização de direitos, com a condição estrutural de desigualdade social do nosso país e nosso projeto ético político profissional? Quais são as nossas competências e atribuições profissionais, senão mediar a construção de respostas sociais e políticas para responder às necessidades sociais das classes trabalhadoras que demandam direitos, bens e serviços indispensáveis à reprodução de suas vidas?

As demandas que nos chegam cotidianamente são expressões vivas e humanas que resultam dessa condição estrutural de desigualdade imposta pelo modo de produção capitalista. (BOSCHETTI, 2009c, p. 148).

O conhecimento da realidade é uma condição mesma para a identificação das possibilidades e limites da intervenção profissional, sem, contudo, atestar a inviabilidade do projeto ético-político da profissão. Segundo Boschetti (2009c, p. 150), “É preciso termos clareza que não é possível superar e romper essa desigualdade estrutural apenas por meio de reformas sociais que viabilizem direitos, políticas e serviços sociais”, localizados em cenário de elevada concentração de renda e riqueza no país, ao lado dos baixos rendimentos da classe trabalhadora e de indignantes níveis de desemprego; de elevada

informalidade nas relações de emprego e, em consequência, o limitado acesso à previdência social, já que a maioria destes não contribui para a seguridade social; de reduzido valor dos benefícios previdenciários; quanto à educação, laica, pública e universal, o acesso restrito em todos os níveis. Todos esses fatores em meio a uma sociabilidade corroída e que alimenta a violência.

Considera-se relevante acrescentar a questão referente às ameaças colocadas à hegemonia do projeto profissional do Serviço Social. Braz (2007) problematiza dois aspectos que colocam em crise o projeto da profissão: a ausência de uma proposta que unifique interesses relativos ao *trabalho*, alternativa à proposta do *capital*, o que na realidade brasileira relaciona-se às medidas neoliberais implantadas nos anos 1990 e aprofundadas nos últimos governos, afetando as classes trabalhadoras e o projeto profissional.

O outro aspecto centra-se em fatores que incidem na base material da profissão, as condições em que se materializam a formação e o exercício profissional, com destaque para a expansão do ensino à distância resultando numa formação pouco qualificada e despolitizada. Nesse contexto, se insere também as investidas neoconservadoras na formação e no exercício precarizado da profissão. As saídas e o enfrentamento desses desafios passam necessariamente pelo debate aprofundado, e se encontram no próprio projeto ético-político, na defesa radical dos seus princípios. Requer a articulação aos setores mais avançados, o exercício de possibilidades regulatórias no plano ético-político, jurídico; identificar formas de viabilização prático-política do projeto, preservando as conquistas históricas da profissão (BRAZ, 2007).

Em meio a tamanhos desafios, reais possibilidades e limites, ao lado do aporte teórico produzido, dos estatutos legais da profissão e para a formação, processos coletivos resultaram em conquistas e avanços qualitativos ao longo da história profissional, são considerados momentos históricos cuja lembrança deve ser permanente.

Dentre esses momentos, é destacada a participação que se configura como decisiva para o entendimento da categoria como mediadora na realização de direitos. Trata-se do seu envolvimento teórico, político, na elaboração e na efetivação cotidiana, participando do processo de (re) construção do Estado democrático de direito na Constituição Federal de 1988, Leis Orgânicas da

Saúde, Previdência e Assistência Social; Estatuto da Criança e do Adolescente; Estatuto do Idoso.

Quanto aos espaços sócio-ocupacionais, tem-se a sua ampliação no movimento de identificação de novas demandas e atuação em questões do âmbito sócio-jurídico; sócio-ambiental; movimentos sociais; relação comunidade; e ainda educação e previdência social. Como também nas áreas de saúde e assistência social, o ocorrido processo de consolidação nessas áreas históricas.

Nessa trajetória do Serviço Social, em meio a conquistas e desafios, o enfrentamento das expressões da questão social, constituintes de nosso objeto de intervenção, requer a construção de mediações importantes no cotidiano profissional, sendo elas teóricas, éticas e políticas, alicerçadas na crença no projeto ético-político profissional e na construção cotidiana de condições para a sua materialização. Dessa maneira, é fundamental a concepção histórico-processual da realidade social que se desenvolve e se transforma; o reconhecimento dos espaços sociais como não homogêneos devendo as contradições internas serem exploradas; o fortalecimento da participação democrática da classe trabalhadora e dos movimentos sociais nos espaços políticos e decisórios.

Nesse mesmo sentido, tem-se o trabalho profissional que, contrapondo-se a regras institucionais autoritárias e tecnocráticas, cotidianamente formula e desenvolve ações inseridas na luta por direitos, socialização e democratização da política, pela participação dos usuários, tencionando o fundo público. A apreensão da realidade referida nesse estudo é determinante diante das propostas governamentais que orientam a política pública no sentido da gestão da miséria; condiciona as respostas profissionais às expressões da não consolidação do Sistema Único de Saúde, da não articulação das políticas de seguridade social, assim como a não extensão das proteções previdenciárias advindas do trabalho protegido, são cotidianamente recebidas pelos assistentes sociais nas mais diversas inserções profissionais na área da saúde.

A concepção que transforma necessidades humanas da população em mercadorias e pobres em consumidores tem se espalhado na saúde por meio dos denominados novos modelos de gestão. Sua associação à chamada medicalização da saúde, ou seja, a redução do atendimento à prescrição de

medicamentos encontra limites estruturais para prover respostas às demandas da população usuária desses serviços.

A identificação dos fenômenos requer a sua apreensão crítica de maneira a diferenciar demandas institucionais do trabalho orientado pelo projeto da profissão, muitas vezes configurando-se em difícil exercício a percepção de perspectivas antagônicas rotineiramente acolhidas numa perspectiva falaciosa de humanização. No quadro que afirma o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social e sua articulação ao projeto da Reforma Sanitária como referência para o trabalho na área da saúde, compreendemos ser adequado trazer nessa teia de reflexões, considerações acerca da formação profissional em Serviço Social, pois a mesma abarca distintas possibilidades profissionais em razão de distintos projetos de formação determinados, como a política de saúde, pelas políticas macroeconômicas que têm raízes dentro e fora da realidade do país.

O projeto de formação profissional construído no Serviço Social ao longo dos últimos 30 anos vincula-se à concepção de uma nova identidade profissional, aliada aos interesses das classes trabalhadoras, à construção de uma nova sociabilidade e conectada aos desafios postos pela realidade social. A formulação dessa concepção é processual e histórica, e não remonta à origem da profissão. Compõem esse processo a inquietação e revisão dos seus referenciais teóricos, éticos e políticos, estruturando um projeto profissional que rompe com as estruturas conservadoras na profissão.

A concepção emancipatória do projeto profissional tem a sua construção situada nos movimentos de resistência da sociedade contra a ditadura militar instaurada no país em 1964 e na reinserção da classe trabalhadora na cena política nos anos 1970 e 1980. É nessa conjuntura que assistentes sociais se inserem na luta política por conquistas democráticas, pela garantia de trabalho e direitos humanos, por políticas públicas, culminando nas conquistas sociais inscritas na atual Constituição Federal. –A formação é, pois, parte de um projeto profissional que se define e redefine no movimento contraditório da sociedade a partir de uma direção social estratégica.” (ABREU; LOPES, 2007, p. 11).

Destaque-se que, em se tratando de um processo democrático de construção do projeto de formação profissional, mediante a participação dos sujeitos que a constroem nas unidades de formação, não se trata de um processo livre de confrontos e conflitos, e sim bastante polêmico em razão de diferenças

teórico-políticas, mas com a certa contribuição para o enriquecimento do debate e o amadurecimento profissional.

Ramos (2007), ao analisar a organização política dos assistentes sociais nos anos 1990, sinaliza alguns determinantes que contribuíram para a particularidade da organização. São eles: o processo de redemocratização e criação de novas identidades societárias no contexto brasileiro de neoliberalismo tardio; as lutas por direitos, porém, defensivas, em meio ao refluxo do sindicalismo; o aprofundamento da atuação política das entidades representativas dos assistentes sociais.

Sua análise indica como questões fundamentais para o desenvolvimento desse processo político no Serviço Social, a aproximação madura com a teoria marxista e o trato da questão social, objeto da profissão.

O Currículo Mínimo aprovado para os cursos de Serviço Social em 1982, por meio do parecer do Conselho Federal de Educação n. 412, de 04 de agosto de 1982, constitui um marco na construção desse projeto de formação profissional, pautando-se pela proposta discutida a partir de 1979. Representando essa nova proposta curricular de 1979/1982 a recusa ao tradicionalismo, tem como centro [...] a conexão da formação com a realidade brasileira em um momento de redemocratização e ascensão das lutas dos trabalhadores.” (BEHRING; RAMOS, 2009, p. 158).

Frente às alterações ocorridas nas expressões da questão social e mundo do trabalho, na conformação do Estado e das relações deste com as classes sociais à partir dos anos 1990, identifica-se também a necessidade de se proceder a uma avaliação da formação profissional no país. Construída coletivamente, resulta a elaboração da proposta das Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social que tem sua proposta aprovada em novembro de 1996 no Rio de Janeiro, quando da realização da Assembleia Geral da ABEPSS o que demonstra o potencial de organização, discussão e de decisões na categoria dos assistentes sociais. Note-se que o currículo mínimo se caracterizou como Diretrizes Curriculares e recebeu essa nomenclatura a partir da exigência da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996, online), e que, quando da exigência do Ministério da Educação (MEC) após a aprovação da LDBEN, somente o curso de Serviço Social já possuía uma proposta curricular, nacionalmente discutida.

Abreu e Lopes (2007, p. 13) nos informam que, a proposta de formação profissional então formulada reafirma a direção social incorporada pelo Currículo de 1982, -Busca a superação das defasagens teórico-metodológicas e fragilidades operativas da formação, sobretudo no que diz respeito à organicidade do currículo no movimento da sociedade brasileira.”

Cabe destacar o posicionamento da ABEPSS no tocante ao -enquadramento”¹ da proposta de formação coordenada pela entidade no formato das diretrizes curriculares, de acordo com a nova LDBEN n. 9.394 /96, citada anteriormente, quanto aos princípios aprovados pelo Conselho Nacional de Educação em 2001

[...] ao contrário do que preconiza a proposta defendida pela ABEPSS - são reduzidos e esvaziados do conteúdo ético-político. Afirmam uma formação por competência, isto é, pragmática, flexível, polivalente, orientada para o atendimento de exigências imediatas, em detrimento da constituição de profissionais críticos, com capacidade de adaptação e de transformação da realidade, com a explicitação clara do horizonte societário norteador dessa atuação. (ABREU; LOPES, 2007, p. 13).

As autoras, abordando as condições de consolidação das diretrizes curriculares orientadas pelo projeto ético-político do Serviço Social, consideram dois aspectos num quadro que se constitui adverso ao processo de superação das suas inconsistências e fragilidades. Por um lado, a já mencionada desconfiguração das diretrizes curriculares, quando da aprovação pelo Conselho Nacional de Educação em 2001. Por outro, a direção incisiva, nas esferas privada e pública, de aprofundamento da política privatista que imprime o cunho mercantilista da formação.

Os dados dessa lógica mercantilista expressam-se na redução de recursos para as instituições públicas, para o seu financiamento e desenvolvimento; redução também nos incentivos à pesquisa e à capacitação; com exploração do trabalho docente e sucateamento das instalações físicas e dos equipamentos.

Reafirmam-se, porém, as diretrizes curriculares orientadas pelo projeto ético-político do Serviço Social, mesmo afetadas profundamente pelas medidas neoliberais de flexibilização da formação profissional voltada para o mercado:

¹ Este enquadramento foi elaborado, em atendimento às exigências do Ministério da Educação (MEC), pela Comissão de Especialistas em Ensino em Serviço Social (SESu/MEC), que encaminhou ao Conselho Nacional de Educação (CNE) em 1997 e contou com a participação da ABEPSS (ABREU; LOPES, 2007, p. 12).

essas mesmas diretrizes [...] mantêm-se como referência de luta e de resistência, na defesa de uma educação referenciada nas demandas das classes subalternas e na perspectiva do fortalecimento das lutas sociais emancipatórias da sociedade [...].” (ABREU; LOPES, 2007, p. 13).

Enquanto componente imperativo dos projetos pedagógicos para os cursos de graduação em Serviço Social, as diretrizes curriculares portam uma direção ideopolítica, indicam os fundamentos para que a formação profissional permita, no trato da realidade e do Serviço Social, rigor teórico, histórico e metodológico, desenvolvida com flexibilidade. Koike (2009, p. 212) indica serem tais supostos passíveis de mediação

[...] pela teoria social crítica, pelas dimensões investigativa e interventiva tomadas como condição central da formação e da relação teoria-realidade; o pluralismo considerado prática do debate acadêmico e de disputa de projetos societários; interdisciplinaridade e indissociabilidade entre ensino/pesquisa/extensão, entre estágio/supervisão acadêmica e profissional; ética como princípio formativo atravessando o desdobramento curricular.

Ao referir-se às diretrizes como concepção pedagógica, a citada autora informa propiciarem a compreensão do movimento da reprodução social para além da questão social, com suas manifestações insuprimíveis e metamorfoseáveis, a partir dos indispensáveis referenciais teórico-práticos para [...] formular procedimentos operativos destinados ao acompanhamento da dinâmica societária e ao desempenho profissional.” (KOIKE, 2009, p. 212).

Contudo, também esse projeto de formação tem sofrido fortes investidas desde sua formulação, iniciando pelo denominado ataque perpetrado pelo MEC, quando da longa tramitação no Conselho Nacional de Educação, de 1997 a 2001, o que termina por sua desfiguração nas Diretrizes Curriculares, suprimindo princípios e conteúdos das matérias, precisamente o norte do projeto para a formação profissional do assistente social. Tal supressão faculta, sobretudo aos cursos novos, a estruturação de seus projetos pedagógicos a partir de sua própria apreensão da lógica curricular (KOIKE, 2009). O que não pode ser desconsiderado, segundo a autora, pelo risco de que as diretrizes curriculares se percam no burocratismo e no formalismo, comprometendo o alcance histórico, teórico-político, pedagógico, organizativo e prático-operativo que elas conferem ao processo de formação profissional em Serviço Social.

Na análise de Iamamoto (2007), os elementos, que foram exaustivamente debatidos pela categoria profissional, foram descaracterizados nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Serviço Social, homologadas pelo MEC em 04/07/2001 no Parecer n. 492. O texto oficial, e que tem força legal, compromete o projeto original, pois não exprime o projeto de formação profissional da ABEPSS no que refere à direção social da formação, o mesmo em relação aos conhecimentos e habilidades preconizados, estes considerados essenciais ao desempenho do assistente social. Dessa maneira, entende-se a inserção de reducionismos e desvios ético-políticos no projeto original de formação profissional encaminhado ao Conselho Nacional de Educação, retirando-se do texto oficial o compromisso profissional com os valores e princípios que orientam o Código de Ética dos assistentes sociais. Assim como o norte para uma orientação no sentido da formação de um profissional na perspectiva intelectual e cultural crítica e generalista.

Nessa mesma direção, ocorre a eliminação no texto legal da definição do direcionamento teórico-metodológico e histórico definido, em amplas discussões e análises da categoria, como fundamentais para a análise dos processos sociais e da sociedade brasileira, levando consigo a perspectiva de considerar as transformações ocorridas no sentido de redução das fronteiras entre o público e o privado, nas novas relações do Estado com as classes sociais, conteúdo que é substituído por utilização de recursos de informática.

Acrescente-se nesse momento a total exclusão dos Tópicos de Estudo, sendo estes a consubstanciação do detalhamento dos conteúdos curriculares. Para Iamamoto (2007), o corte é a expressão da impossibilidade de que a formação profissional em todo o país tenha a garantia de um conteúdo básico comum para além dos três núcleos que compõem e organizam a estrutura curricular. Ou seja, uma vez preservados esses núcleos, fica livre à iniciativa das unidades formadoras em Serviço Social, o conteúdo da formação profissional. Para a autora, a expressão no estatuto legal de uma total flexibilização da formação acadêmico-profissional, [...] é condizente com os princípios liberais que vêm presidindo a orientação para o ensino superior, estimulando a sua privatização e submetendo-o aos ditames da lógica do mercado.” (IAMAMOTO, 2007, p. 446).

Iamamoto (2007) afirma que a materialização do projeto ético-político da profissão na formação exige especial empenho coletivo, tanto das unidades formadoras como de entidades da categoria. Afirma-se, nessas condições, a necessidade de se garantir a preservação e implementação do projeto original, impulsionar a luta pelo alcance da hegemonia no nível teórico e acadêmico do Serviço Social, sendo fundamental acompanhar e assessorar o processo de implantação das diretrizes curriculares nas unidades de ensino.

Na contramão da concepção da universidade comprometida com valores universais e com a função pública, democrática e plural e não restrita ao atendimento de interesses privatistas, a contra-reforma universitária, condizente com os organismos financeiros internacionais, vem compatibilizando o ensino superior à lógica econômica e submetendo-o aos interesses empresariais para que a obtenção do lucro se dê também por meio das descobertas científicas e do seu emprego na produção.

No quadro de adversidades e ofensivas, Koike (2009) situa como o *ataque em ato*, a mercantilização da educação superior, onde se insere práticas como a massificação do ensino como sinônimo de democratização do acesso, a graduação virtual, e ainda o empresariamento da universidade pública ao lado da proliferação dos cursos presenciais privados, no sentido já discutido, de rompimento das barreiras e diferenças entre o público e o privado.

Koike (2009) destaca dois exemplares de medidas infraconstitucionais, consideradas deletérias na formação profissional que compõem um conjunto de decretos, portarias, resoluções, medidas provisórias e leis, sem debate prévio, adotadas no que chama de “sangria desatada” nos últimos governos. Inserem-se no intuito de romper com a resistência de setores da sociedade à aprovação da reforma educacional, e fazer avançar suas metas. São eles os Decretos que criam a Universidade Aberta do Brasil (UAB), de n. 5.622 de 19 de dezembro de 2005, instituindo a Educação à Distância (EaD), e estabelece o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), de Lei n. 6.096 de 24 de abril de 2007.

A adesão das universidades federais à reestruturação acadêmica e ao REUNI atende ao objetivo de “[...] criar condições para ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação” [pelo] “melhor aproveitamento da estrutura física e dos recursos humanos atualmente

existentes' [nas universidades federais]." (CADERNOS ANDES, 2007, p. 21). Dentre suas metas, a elevação no número de ingressantes e da taxa de conclusão desses cursos média em 90%.

Na análise do ANDES-SN (CADERNOS ANDES, 2007; ANDES-SN, 2007), as precárias condições de praticamente todas as universidades públicas, no que refere a infra-estrutura e ao insuficiente quadro docente e técnico-administrativo (acumulando um déficit nas instituições federais de 8.000 vagas docentes, herança da já referida reforma de Bresser Pereira em 1998), são consideradas incompatíveis com a qualidade do ensino superior, a ampliação de acesso e garantia de permanência.

O atendimento às atuais demandas da acumulação capitalista na ordem planetária determina ao país, periférico, adequações nesse sentido. À universidade vem sendo atribuído um papel de instrumento de profissionalização aligeirada onde em cursos de curta duração não está previsto o ambiente da pesquisa. As críticas atribuem à universidade voltada para a pesquisa o caráter de modelo excludente, seletivo, arcaico e obsoleto, indicam que esta deve estar restrita a um pequeno número, já que demanda além de corpo docente qualificado em dedicação exclusiva, alto investimento.

Nessa lógica, a transformação da universidade em instituições voltadas apenas para o ensino, numa lógica produtivista e empresarial, tem como apelo a defesa de democratização do acesso. Mas, destaca-se aqui a ênfase na formação do cidadão trabalhador, via promoção de um ensino "pobre para os pobres" para a sociedade do desemprego que

[...] se caracteriza pela aceitação do discurso que o emprego como um direito social não existe mais, é uma coisa do passado e que cada um deve ser responsável por garantir sua própria sobrevivência, tornando-se um empreendedor de si mesmo, ou seja, retirando a responsabilidade do Estado, da sociedade e das empresas. A idéia do trabalhador empreendedor assenta-se nos princípios do liberalismo econômico, do vínculo direto da educação com o mercado, numa perspectiva utilitária, pragmática e imediatista. As universidades, nesse sentido, devem formar indivíduos polivalentes, flexíveis e adaptáveis. (CADERNOS ANDES, 2007, p. 17-18).

O uso da tecnologia, a revisão ou mudança das estruturas curriculares e acadêmicas não se constituem problema segundo Koike (2009). É assim entendido justamente quando tais usos ou alterações são realizados sob os

ditames emitidos pelo mercado, impondo o realinhamento aos pressupostos do Banco Mundial e demais organismos financeiros internacionais, gestores do capital. Essa autora destaca também serem essas diretrizes muito bem acolhidas em sucessivos governos brasileiros. Quanto ao projeto profissional do Serviço Social, pode significar, pela primeira vez, uma revisão curricular cuja iniciativa não tenha partido, no movimento do corpo profissional, das requisições postas pela realidade social, e sua inspiração por um projeto de uma nova sociabilidade.

A análise da autora aponta para o significado de sérias implicações para o exercício profissional, com relação ao significado e ao projeto da profissão, assim como para as relações de trabalho do assistente social. É possível antever um crescimento acelerado do desemprego nessa área, o que tem explicação no improvável acompanhamento do número de postos profissionais em relação ao aumento do contingente profissional.

Em consequência, a *precarização das condições de trabalho*, com o *piso salarial pressionado*, e *aumento da insegurança do trabalho*. A hipótese trabalhada é de que o aumento do contingente profissional pode desdobrar-se na criação de um *exército assistencial de reserva*, para além da elevação da lucratividade nos negócios educacionais, com características de um curso barato, com predominância do público feminino (IAMAMOTO, 2007).

A constituição desse exército assistencial de reserva é tratada no sentido da possibilidade reforçar o chamamento à solidariedade, ante a possibilidade de figurar como um recurso de qualificação do voluntariado, este uma estratégia que obscurece e mascara o conteúdo de classe da exploração radicalizada do trabalho, em tempos de prevalência do capital rentista. Iamamoto (2007) fundamenta a dedução, pois que num país que registra os mais elevados índices mundiais de concentração de renda e de destituição de direitos, concentram-se esforços políticos direcionados para uma assistencialização da pobreza e a focalização das políticas públicas.

O processo de *despolitização da categoria* dos assistentes sociais é abordado nesse contexto de implicações no que se refere ao projeto profissional e ao seu exercício. Situa-se como desdobramento do reforço de mecanismos ideológicos que, enquanto parte das estratégias do grande capital na contenção das contradições sociais e políticas próprias da questão social, tomam forma na chamada massificação e pulverização da formação universitária.

Orientam-se para uma adequação da formação às *demandas flexíveis do mercado*, estando presente entre as condições do EaD, a falta de experiências estudantis coletivas favorecidas pela vida universitária e o isolamento.

As consequências do atual panorama da formação profissional em Serviço Social, que se insere no universo de reformas do ensino universitário, podem significar ainda, comprometendo a construção histórica do projeto profissional e sua direção que se propõe hegemônica, e com repercussões no processo de organização dos assistentes sociais enquanto categoria, um estímulo à reação conservadora e regressiva no âmbito acadêmico e profissional.

Para Iamamoto (2007), na análise sobre o processo contemporâneo de formação profissional do assistente social, no que diz respeito ao estímulo governamental à expansão do EaD, essa modalidade de ensino não se situa como questão central. O seu uso, mediante qualidade acadêmica e direção intelectual e política pode, para a autora, se mostrar uma técnica eficaz em diversas situações. O que não se resume à recusa simples e ingênua da tecnologia do ensino à distância, mas por outro lado é a necessidade de situá-la no conjunto de diretrizes que orientam a reforma universitária aprisionada pela privatização e pelo objetivo da lucratividade resultando na precarização do ensino e do trabalho profissional.

A defesa do projeto ético-político do Serviço Social e, em consonância, que os estudantes dessa área recebam uma formação condizente com as exigências do exercício profissional alicerçado por essa mesma direção, ou seja, adquiram as competências e habilidades e o compromisso profissional construído, encontra expressão em ações políticas das entidades organizativas e representativas da categoria.

Destaque-se nesse momento o posicionamento da ABEPSS e do conjunto Conselho Federal de Serviço Social/ Conselho Regional de Serviço Social (CFESS/CRESS) e Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO) no que diz respeito ao EaD. Assim, respeitando e compreendendo as razões e necessidades que levam estudantes e trabalhadores ao ensino privado, e ainda, reconhecendo o empenho e esforços de docentes e discentes por uma materialização do projeto profissional e implementação das diretrizes curriculares da ABEPSS nos cursos privados, reafirma-se o posicionamento contrário, porém, à política educacional no país, que não significa democratização do ensino.

Ressaltem-se como aspectos graves no ensino à distância a questão de instalações físicas precárias, encontros circunstanciais e o estágio supervisionado, considerando o exercício da supervisão direta, com a presença do supervisor de campo e supervisor acadêmico em sala de aula. Dentre os obstáculos que impedem a garantia dos critérios pedagógicos para uma formação de qualidade e requisitos legais da profissão, tem-se a ausência de ações institucionais que garantam campos de estágio, e em alguns municípios, a incapacidade de absorção da demanda de estudantes em razão de um número de profissionais inferior à elevada quantidade de estudantes.

Abreu e Lopes (2007), analisando o caráter mercantil da proliferação dos cursos de graduação à distância e a sua derivação em uma formação profissional incompatível com a direção social defendida pelo projeto profissional do Serviço Social, chamam a atenção para o fato de que, nesses moldes, sem ter recebido uma formação voltada para o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à sociedade, os egressos desses cursos encontram-se habilitados a requerer registro profissional junto ao seu Conselho.

Behring (2009) quando afirma a impossibilidade de uma formação profissional com qualidade por meio da graduação à distância, relaciona a descoberta do Serviço Social pelo empresariado da educação no século XXI à expansão que ocorre no mercado de trabalho para essa profissão. Explica: a questão social contemporânea, que tem no desemprego e na violência suas expressões mais contundentes, tem suas formas de enfrentamento requisitando um número maior de profissionais assistentes sociais.

Nesse sentido, explica qual Serviço Social (que o Brasil realmente precisa) vem sendo solicitado, uma vez que, a exemplo da política de assistência social, esta se delineia numa perspectiva oposta à defendida pelo conjunto da categoria, no sentido do direito, da erradicação da pobreza, redistribuição da renda e da riqueza socialmente produzida, e da proteção social articulada na seguridade social. Constitui-se, contrariamente, pela administração da pobreza, a diferenciação entre trabalhadores e pobres, controle sobre estes últimos que são tratados como caso de polícia.

Afirma então, esclarecendo a relação entre essa restrita concepção de direito e de trabalho profissional e a formação à distância que, -Para a implementação dessa política da emergência e do controle cadastral dos pobres

cabe a apreensão superficial, aligeirada e padronizada dos conteúdos” (BEHRING, 2009, p. 50). Afinal, um profissional prático-crítico, culto, que articula no seu trabalho as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, não interessa ao investimento privado.

A formação profissional em sua relação com essa concepção de assistencialização da política social brasileira, focalizada e minimalista, segundo Behring e Ramos (2009, p. 166-167), se retrata na produção de um adestramento

[...] em torno de conteúdos fragmentados, parciais e medíocres. Nada de livros, mas apostilas! Nada de discussão e riqueza da sala de aula, mas a relação individual e virtual com um tutor distante e que orienta muitos alunos, ou seja, ele é super explorado. Empobrecimento e mediocridade em quantidade, com a ilusão de que está se promovendo o acesso ao ensino superior.

A produção de um exército de reserva de trabalhadores de formação superior é definida pelas autoras citadas acima como a maior perversidade desse projeto, que se insere na estratégia política do governo de legitimação, uma vez que ocorre em nome da democratização do acesso ao ensino superior, e assim ao emprego, numa realidade como a brasileira que se situa entre as mais desiguais do planeta. No contexto da mundialização, ao tempo em que reproduz o seu projeto político, o governo brasileiro corresponde, dessa forma, aos parâmetros internacionais de competitividade e atratividade.

Para situar a desigualdade na sociedade brasileira no âmbito da globalização, permitindo uma dimensão de sua profundidade, nos valem da fala do Prof. José Paulo Netto (2008), quando da abertura da 19ª Conferência Mundial de Serviço Social, ocorrida em agosto de 2008, em Salvador/BA. O autor considera os termos “globalizado” e “desigual” muito pouco para definir o mundo contemporâneo por se distanciar enormemente da realidade concreta de mais da metade da população mundial. Considera-as expressões elegantes e eufemísticas demais. Informa preferir a dureza pouco diplomática das palavras do pesquisador Alex F. Mello

Os países ricos, que representam apenas 15% da população mundial, controlam mais de 80% do rendimento global, sendo que aqueles do hemisfério sul, com 58% dos habitantes da terra, não chegam a 5% renda total. Considerando, porém, a população mundial em seu conjunto, os números do *apartheid* global se estampam com maior clareza: os 20% mais pobres dispõem apenas de 0,5% do rendimento

mundial, enquanto os mais ricos dispõem de 79%. Basta para isso pensar que um único banco de investimento, o Goldman Sachs, divide anualmente o seu lucro de US\$ 2,5 bilhões de dólares entre 161 pessoas, enquanto num país africano como a Tanzânia, com um PIB de apenas US\$ 2,2 bilhões, tem de sustentar 25 milhões de habitantes. A concentração [de riqueza] chegou ao ponto de o patrimônio conjunto dos raros 447 bilionários que há no mundo ser equivalente à renda somada da metade mais pobre da população mundial – cerca de 2,8 bilhões de pessoas (MELLO apud PAULO NETTO, 2008, p. 6-7).

Considerando e concordando com Paulo Netto que a luta pela concretização de direitos é a luta contra a barbárie instalada nessa sociabilidade, a relação da desigualdade nacional e mundial com o processo de formação profissional do assistente social orientado pelas Diretrizes da ABEPSS se faz necessária em razão de que, para que o seu enfrentamento, que não é exclusivo da categoria, se converta em prática social deixando o plano da retórica, requer, entre outras propostas, [...] uma análise rigorosa, objetiva (o que não quer dizer neutra, bem ao contrário), documentada da realidade do mundo contemporâneo, esse que é designado globalizado e desigual.” (PAULO NETTO, 2008, p. 6).

O uso dos recursos virtuais para Behring (2009), que como Iamamoto (2007) não desconsidera o avanço da tecnologia, nos níveis de extensão, aperfeiçoamento e especialização pode significar interessante suporte à educação presencial. Mas na formação aligeirada de pesquisadores e professores, na graduação que se abstém da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, estes oferecendo as condições para se ultrapassar os limites da aparência dos processos sociais, ocorre a queda vertiginosa da qualidade do exercício profissional. Na graduação, essa modalidade de ensino compromete a ética profissional, cujo *ethos* nitidamente individualista estimulado entre os alunos, certamente se reproduzirá no atendimento prestado aos usuários. Ainda sobre o EaD na graduação considera-se que

A sugestão da auto-aprendizagem no ensino de graduação é uma perversidade, porque atribui ao aluno uma maturidade que ele não tem, e porque gera uma expectativa falsa de acesso ao ensino e ao mercado de trabalho que vai absorver essa *força assistencial* de reserva provavelmente na ponta, de forma precária, se absorver [...]. (BEHRING, 2009, p. 51).

Entre as preocupações, porém, lembra a autora, está a não garantia dos princípios orientados pelas Diretrizes Curriculares da ABEPSS também no ensino

presencial, que tem expressão tanto nas unidades de formação privadas, quanto nas unidades públicas, haja vista a iniciada implantação de uma lógica também produtivista e a desarticulação com a pesquisa que compõem o Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI).

No privado, é a lógica produtivista e empresarial que compromete o princípio curricular de integração do ensino, pesquisa e extensão e confere a condição penalizada dos docentes que, contratados em regime de hora-aula, têm elevada carga disciplinar.

Torna-se fundamental, por parte das entidades nacionais da categoria, a ação política que se pautar pela integração dos novos cursos à proposta consensuada para a formação e exercício profissional do Serviço Social. Dessa maneira, a formação continuada dos docentes desses cursos, com a estratégia de realização regional, aparece como um meio de se proceder a essa aproximação aos fundamentos das Diretrizes. Iamamoto (2007, p. 444) afirma que a

[...] elevação do nível de qualidade acadêmica do conjunto da área do Serviço Social exige um investimento na qualificação dos docentes, também no ensino privado, que é um dos espaços ocupacionais do assistente social e parte de suas atribuições [...].

Dentre as frentes de trabalho nas lutas pela implementação das Diretrizes Curriculares e o projeto profissional pela ABEPSS, destacamos em Behring e Ramos (2009), a partir de uma conexão aos interesses das majorias e da construção de uma nova identidade profissional a construção da Política Nacional de Estágio (PNE).

Na construção da PNE, registra-se a participação coletiva dos sujeitos das Unidades de Formação Acadêmica (UFAs), no sentido da efetivação do papel do estágio supervisionado em consonância com as Diretrizes e com o projeto ético-político da profissão. A realização dos debates, das proposições e práticas integraram a construção da PNE, norteadora de um processo que, com a participação dos três sujeitos envolvidos no processo de formação – supervisor acadêmico, de campo e estagiário – a articulação entre formação e exercício profissional esteja alicerçada no projeto profissional, nas Diretrizes Curriculares

em consonância como o Código de Ética vigente, na perspectiva crítica e generalista da profissão. Entende-se que tal construção se situa no contexto atual de defesa da ampliação de direitos e da emancipação humana, tradução e um projeto orientado pela concepção de uma nova sociabilidade.

A tarefa de acompanhar o processo de implementação das Diretrizes Curriculares, com destaque para uma política de estágio, se dá em razão da compreensão desta como fundamental na integralidade da formação profissional do assistente social, balizando os processos de mediação teórico-prática, como importante componente curricular.

Assim entendida a discussão do estágio supervisionado, tal dimensão da formação profissional remete a questões centrais da implementação das Diretrizes, considerando, entre outros, a ampliação do EaD no país, a legislação recente que dispõe sobre o estágio de estudantes – a Lei n. 11.788 de 25 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008, online), e a regulamentação do estágio supervisionado em Serviço Social pelo CFESS por meio da Resolução n. 533, de 29 de setembro de 2008 (CFESS, 2008, online). Acrescente-se a diversidade de percursos dos projetos pedagógicos das unidades formadoras acadêmicas.

Depreende-se então a vinculação a um projeto societário que garanta o atendimento das necessidades humanas e o projeto ético-político profissional dos assistentes sociais mediada pela ação político-profissional, essa considerada patrimônio da categoria.

Ressalte-se nessa concepção de formação profissional do assistente social, orientada pela defesa e concretização dos princípios norteadores do projeto profissional da categoria, a formação e seus reflexos no exercício profissional, situada sempre no contexto da mais ampla reforma universitária que, salienta Iamamoto (2007), vem sendo realizada no país –em silêncio”.

A disseminação de um projeto de formação consoante com as leis de mercado contrapõe-se ao histórico padrão de universidade no país, que tem inspiração em moldes europeus. Trata-se de um processo movido pela lucratividade, com perda da autonomia reduzida à gestão de receitas e despesas, o estímulo à criação das parcerias público-privado e que, enquanto concepção de um negócio empresarial privado, tem como diretriz tornar a educação uma mercadoria.

Mais uma vez, as palavras de Paulo Netto (2008) são necessárias a essa reflexão quando da abordagem referente aos desafios colocados à realização de direitos na contemporaneidade e às condições que afirma não serem as mais favoráveis

Num contexto como este, a afirmação teórica segundo a qual o trabalho se esgotou como signo de identificação social não é algo inocente: confundindo a incapacidade da ordem vigente para oferecer emprego a todos, desqualifica o trabalho como fundamento da sociabilidade e substitui o protagonismo dos trabalhadores pela vinculação abstrata de todos os homens e mulheres a uma mistificada condição de consumidores. (PAULO NETTO, 2008, p. 8-9).

Em atendimento à requisição de novas especializações do trabalho, originárias das profundas alterações nos padrões tecnológicos e gerenciais ocorridas em escala mundial, tanto na esfera da produção como da comercialização de bens e serviços, procede-se a um estreitamento da vinculação entre ensino superior e mercado de trabalho. Objetiva-se, pelos governos, uma universidade que produza quadros técnico-profissionais que respondam, em curto espaço de tempo, ao novo panorama ocupacional.

Essa tendência remete às várias medidas desencadeadas pela aprovação da LDBEN, com apoio institucional do MEC, no sentido de favorecer a expansão dos serviços privados, a privatização das políticas sociais, diversificar e massificar o ensino, reconfigurando as profissões, concretizando as recomendações dos organismos financeiros internacionais para uma maior diferenciação do ensino superior. Trata-se da substituição dos currículos mínimos por diretrizes curriculares, cursos sequenciais, exame nacional de curso, mestrados profissionalizantes e ensino à distância em todos os níveis.

A oferta de certificação intermediária pode significar, segundo Iamamoto (2007), a busca de consenso ativo por parte da população que se encontra excluída do ensino superior. Para tanto, faz-se uso de mecanismos considerados mais baratos e atraentes aos provedores privados da educação, por meio da diversificação das instituições de ensino superior envolvendo, entre outros, as instituições não universitárias, cursos profissionais e técnicos e programas de ensino à distância. Destaque-se que são “esforços” de diversificação do ensino superior, considerados prioritários para o financiamento do Banco Mundial.

Sua abordagem sobre a autonomia proposta pelo MEC às universidades federais indica o crescente processo de privatização ao orientar-se pela redução da participação financeira do Estado na manutenção das mesmas. O estímulo à celebração de contratos de prestação de serviços e convênios com empresas e instituições privadas, enquanto fonte de recursos agrega, além da restrição orçamentária, pela perda salarial dos docentes e demais funcionários, uma concepção de autonomia restrita a uma

[...] *autonomia gerencial e financeira*. Institui-se o “contrato de desenvolvimento institucional”, que materializa a transformação da Universidade Pública em uma *organização social*, coerente com o Plano de Reforma do Estado, do Governo Cardoso [...]. (IAMAMOTO, 2007, p. 448, grifo do autor).

A expansão do financiamento público fica, dessa forma, condicionada ao cumprimento de metas estipuladas nesses contratos.

A investigação e produção de conhecimento recebem um caráter imediatista e instrumental uma vez que as instituições contratantes, além de beneficiar-se dos resultados das pesquisas, o fazem mediante interferência na definição de temas e do seu processamento.

Quanto ao pesquisador e docentes, são transformados em captadores de recursos e, em uma relação típica de mercado, submetem-se às demandas e exigências das agências financiadoras e dos clientes que encomendam os serviços. Ao referir-se à introdução da alienação da atividade e do seu produto para o próprio produtor na esfera pública da produção acadêmica, Iamamoto (2007, p. 449) afirma

O cientista-pesquisador torna-se prisioneiro de sua própria atividade criadora e do resultado encomendado, a ele estranho, mas a cujo processo afirma seu consentimento. Tem-se a inversão da relação sujeito/objeto no ato mesmo da atividade científica – a submissão do homem às coisas e o estranhamento em relação à sua própria atividade [...].

Para a autora, trata-se da transferência dos padrões que regem a compra e venda de mercadorias para o mundo acadêmico, com estímulo ao individualismo e competição entre os professores, favorecendo o encurtar caminhos rumo ao ensino privado. Ao referir-se à negação da autonomia do conhecimento, enquanto livre produção do saber explica que deixa de ser sua finalidade “[...] a descoberta

da verdade histórica, a busca do saber universal, passando a ser dominada pelo saber pragmático e instrumental, operativo, internacionalizado, produzido sob encomenda para que as coisas funcionem.” (IAMAMOTO, 2007, p. 450).

Behring e Ramos (2009) relacionam as mudanças estruturais contemporâneas ocorridas no país solicitando um novo perfil do ensino superior, cuja saída é novamente a privatização, à existência de movimento semelhante ocorrido no período da ditadura militar, com a modernização conservadora. Apontam como vetores estruturais e políticos a pressionar para a expansão do ensino superior privado ligeiro, e com investidas também no setor público, como já referido, a escolha do governo brasileiro por “crescimento econômico” pautado na implementação do projeto neoliberal no país, a expansão do ensino como estratégia de legitimação uma vez que se dá em nome da democratização do acesso, e a descoberta do curso de Serviço Social como nicho de valorização do capital. Explicam:

O conceito de supercapitalização em Mandel (1982), que significa espalhar relações capitalistas de produção em esferas, a rigor não mercantis, complementa esse raciocínio (que ademais vale para a previdência, a saúde, etc.). O ímpeto do capital é valorizar-se sempre e a qualquer custo: do desperdício, da destruição do meio ambiente e no caso da contra-reforma do ensino superior, da qualidade discutível e o aligeiramento. (BEHRING; RAMOS, 2009, p. 166).

Para as autoras, a supercapitalização, como mercantilização universal, é uma tendência avassaladora no presente período que se caracteriza por intenso metabolismo destrutivo, esgotando-se no capitalismo qualquer papel civilizatório. Situam o EaD e a contra-reforma do ensino superior na contra-reforma do Estado, na forma de privatizações, enquanto uma das dimensões da supercapitalização fundante da reação burguesa à crise de acumulação do capital dos anos 1970.

As condições de trabalho do assistente social na área da saúde são, em grande parte, definidas na tensão entre esses dois projetos, o que foi coletivamente construído na categoria e o projeto de formação estruturado a partir do predomínio das leis do mercado, determinado nas concepções neoliberais. Contudo, vale lembrar que a apropriação pelos sujeitos sociais do processo de formação, que deve ser permanente, exerce influência na definição da direção profissional a ser adotada e no engajamento profissional numa perspectiva crítica da realidade, ou não, ao tempo que tem significado e

repercussões no exercício diário da profissão, pois é portadora de concepções e opções teóricas, éticas e políticas.

Com essas apreensões acerca da formação profissional, consideramos relevante adentrar, a seguir, a especificidade do trabalho na área da saúde a partir do debate estabelecido pela própria categoria e das proposições resultantes, para uma posterior conexão com os processos de formação em saúde.

4.2 A atuação do assistente social na saúde

Ao analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde, Bravo e Matos (2004) indicam que o Serviço Social não passa ao largo das tensões expressas no processo de instituição da política de saúde e impasses em sua implementação na atualidade. No cenário de surgimento da profissão no Brasil na década de 1930 e sua expansão, a partir de 1945, dadas as novas exigências em relação ao aprofundamento do capitalismo no país, e as mudanças ocorridas no cenário internacional no segundo pós Guerra Mundial, é concomitante a ampliação da ação profissional na saúde.

Numa referência ao fato de o Serviço Social na saúde ter se transformado, naquele contexto, no principal campo de absorção profissional, tem-se o conceito de saúde revisitado enquanto bem-estar físico, mental e social que, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, passa a enfatizar aspectos biopsicossociais, e tem como um dos desdobramentos a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar. Ocorre a introdução de conteúdos preventivistas e educativos, diante da inviabilidade de se universalizar a atenção médica e social, solução racionalizadora.

Nesse universo, insere-se a consolidação da Política Nacional de Saúde no país, ocorrendo, por meio da previdência social, a ampliação dos gastos com a assistência médica, gerando uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. A atuação do assistente social se instala entre a população e a instituição hospitalar, viabilizando, entre outros, o acesso dos usuários aos serviços e benefícios por meio de ações como o plantão, a orientação previdenciária, triagem ou seleção, a concessão de benefícios, e encaminhamento.

A manutenção dos hospitais como locus central da atuação dos assistentes sociais a partir da década de 1950 é expressão de que as propostas racionalizadoras surgidas principalmente nos Estados Unidos, não repercutiram no trabalho desses profissionais no Brasil. Trata-se das denominadas medicina integral e medicina preventiva, que tiveram como desdobramentos a medicina comunitária nos anos 1960. Não absorvidos nos espaços dos centros de saúde, apenas em 1975, o denominado Serviço Social Médico atuava prioritariamente com procedimentos e técnicas do Serviço Social de Casos, onde se visualizava a participação do “cliente” somente na dimensão individual, a de engajamento no tratamento.

Data dos anos 1960 o início do debate na profissão que questiona o seu conservadorismo, processo de crítica respaldado pelas ciências sociais e humanas, tendo o desenvolvimento centralidade temática, processo esse abortado em 1964 pela implantação do regime militar no país.

Na conjuntura que se segue não há o questionamento da ordem sociopolítica, ao contrário, a preocupação de que a profissão se insira numa adequação teórica e metodológica. Difundida a perspectiva modernizadora, esta vai influenciar o Serviço Social na saúde que sedimenta sua ação principalmente na prática curativa, por meio da assistência médica previdenciária. Além da concessão de benefícios já referida, a ênfase recai sobre as técnicas de intervenção, as atividades são burocratizadas e ocorre a psicologização das relações sociais.

No movimento de renovação do Serviço Social brasileiro ocorrido a partir de meados dos anos 1970, é possível identificar três tendências (PAULO NETTO, 2005) em disputa, expressão das forças em tensão na sociedade a partir desse período, a saber: modernizadora (conservadora), perspectiva de reatualização do conservadorismo (fenomenológica) e a perspectiva intenção de ruptura responsável pela interlocução com o marxismo.

A contextualização dessas tendências a que nos propomos nesse momento do estudo tem como referência os estudos de Paulo Netto (2005) e de Maria Ozanira Silva et al.(2007), privilegiando assim a sua relação com o contexto histórico da sociedade e com o amadurecimento teórico, político e ideológico na profissão.

A perspectiva modernizadora, sem uma crítica à ordem vigente, fundamenta-se teoricamente no estrutural-funcionalismo. Concebendo o desenvolvimento como superação do atraso, modernização, se caracteriza pelo esforço de que a profissão contribua para o processo de desenvolvimento do país. Nesse sentido, posiciona-se dentre as técnicas sociais e estratégias adotadas para o atendimento às exigências capitalistas que emergiram no país pós 1964. Perde sua hegemonia a partir da segunda metade da década de 1970, por seu conteúdo reformista já não atender às expectativas profissionais dos que se recusavam ao rompimento com a posição historicamente assumida pela profissão, com estatuto e funcionalidade subalternos.

Trata-se de um segmento que se mostra refratário às inovações introduzidas por essa perspectiva de renovação empenhada em sua legitimação com adoção decidida das referências teórico-ideológicas do pensamento estrutural-funcionalista, privilegiando então os componentes mais conservadores da tradição profissional. Por outro lado, *“...] seu traço conservador e sua colagem à ditadura”* mostravam-se, segundo Paulo Netto (2005)², incompatíveis com os segmentos profissionais críticos que se apresentavam comprometidos ou comprometendo-se com a resistência democrática.

Em síntese, pode-se afirmar que a posição do profissional brasileiro, coerente com a sua visão de realidade, se estrutura em aderência ao projeto ideológico que se define de dentro do Estado, e por um reconhecimento da natureza ideológica de sua intervenção, mas a ideologia é por ele percebida como ideologia em geral, no caso, ideologia desenvolvimentista, ao tempo inteiramente ineficaz do ponto de vista social. Com essa postura, o profissional brasileiro tenta ocultar a natureza de classe do projeto a que adere e, em consequência, a natureza do vínculo que faz com a sociedade (LIMA, 1982 apud SILVA, M. O. S. et al, 2007, p. 99).

Quanto à segunda perspectiva, de reatualização do conservadorismo, tem-se que, pelo próprio caráter de reatualização, não goza de relevância tal qual a experimentada pela vertente modernizadora, quando hegemônica. Tem na matriz teórica fenomenológica o destaque para as dimensões da subjetividade, sendo o diálogo percebido como ajuda psicossocial. No interesse pelo homem, na sua

² Em *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. Para o autor, parece indiscutível ser essa vertente a que mais substantivamente se viu apropriada pelos assistentes sociais: pela mantida continuidade com a acumulação profissional anterior, e pela funcionalidade às requisições próprias da institucionalidade burguesa autocrática.

unicidade com o mundo, três grandes conceitos constituem os pressupostos teóricos, sendo eles diálogo, pessoa e a transformação social. Esta última referindo-se a uma ultrapassagem do ser pessoal, porém no âmbito da consciência.

É considerada a perspectiva compatível ao segmento profissional mais impermeável às mudanças. Com um verniz de modernidade, essa perspectiva, essencial e estruturalmente, concentra características de uma visão de mundo originária no pensamento católico tradicional e de intervenção profissional com traços microscópicos.

Quanto ao seu caráter renovador, o que se opera é uma reatualização do passado, mediante o esforço consciente de, em matrizes intelectuais mais sofisticadas, fundá-lo. Dessa forma, beneficia-se, e repudia simultaneamente, da tradição positivista em meio ao descrédito cada vez mais generalizado, e das conexões ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana, que foram, em geral, vulgarmente apropriadas pelo Serviço Social. O seu extremo conservantismo encontra-se perceptível no embasamento científico na relação da profissão com o seu “objeto”, ou seja, encontram-se dissolvidas quaisquer possibilidades de que a realidade macrosocietária e as intervenções profissionais sejam rigorosa e criticamente analisadas.

A perspectiva renovadora chamada intenção de ruptura tem sua emergência identificada no contexto de efervescência política dos anos 1960-1964 (SILVA, M. O. S., et al., 2007): nesse período, ainda que sem identificar o esforço de sistematização teórico-metodológica de um novo projeto profissional para o Serviço Social, grupos restritos de assistentes sociais iniciam o questionamento do compromisso da profissão com as vigentes estruturas sociais injustas.

Ressurge a partir dos anos 1970 e tem avanço significativo durante a década de 1980, no quadro da estrutura universitária, ganhando repercussão para além dos muros da academia, tornando-se interlocutor de destaque no debate dos assistentes sociais nos anos 1980, rebatendo com visibilidade nos organismos da categoria.

Nas suas dimensões ideopolíticas residem as razões para uma existência denominada residual por quase uma década na universidade: possuiu um caráter de oposição frente à autocracia burguesa, com a qual colidia no plano teórico-

cultural, no plano profissional e no plano político. Ou seja, nos seus referenciais, nos objetivos e perfil de assistente social requisitado pela modernização conservadora, e nas concepções de participação social e cidadania. É no contexto da crise da autocracia burguesa e de reinserção na cena política da classe operária, configurando-se na redemocratização do país, que a perspectiva da intenção de ruptura transcende o universo acadêmico.

Nessa argumentação, o exame das várias perspectivas renovadoras no Serviço Social indica uma vinculação umbilical da vertente intenção de ruptura com a universidade. O que de antemão já explica a incidência de grande parte das críticas de que foi objeto, serem feitas indicando a mesma ser produto do meio acadêmico, expressando qualificação pejorativa em denúncia ao teorismo. O chamamento ao refrão de que *na prática, a teoria é outra*, significa, pois, uma tentativa de desqualificá-la assim como a definição de que as propostas dessa vertente são estranhas à prática do Serviço Social.

Entre as razões que concorreram para que o projeto de ruptura pudesse evidenciar-se e explicitar-se primeira e especialmente na universidade, apresenta-se a necessidade de construir-se sobre bases quase que inteiramente novas, já que rompendo com o tradicionalismo, numa profissão desprovida de acúmulo no domínio da elaboração e da investigação. Nesse sentido, a inserção da formação profissional - graduação e da pós-graduação do assistente social - no âmbito universitário é tida como decisiva no processo de renovação do Serviço Social no Brasil. É na universidade que se tornou possível a dedicação à pesquisa e a realização de experiências piloto, por meio da extensão, onde, com base nos novos referenciais, os campos de estágio eram diretamente supervisionados. Note-se que no espaço universitário, essa possibilidade se daria sem as demandas imediatas da prática dos profissionais, esta altamente restrita e obstaculizada pelo contexto do período militar, quer na área estatal ou privada.

Referindo-se à universidade refuncionalizada, que oferecia não somente um novo campo profissional com a carreira docente, mas também um campo relativamente menos inseguro para a realização do projeto de ruptura, Paulo Netto (2005) define o espaço acadêmico como menos adverso para apostas de rompimento, nunca um território livre.

Recorrendo progressivamente à tradição marxista, a vertente intenção de ruptura se desenvolve e se adensa à medida que avança a crise da ditadura,

empolgando vanguardas profissionais quando se processa a transição democrática. Trata-se de uma direção que, possuindo uma crítica sistemática ao desempenho tradicional do Serviço Social, assim como aos seus aportes teóricos, metodológicos e ideológico, pretende a ruptura com o pensamento e a intervenção social conservadora.

Essa vertente, expressão dos segmentos mais avançados da categoria, aproxima-se das camadas trabalhadoras, em meio ao contexto de efervescência no circuito universitário e à participação cívica de amplas camadas urbanas quando da crise da ditadura. A constatação de um distanciamento entre a intenção de romper com o passado conservador e a existência prático-profissional de sua operacionalização, não abala o acúmulo já realizado no sentido de ampliar as referências teóricas e ideoculturais que qualificam o debate político, o repensar a profissão. Paulo Netto (2005) sugere que, ao preservar e aprofundar sua oposição ao tradicionalismo, no campo da prática profissional essa vertente tem permanecido como *intenção*, dada a dificuldade de superação desse mesmo tradicionalismo. Na evolução dessas tendências, sinaliza-se para o aparecimento simultâneo de nexos de continuidade e ruptura no processo de renovação.

A década de 1970, ainda que signifique o início da maturidade da tendência hegemônica da categoria na academia e nas entidades representativas – a intenção de ruptura em interlocução com a tradição marxista – de crescimento na fundamentação e consolidação teórica, é entendida como um período de lacunas, necessárias de serem recuperadas. Quando se pretende alcançar avanços para a profissão na atualidade, [...] a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços.” (BRAVO, 2007, p. 128).

Para a autora acima referida, ocorre um movimento simultâneo às mudanças ou alterações que se processam na conjuntura da política de saúde nessa mesma década, caracterizada por grande mobilização política, pela crise do Estado brasileiro, com a falência do modelo de saúde e a proposta de uma reforma sanitária. No entanto, evidencia-se a existência de um descompasso entre o processo de renovação do Serviço Social com a luta pela assistência pública na saúde, mesmo estando articulado às questões da época e sendo por elas influenciado. A inexistência de um nexo direto com outros debates que, como o movimento pela Reforma Sanitária, também buscavam a construção de

práticas democráticas, localiza-se na abrangência do movimento da profissão abordado acima, caracterizado como uma revisão interna.

Em relação à saúde, os avanços da profissão são considerados até então insuficientes, pois que adentra a década de 1990 desarticulada do Movimento Sanitário, e no que refere às demandas do trabalho em saúde, a produção é insuficiente; ainda, uma incipiente alteração da prática institucional. Considerando a expansão e consolidação do projeto neoliberal nessa mesma década, entende-se que este se confronta tanto com o projeto de Reforma Sanitária, como com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, ambos construídos no processo de redemocratização brasileira, o qual impulsiona e exige transformações políticas e sociais, dentre elas a necessidade de articulação de projetos profissionais aos projetos societários.

Ao afirmar a existência de uma relação entre o Projeto Ético-Político da profissão, que defende a construção de uma nova ordem societária, a garantia de direitos sociais e a defesa da democracia social, econômica e política, aliados a uma nova concepção da profissão orientada por princípios éticos e políticos de justiça social, e o projeto de Reforma Sanitária, Bravo (2007) destaca as demandas que esse último vem apresentando ao assistente social: o acesso democrático às informações, às unidades e aos serviços de saúde, a criação de estratégias para a necessária interação entre a saúde e a realidade, o trabalho interdisciplinar e ênfase na abordagem grupal, além do estímulo à participação popular.

Nesse movimento, diferente do projeto profissional do Serviço Social que conseguiu, nos anos 1990, continuar o adensamento e fortalecimento na perspectiva teórica crítica, com identificadas reações à tradição marxista de pensar a profissão, o projeto de Reforma Sanitária teve, naquela conjuntura e diante da desmobilização de suas principais entidades, maior dificuldade. Sua abordagem teórica abrangente pautada no marxismo, principalmente Gramsci³, é questionada por alguns autores à partir da década de 1980 ressaltando-se a necessidade de estudos do cotidiano e das práticas em saúde, contudo sem relação alguma com a política de saúde, distanciando-se da perspectiva da totalidade⁴.

³ Assim como Giovanni Berlinguer, um dos seus seguidores e autor principal da Reforma Sanitária Italiana, que teve grande repercussão no Brasil. (CFESS, 2010b, p. 53, nota 42).

⁴ Tendência identificada no Capítulo 3 desse estudo

Além da sintonia de princípios entre os dois projetos como a universalidade dos direitos, a participação social, a integralidade e a importância da determinação social nos processos de vida e saúde, os dois projetos também defendem, no que diz respeito à formação profissional, a formação generalista, no caso do Serviço Social, com especialização no nível de pós-graduação.

O debate sobre o Serviço Social na saúde precisa ser situado junto à compreensão de que é na década de 1990 que a profissão atinge sua maturidade intelectual, e é nesta mesma década, com ampliação nos anos 2000, que se identifica o início da ofensiva conservadora à tendência intenção de ruptura, ou como dito anteriormente, de reações à interlocução com a tradição marxista de pensar a profissão. Trata-se de uma crítica que não se apresenta como antimarxista, e sim apontando a ausência de respostas do marxismo para o conjunto dos desafios contemporâneos colocados à profissão. Essa crítica ao projeto da profissão, claramente expresso na saúde

[...] passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção; pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social quanto para o trato exclusivo dos estudos, na perspectiva da divisão clássica da prática médica. (BRAVO, 2007, p. 141).

Para uma maior compreensão sobre o último aspecto acima, apresentam-se três expressões que o informam: a primeira trata-se de uma auto-apresentação como sanitaristas por parte de alguns profissionais, não mais se identificando como assistentes sociais ao realizarem formação em saúde pública.

A segunda expressão é a autodeterminação como Serviço Social Clínico por profissionais cujo exercício profissional tem ênfase na dimensão subjetiva. Estes têm formação em diversas abordagens clínicas (holística, bioenergética, psicodrama, terapia familiar sistêmica) e reivindicam reconhecimento do caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional, junto às entidades da categoria e unidades de ensino⁵.

⁵ Considerando, entre outros, a Lei n. 8.662 (BRASIL, 1993, online) que regulamenta o exercício da profissão e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), é divulgada em 26/03/2010 a Resolução n. 569 que "Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social." Na mesma ocasião em que divulga o documento -Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas" a fim de contribuir para a compreensão exata da Resolução. (CFESS, 2010c, online).

E a terceira expressão, apresentada pela autora, refere-se à criação de entidades e de espaços de debates dedicados à produção do conhecimento de forma fragmentada, à partir das diferentes áreas de especialização da prática médica, como oncologia, nefrologia, entre outras.

A reflexão que se segue após o conhecimento dessas expressões é salutar para uma compreensão do Serviço Social na saúde e as novas demandas colocadas para a profissão. Para a autora, não há questionamentos sobre a busca profissional de estudos na área da saúde, e sim quando outras atividades exercidas, como a própria gerência de unidades de saúde, não são identificadas como de um assistente social. Recorremos a Paulo Netto (2005) que acrescenta a essa reflexão: trata-se de uma concepção de que apenas as ações diretas com os usuários dos serviços, ou seja, a denominada execução terminal da política social, compreende o fazer Serviço Social, a execução do conjunto de ações historicamente atribuídas à profissão. A ação do assistente social que situada numa perspectiva fragmentada, insere-se num contexto em que as demais profissões da área da saúde já colocam como necessária de ser superada, ressaltando-se nas novas diretrizes curriculares a importância da formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS) com visão generalista.

Os objetivos da profissão na área da saúde, segundo Bravo (2007) fundam-se na compreensão dos determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais, sua interferência no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o seu enfrentamento. Deste modo, o cotidiano profissional fragmentado e numa concepção de especialidades médicas, distancia-se das reais condições de vida e trabalho dos usuários dos serviços. É entendido como obscurecendo a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho.

Na existência de um questionamento difuso na atualidade aos dois projetos, Ético-Político do Serviço Social e o de Reforma Sanitária, Bravo (2007) afirma estar justamente na referência a estes dois projetos a determinação para a elaboração de respostas qualificadas às necessidades dos usuários. Dessa maneira, tendo como referência a defesa da autonomia profissional e dos dois projetos historicamente construídos, o trabalho do assistente social, que deve orientar-se pelo Código de Ética da profissão e, necessariamente, articular-se aos demais segmentos que defendem o aprofundamento do SUS, passa pela formulação de estratégias e experiências que efetivem o direito social à saúde,

tendo como eixo central a incorporação de conhecimentos e das novas requisições colocadas à profissão na atualidade.

A atuação do assistente social na saúde é objeto de reflexão e debate na categoria e seus órgãos representativos. Dispõe de recente publicação⁶ que objetiva fornecer subsídios para ampliar a reflexão sobre ações realizadas assim como o fortalecimento do projeto profissional. Reproduzimos dessa obra coletiva da categoria as proposições que indicam uma atuação do assistente social crítica e competente na área da saúde, ampliando as proposições iniciais à profissão nessa área:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010b, p. 28-29).

O documento, que pretende fortalecer o trabalho do assistente social na saúde, e ao mesmo tempo imprimir maior qualidade ao atendimento prestado nesses serviços, tem em vista o reflexo da configuração da política de saúde e das armadilhas para a compreensão da questão social, em diversas dimensões

⁶ Documento intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, publicado pelo CFESS (2010b), foi construído entre junho de 2008 e março de 2009 num processo de amplo debate com a categoria dos assistentes sociais por todo o país. Acessamos no percurso do estudo também a versão preliminar do documento (CFESS, 2009b).

como nas precárias condições de trabalho, de todos os profissionais, e na formação profissional. Atende aos anseios da categoria quanto às respostas requisitadas no cotidiano de trabalho nessa área e, com a clareza de que a defesa de democracia não se restringe a uma categoria profissional, faz o debate sobre a totalidade das ações profissionais em todos os níveis do sistema de saúde, na atenção básica, na média e na alta complexidade.

O conjunto de atribuições e competências, considerado como em permanente construção e como um desafio aos assistentes sociais que atuam na saúde, é abordado no sentido de fortalecer o projeto ético-político profissional e a consolidação do SUS, como constituído legalmente. Pretende também ser uma contribuição para a defesa das políticas públicas e para a garantia dos direitos sociais, com participação social.

Considerando as mudanças ocorridas nas relações entre o Estado e a sociedade, orientadas pelo projeto neoliberal e recomendadas por organismos financeiros internacionais, a abordagem realizada sobre as ações do assistente social na saúde considera os impactos desses processos históricos expressos no âmbito econômico e das políticas. E a sua expressão no próprio Serviço Social, com demandas “atribuídas”, relacionadas à não efetivação do SUS constitucional (como a solução de problemas relacionados ao atendimento e/ou não atendimento); e outras referentes às condições de vida dos usuários nessa ordem societária como violência, desemprego e subemprego. Ressalta-se, contudo, a capacidade propositiva dos assistentes sociais, as demandas reais e potenciais.

Na ação profissional na área da saúde são considerados conceitos fundamentais a integralidade, a intersetorialidade, a interdisciplinaridade e a participação social que remetem, todos, à concepção ampliada de saúde. Essa inserção possibilita uma atuação que é apresentada em quatro grandes eixos no documento referido acima. Procuramos apresentá-los a seguir:

- o atendimento direto aos usuários: predominam nesse eixo
 - Ações socioassistenciais, que se têm constituído nas principais demandas aos profissionais. A superação do caráter emergencial e burocráticos das ações possibilita a reflexão sobre as condições sócio-históricas de vida dos usuários, contribuindo para as ações de mobilização para a participação na defesa e luta pela saúde como direito. Chama-se a atenção para as

demandas oriundas da não viabilização do SUS constitucional como qualidade dos serviços, e burocratização. As concepções de visita domiciliar e avaliação socioeconômica estão assentadas na perspectiva do acesso aos serviços e direitos.

- Ações de articulação interdisciplinar: destaca-se a distinção entre o profissional de Serviço Social e demais profissões no que se refere a ângulos particulares de observação e interpretação das condições de saúde dos usuários, assim como a possibilidade de unidade na equipe, preservando as devidas diferenças. O debate e as discussões em equipe, com clareza de atribuições, é constitutivo das ações de superação das dificuldades e incompreensões do real papel do Serviço Social. Destacamos a referência às ações localizadas na Política Nacional de Humanização instituída pelo Ministério da Saúde a partir dos anos 2000, cuja proposição no documento deixa clara a sua relação com as reais condições de saúde e com a efetiva implementação do SUS.
- Ações socioeducativas: definidas como orientações reflexivas e socialização de informações ao usuário, família e população, realizadas em abordagens individuais, grupais ou coletivas. Recebem também a denominação de educação em saúde, e entende-se que devem constituir-se em eixo central da atuação do assistente social. Dentro do objetivo de construção de uma nova cultura, de participação e de consciência sanitária, essas ações não devem pautar-se pela perspectiva de simples adesão e subalternização dos usuários. Pressupõe conhecimento da realidade dos usuários e a concepção da participação dos mesmos na construção de estratégias coletivas.

- mobilização, participação e controle social

Localiza-se nesse eixo a reflexão sobre respostas coletivas aos problemas que também são coletivos. E a diferenciação do trabalho voltado para a redução de tensões do trabalho que priorize a mobilização e participação popular – com o protagonismo de usuários, familiares, trabalhadores e articulação aos movimentos sociais. No trabalho do assistente social, é ressaltado o seu papel em contribuir para a organização da população enquanto sujeitos políticos que inscrevam na agenda da política de saúde as suas reivindicações. Destaque-se a

participação na formação permanente de conselheiros, a realização de cursos e debates, o fortalecimento de espaços coletivos de participação dos usuários.

- investigação, planejamento e gestão

Aponta-se nesse eixo como perspectiva [...] o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores da saúde, na garantia dos direitos sociais.”(CFESS, 2010b, p. 58). Aqui, a contribuição profissional tem como base a busca da intersetorialidade que concebe a saúde no âmbito da seguridade social, tendo como diretriz o projeto profissional.

- assessoria, qualificação e formação profissional

Envolvendo atividades relacionadas à equipe de assistentes sociais e demais profissionais de saúde, as atividades de qualificação e formação profissional visam o aprimoramento profissional e a qualidade dos serviços prestados. Realizam-se por meio da educação permanente aos segmentos de trabalhadores, conselheiros e representantes comunitários, como da própria gestão, estudantes e residentes da área da saúde. Nas proposições de atividades de formação profissional, têm centralidade o trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS, envolvem além da articulação com as unidades de formação acadêmica, a criação de campo de estágio, a supervisão de estagiários, assim como a participação nos programas de residência multiprofissional e/ou uniprofissional. A assessoria, numa perspectiva de emancipação dos trabalhadores e de ampliação da esfera pública, é definida como ação desenvolvida por profissional que, com conhecimento, intenta alterar a realidade que toma como objeto de estudo.

As ações profissionais, a partir dessa elaboração coletiva da categoria, são apresentadas dentro de uma proposta complementar dentro dessa área, integrantes do processo coletivo de trabalho em saúde, independente dos níveis de atenção do sistema. Ressaltamos a importância do planejamento e da investigação, esta última considerada como transversal ao trabalho profissional, e nesse sentido, conhecer e desvendar as reais condições de vida dos usuários e da coletividade permite a elaboração de propostas e alternativas mais próximas

aos interesses e necessidades da população, seja no âmbito do Serviço Social, da instituição ou mesmo da própria política de saúde como um todo.

Na mesma direção dessas proposições, Ana Maria de Vasconcelos questiona qual o caráter de uma prática mediada pelo projeto ético-político profissional e pelo Sistema Único de Saúde, fazendo um chamamento aos assistentes sociais

É diante de políticas públicas entendidas como a possibilidade, não só de redistribuir riqueza, mas, sobretudo, de garantir a igualdade na oferta de bens e serviços públicos – em termos do acesso a um padrão mínimo de qualidade de vida para os cidadãos – que, diante do papel que vêm desempenhando historicamente na reprodução/manutenção das desigualdades sociais, pergunta-se aos assistentes sociais e demais profissionais como realizar uma prática na saúde articulada aos interesses dos trabalhadores. (VASCONCELOS, 2006, p. 255).

Na perspectiva de efetivação desses projetos, a autora contribui sinalizando para estratégias e ações voltadas para a realização e ampliação de direitos: a identificação das demandas e necessidades coletivas, nem sempre explícitas, numa atenção prestada à questão social e não apenas às suas expressões fragmentadas; a prioridade às ações de promoção e de prevenção, como proposto no SUS; as ações educativas com equipe de saúde devendo o assistente social priorizar “[...] o sofrimento social para o fortalecimento da consciência sanitária e do controle social.” (VASCONCELOS, 2006, p. 260); através de estudos e pesquisas, participar do planejamento e gestão dos serviços de saúde, e das ações de saúde do trabalhador; o resgate de uma consciência social sobre a saúde, entendida como direito do cidadão de dever do Estado.

Dentre as ações que se referem ao controle social democrático, entende-se que o profissional deva ocupar e dinamizar os espaços dos Conselhos de política e de direitos, assim como assessorar e capacitar conselheiros com vistas à autonomia destes. Nessa mesma direção, deve contribuir para a transformação do espaço institucional em espaço público, de gestão participativa e de controle social; para transformação da informação em conhecimento, e para democratização do conhecimento; ações estas numa perspectiva de reflexão e do usuário na condição de sujeito. Uma atuação que favoreça aos usuários apropriar-se criticamente do seu cotidiano e inserir-se na luta em defesa de seus

interesses é definida como uma prática reflexiva, que [...] politiza as demandas dirigidas ao Serviço Social.” (VASCONCELOS, 2006, p. 266).

O trabalho do assistente social na área da saúde tem na Resolução n. 287 de, 8 de outubro de 1998 (CNS, 1998, online), o reconhecimento pelo Conselho Nacional de Saúde, entre outras categorias, como profissional de saúde de nível superior. E é assim caracterizado pelo Conselho Federal de Serviço Social na Resolução n. 383, de 29 de março de 1999 (CFESS, 1999, online), ainda que não seja exclusivo da saúde. Compõe equipes interdisciplinares em diversas unidades e serviços de saúde, nos três níveis de atenção do sistema público de saúde. Assim situada a profissão, na saúde, e em qualquer outra área do exercício profissional, há que se avançar na aproximação entre debate teórico e o exercício profissional⁷. Pensar a formação e o exercício profissional, nessa perspectiva, pressupõe pensar a vida humana na sua expressão singular e coletiva, exige desmistificar a naturalização das desigualdades e da pobreza, alicerçada no mito da modernidade e da competitividade, sem determinismos. Portanto, uma reflexão teórica crítica, afinada com o projeto ético-político profissional, significa ao Serviço Social, identificar as contradições a fim de contribuir para se converter direitos concretamente definidos em realidade. Segundo Yazbek (apud ADJUTO; WERKEMA, 2013, online) o enfrentamento das conseqüências da nova hegemonia liberal-financeira sofridas pelos assistentes sociais nos seus espaços de atuação, dentre eles o conformismo, o individualismo, e o conservadorismo, requisita que a profissão seja pensada a partir dos seus compromissos ético-políticos. Esse enfrentamento pressupõe, segundo a autora, politizar a categoria e a política social.

Não nos limitando à particularidade brasileira, no tocante aos trágicos efeitos da globalização e mundialização do capital, e não de trabalho e direitos, é fundamental ao Serviço Social, numa referência aos fundamentos econômicos da questão social, uma análise rigorosa da realidade do mundo contemporâneo, o que pressupõe não ocultar os seus antagonismos e mais, no que diz respeito ao desafio de concretizar direitos, a sua relação com a luta ampliada da sociedade que convoca a todos que não aceitam a degradação da vida social.⁸

⁷ Demanda esta que esteve presente na 19ª Conferência Mundial de Serviço Social, realizada de 16 a 19 de agosto de 2008, em Salvador (BA), cujo tema foi “O desafio de concretizar direitos numa sociedade globalizada e desigual”.

⁸ Estamos nos referindo ao conteúdo da intervenção do Prof. Dr. José Paulo Netto na Abertura da Conferência Mundial citada anteriormente. (PAULO NETTO, 2008)

Na saúde, a preocupação atenta às armadilhas colocadas pela atual organização social e econômica e por teorias não críticas, significa, numa análise dos determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais, a não responsabilização do usuário pela sua situação de saúde e de desapropriação. Dessa maneira, contrapõe-se à desesperança e ao conformismo que obscurecem a compreensão das dimensões coletivas, o fortalecimento do projeto profissional no cotidiano de exercício profissional do assistente social.

Observam-se no caminhar da profissão a identificação com as proposituras desse documento – Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde – no tocante ao trabalho na política pública de saúde; e a opção pelos projetos da profissão e da Reforma Sanitária a balizar o engajamento profissional e político de um significativo contingente profissional. Referimo-nos aos debates presentes no 14º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais⁹ quando da abordagem da temática *Residência em Saúde e o Serviço Social* e nas Plenárias intituladas *Política de drogas: consensos, dissensos e direitos em debate – questões para o Serviço Social* e *Os desafios da intervenção profissional do/a assistente social na área da saúde*¹⁰, entre outras. A consciência das dificuldades concretas impostas ao cotidiano dos profissionais, em condições de trabalho precarizado ou ameaça de desemprego, são tratadas na relação com a capacidade teleológica, com a autonomia profissional, na condição da política como negação da fatalidade, do determinismo.

Nesse sentido, a superação da subalternidade da profissão é indicada como caminho necessário de aprofundamento tal como a participação no controle democrático do controle social. Em reunião da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde realizada durante esse Congresso¹¹ a organicidade dos diversos Fóruns Estaduais e Municipais é definida como condição que fortalece esse movimento. E coloca como dado novo, no nosso estudo, a informação de que são os assistentes sociais que estão à frente nessa Frente. Na representação dos Fóruns dos vários Estados presentes na reunião, constatamos

⁹ Realizado em Águas de Lindóia/SP de 14 a 18 de outubro de 2013.

¹⁰ Durante essa Plenária, é reconhecido o significado do documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde e lançado o convite à categoria para que inicie a sua revisão (referimo-nos à fala da Prof.^a Maria Inês Souza Bravo).

¹¹ Em 16 de outubro de 2013.

e foi mencionada a identificação e referência ao Serviço Social na constituição desse projeto denominado como contra-hegemônico¹².

Na análise de Iamamoto (apud ADJUTO; WERKEMA, 2013, online) que situa os assistentes sociais para além de meros executores de políticas públicas, a profissão não se confunde com assistência social, tornando-se fundamental [...] a qualidade do trabalho de assistentes sociais, com respostas éticas, técnicas e políticas, como parte do trabalho social em todo o mundo, que identifica a nossa categoria com o conjunto da classe trabalhadora, suas formas de organização e de luta.” A apropriação desses elementos, que não deixam dúvidas quanto ao papel e significado do trabalho do assistente social na política de saúde e na vida dos usuários desses serviços, e igualmente nos indica o imperativo da construção de *respostas éticas, técnicas e políticas*, e a observância da especificidade da formação para o trabalho nessa área, discussão que realizaremos a seguir.

4.3 Serviço Social e o ensino da política de saúde

Em tempos de domínio e hegemonia de interesses privatistas e particularistas, de economia e pobreza globalizada, terreno em que se evidencia a violação e desconstrução dos direitos e conquistas democráticas, a autonomia e a participação assumem importância significativa e decisiva para a emancipação dos segmentos populares e fortalecimento dos processos progressistas a favor da equidade e justiça social. Daí a necessidade de se pensar a consolidação do projeto ético-político do Serviço Social nas várias inserções profissionais, ou mesmo nas várias dimensões de uma mesma área de trabalho, aqui especificamente a área da saúde, o que assinala um desafio constante aos assistentes sociais que, também inseridos na divisão social e técnica do trabalho, se posicionam pela efetivação e realização dos direitos e interesses coletivos de uma população em sua maioria desapropriada nas mais elementares condições.

A reflexão e as indagações acerca do exercício profissional comprometido com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) relacionam-se de maneira

¹² Conteúdo expresso na fala de Maria Valéria Correia (UFAL), articuladora com Maria Inês Souza Bravo (UERJ) nas ações da Frente. São assistentes sociais e docentes.

direta e indispensável com a realidade concreta em que se insere a formação profissional no contexto de aprofundadas desigualdades sociais e modificadas condições e relações no mercado de trabalho, da formação profissional, como já abordado.

A nossa compreensão da formação profissional do assistente social a concebe enquanto espaço de reafirmação do compromisso com os interesses da população usuária dos serviços prestados, de aprofundamento da crítica coletiva voltada para a efetivação do direito. A formação profissional embasa nas Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social e na perspectiva de capacitação dos assistentes sociais para intervenção e enfrentamento da questão social em suas diversas expressões, traz como princípios e diretrizes a formação de um perfil intelectual que compreenda a lógica e as leis fundamentais da organização social capitalista de exploração e dominação, sua complexidade e seu impacto nas relações sociais e sobre os indivíduos; implica em capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, conforme as Diretrizes Curriculares elaboradas pela categoria.

Pela imposição dos ditames neoliberais, dificuldades e perspectivas que se colocam para a formação e o exercício profissional, remetem à defesa e reafirmação do projeto ético-político do Serviço Social que, como afirma a Professora Maria Carmelita Yazbek, inserindo a profissão na luta por direitos sociais e nos processos de construção de uma nova ordem societária, [...] supõe qualificação e capacidade de trabalhar com a política como espaço de criação e generalização de direitos.”(YAZBEK apud CRESS SÃO PAULO, 2008, p. 4).

Em outro estudo (RAVAGNANI, 2010)¹³ realizamos a discussão da formação profissional comprometida com os princípios do projeto ético-político do Serviço Social que, na perspectiva de mudança na graduação das profissões da área da saúde, articule-se à proposta e movimento pela consolidação do Sistema Único de Saúde, enquanto política pública universal, de qualidade e de atenção integral, ou seja, ao projeto da Reforma Sanitária brasileira. Observa-se que, ao longo dos anos, iniciativas foram desenvolvidas procurando corrigir o descompasso entre a formação dos vários profissionais de saúde e os princípios,

¹³ Conhecemos a inserção do ensino da saúde na graduação em Serviço Social das Unidades de Formação Acadêmica (UFAs) da Microrregião da ABEPSS-Franca/SP, do qual recuperamos alguns elementos.

diretrizes e necessidades do SUS, pretendendo a geração de conhecimento que possibilitasse, por meio da integração ensino-serviço, a prestação de serviços à população, contemplando a abordagem integral do processo saúde-doença, para além dos avanços tecnológicos, em medicamentos e de estrutura física, formando profissionais críticos e reflexivos e transformando o processo de formação.

Registramos no referido estudo a preocupação com as propostas de organização de uma atenção básica resolutiva em contraposição ao modelo de saúde historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar. No mesmo sentido, com uma formação que supere a mera transmissão de conhecimentos, com predominância de currículos fragmentados, com pouca ou nenhuma relação com a realidade social dos usuários primando pela excelência técnica e formação especializada.

Entre os fundamentos para a ênfase na formação dos profissionais de saúde, tem-se a Lei Orgânica da Saúde (LOS), no contexto histórico da política pública de saúde, constituindo-se ainda tema importante no movimento da Reforma Sanitária, e no âmbito da Constituição Federal de 1988 que, em seu artigo 200, inciso III, define a competência do SUS na ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, sistema este situado enquanto importante empregador de trabalhadores de nível superior.

Os estudos de Sarreta (2009) nos dão conta de que a função do Estado no tocante à responsabilidade pela formação dos trabalhadores do sistema público de saúde está presente desde o Movimento Sanitário, na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e perpassa a realização de todas as outras Conferências Nacionais subsequentes. Aponta como produtos dessas conferências, especificamente a 10ª (1996) e 11ª (2000), e do amplo debate sobre o aprimoramento do SUS e a ausência de uma política para os trabalhadores da saúde, a elaboração do documento *Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)* em 2003 que, pela Resolução de n. 330 do Conselho Nacional de Saúde é aplicado como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS. Do mesmo modo, a realização da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), que ocorre também em 1986, quando da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema *Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária*, e a 2ª CNRH em 1993.

Acrescente-se a consideração de Vasconcelos (2008) como “extremamente curiosa” a paralisia de governos e universidade para iniciar a discussão de uma política de recursos humanos para um setor aprovado desde a Constituição de 1988, que tem desde 1998 a indicação do Conselho Nacional de Saúde das profissões de nível superior necessárias à viabilização das ações de saúde e que, direta e indiretamente, gera milhões de empregos.

Nessa sequência, Sarreta (2009) situa 2003 como um ano de mudanças em razão do acúmulo de exercício democrático vivenciado pelos trabalhadores da saúde, fortalecido na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES) cujo tema foi *Trabalhadores de saúde e a saúde de todos: práticas de trabalho, gestão, formação e participação*, buscando, para os trabalhadores, o resgate e efetivação das propostas da Reforma Sanitária. Nesse mesmo ano, a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), onde as dimensões do trabalho e da educação passam a ter tratamento específico. E nesse contexto, a criação da *Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde* e a estratégia de *Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde*, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução n. 335 de 27 de novembro de 2003.

Nota-se que, em consonância com os princípios da Reforma Sanitária brasileira, ações vêm sendo desenvolvidas visando superar uma formação em saúde ainda predominantemente biologicista, que fragmenta os indivíduos e o atendimento em procedimentos e especialidades, tecnicista e centrada no atendimento médico, rumo à integralidade e à consolidação da política de saúde a partir do conceito ampliado de saúde, como proposto constitucionalmente.

Essa perspectiva fragmentária, que vem sendo questionada tanto pelo Ministério da Saúde como por várias associações de ensino, indica a necessidade de que, na direção dos princípios da Reforma Sanitária, a compreensão da política de saúde, seu conceito ampliado, a integralidade da atenção e o trabalho articulado entre as diferentes profissões da área da saúde componham a mudança nas graduações das profissões dessa área, o que necessita investimentos financeiros e políticos.

Dentre estas ações, tem-se a criação da SGTES, referida anteriormente que, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) tem

a responsabilidade da proposição e formulação de políticas, tanto no nível técnico como superior, referentes a formação, desenvolvimento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde. Destaque-se que, objetivando uma adequação da formação profissional às necessidades de saúde da população brasileira e para o fortalecimento do SUS, constam de suas atividades a busca de integração entre os setores saúde e educação, e o apoio e fortalecimento das instituições formadoras em saúde. Especificamente, no tocante à educação superior, atua, entre outros, em linhas de trabalho como a ação intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação para a formação e desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde, apoio e financiamento à Residência Médica, Especialização em Saúde da Família e Comunidade; quanto ao programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a implantação e implementação; para os cursos de graduação na área da saúde, a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para essa mesma área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2013b], online).

Na realização do *Seminário Nacional sobre o SUS e as Graduações na Área de Saúde*, organizado em julho de 2004 pela SGTES, essa proposta é discutida em reunião com as diversas associações de ensino, dentre as quais, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Considere-se, como já abordado, que o Serviço Social é uma das profissões consideradas como da área da saúde pelo Conselho Nacional de Saúde.

Propõe-se, então, cooperação técnica com as diversas associações de ensino, e a organização destas, o que resulta na criação do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS)¹⁴ objetivando, com sua criação, o fortalecimento da educação permanente em saúde, impulsionando a adoção da integralidade como eixo orientador da mudança na graduação das profissões da área da saúde, através da mobilização dos vários segmentos envolvidos como unidades de ensino, gestores e profissionais de saúde, e

¹⁴ Criado em julho de 2004, constituía-se pelas seguintes entidades em 2010: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Rede UNIDA, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional (RENETO), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico (ABENFAR). Na realização desse estudo nos deparamos com a condição de “site em construção”.

população usuária, assim como a troca de experiências entre os diversos cursos da área (FNEPAS, online).

A pertinência da participação da ABEPSS no FNEPAS¹⁵, assim como a apresentação de projeto para obtenção de recursos junto ao Ministério da Saúde, foi discutida pela categoria profissional durante o X Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), realizado em 2001 no Rio de Janeiro que, para a deliberação favorável considerou

1) a Lei n. 8.662/1993 que atribui aos assistentes sociais -elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares (art.4º); 2) a Resolução do CNS nº. 287/1998 (mencionada anteriormente); 3) a forte presença da categoria no setor saúde que constitui-se no campo de maior absorção de assistentes sociais no país; e finalmente, 4) as novas exigências à profissão frente às contra-reformas neoliberais que desfiguram o SUS. (UCHÔA, 2007, p. 188).¹⁶

O posicionamento da ABEPSS, preservando e fortalecendo a formação generalista e crítica, comprometida com os princípios ético-políticos da profissão, a defesa de uma política de saúde pública universal, fundamenta-se na concepção de seguridade social, entendendo que a inserção profissional na saúde deve ser tratada no conjunto das competências da profissão (MOTA, 2006, p. 7-10). São três os principais objetivos visados quando da deliberação da categoria

1) Contribuir para a mobilização de docentes, discentes, pesquisadores, coordenadores de graduação e supervisores de estágio para o debate, visando a estimular os processos de mudança orientados pelas diretrizes curriculares do Serviço Social (ABEPSS, 1987) e pelos princípios e diretrizes da reforma sanitária e dos princípios constitucionais da saúde (BRASIL, 1988); 2) Contribuir para a formação de sujeitos críticos e reflexivos para a efetiva construção do SUS, sob a ótica da reformas sanitária brasileira; e 3) Fomentar a produção de conhecimento relativo à formação profissional, buscando articular os programas de pós-graduação em Serviço Social no sentido de fortalecer os pesquisadores e núcleos de pesquisa relacionados às políticas sociais, particularmente a política de saúde. (UCHÔA, 2007, p. 189).¹⁷

¹⁵ Compõem o Colegiado do FNEPAS representando a ABEPSS Marina Castro (coordenação de graduação da ABEPSS – leste) e Suenya Santos (suplente da diretoria nacional da ABEPSS).

¹⁶ No que se refere à saúde enquanto maior campo de absorção profissional para o Serviço Social à época, considere-se que estudos são necessários em razão do processo de municipalização da Política Nacional de Assistência Social e implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a partir de 2004.

¹⁷ A Prof.^a Dra. Roberta Uchôa (UFPE, Região Nordeste) integrou, junto com docentes que representaram as seis regionais da ABEPSS, o Comitê Gestor para desenvolvimento do projeto de Cooperação Técnica com o Ministério da Saúde.

Enquanto parte do Convênio de Cooperação Técnica firmado com o Ministério da Saúde¹⁸, a ABEPSS inicia a discussão da política de saúde na formação profissional do assistente social quando inclui a temática “saúde” na *Pesquisa de Avaliação da Implementação das Diretrizes Curriculares do Serviço Social* em 2006, inclusão de questões que tem “[...] por objetivo conhecer a realidade de ensino, pesquisa e extensão da política de saúde nas graduações e pós-graduações em Serviço Social no Brasil.” (UCHÔA, 2007, p. 190). Resulta aí na realização, em 2006, de seis seminários regionais e um nacional sobre *Serviço Social: Interfaces com a Saúde*, momento em que a ABEPSS compromete-se com a categoria em “[...] colocar a saúde como uma área estratégica na formação e capacitação dos profissionais, docentes e discentes da área do Serviço Social em conjunto com as unidades de ensino do país.” (BRAVO; UCHÔA, 2007, p. 7).

Resultaram dessas oficinas, a avaliação e discussão crítica da articulação saúde/educação enquanto políticas balizadoras da formação de profissionais de saúde nos cursos de graduação e a contribuição para a mudança curricular na graduação na perspectiva de uma formação generalista e reflexiva.

Do projeto de Cooperação Técnica com o Ministério da Saúde, entre outras atividades, resultou a organização e distribuição de material didático sobre a política de saúde em CD e DVD, a publicação da Coletânea *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*, publicado em 2006, e a publicação da edição n. 13 da revista *Temporalis*¹⁹ dedicada à política de saúde e formação profissional com o tema *Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios*.

Segundo Uchôa (2007), a publicação dessa revista atende o propósito de contribuir para o debate envolvendo docentes e discentes acerca do

[...] ensino, pesquisa e extensão da política de saúde na formação dos assistentes sociais assim como subsidiar à ABEPSS no desenvolvimento de ações que possam fomentar a inclusão da política de saúde em todos os currículos das unidades de ensino do Serviço Social no Brasil. (UCHÔA, 2007, p. 190).

¹⁸ A apresentação de projeto ao Ministério da Saúde propondo a realização de diversas atividades, dentre as quais seminários regionais para a discussão da política de saúde na formação profissional, ocorre na gestão ABEPSS 2005/2006, sob a presidência da Prof.^a Dra. Ana Elizabete Mota.

¹⁹ A revista é uma publicação da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

Nela são apresentados dados consolidados sobre saúde, a partir da pesquisa sobre a implementação das Diretrizes Curriculares, realizada em 2006.

A articulação entre o Ministério da Saúde o Ministério da Educação, através da SGTES, para a implementação das diretrizes curriculares nacionais e para a mudança na formação profissional e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, expressa possibilidade de que tal formação esteja vinculada e próxima dos princípios da integralidade da atenção prestada à população. Iniciativas desta articulação intersetorial, regulamentam o Artigo 200 da Constituição Federal que prevê a competência dos SUS *em ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde*. Ao tempo em que há no setor saúde o desenvolvimento de estratégias e articulações pelo Ministério da Saúde que introduz mudanças nos processos de trabalho e de formação permanente dos trabalhadores da área, quando institui em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que prevê a valorização e o protagonismo dos sujeitos envolvidos, assim como a gestão participativa com responsabilidade compartilhada, com vistas ao desenvolvimento dialogado da autonomia, da crítica e do atendimento integral e de qualidade.

No âmbito da profissão de Serviço Social, verifica-se uma mudança nas exigências e possibilidades de respostas e inserções profissionais, assim como a necessidade de formação permanente. Para Iamamoto, referindo-se a uma tendência ao redimensionamento do perfil do assistente social em que são modificadas as atividades tradicionalmente atribuídas. Observa-se, segundo a autora, que o processo de municipalização solicitou a inserção no âmbito da formulação de políticas públicas, o trabalho interdisciplinar, além do

[...] trato com o mundo da informática, a intimidade com as novas técnicas e discursos gerenciais, entre muitos outros aspectos, o que muitas vezes tem sido lido, enviesadamente, como *-desprofissionalização*, *-perda de espaços*, *-restrição de suas possibilidades ocupacionais*". (IAMAMOTO, 2005, p. 183).

Sua contribuição para a compreensão do trabalho e formação do assistente social nos coloca que cabe às unidades formadoras *agarrar* tais alterações, decifrando-as na qualificação de profissionais na contemporaneidade, uma vez que tal leitura expressa a dificuldade na apreensão das alterações profissionais acarretadas por processos macroscópicos. Afinal, o profissional de Serviço Social

versado no instrumental técnico-operativo, na defesa dos direitos dos sujeitos sociais e da democracia, trabalha pela participação destes nos processos decisórios, assim como em assessoria, planejamento, negociação e pesquisa (IAMAMOTO, 2005).

A formação desse profissional, crítico e propositivo, exige um perfil dotado de formação intelectual generalista e crítica, que atua na formulação e implementação de propostas para o enfrentamento da questão social, em consonância com a proposta das Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social. Definido por Vasconcelos (2006) enquanto um recurso vivo, que se transforma e fortalece suas referências mediante uma prática planejada e avaliada, o assistente social encontra na formação profissional assim definida, um processo contínuo, que fundamenta o próprio exercício da profissão sintonizado com os novos desafios impostos pela realidade social.

A formação profissional do assistente social situa-se no mesmo contexto neoliberal em que a educação também é mercantilizada, voltada para os interesses de mercado e que, apelando para a democratização do ensino, concretiza a lógica empresarial e produtivista no setor, tendo alcançado expansão impressionante na atualidade por meio do ensino à distância. Portanto, é a partir da idéia do lucro e da precarização da formação, e em consequência, da qualidade do trabalho profissional do assistente social, que lida diretamente com questões como a vida dos usuários dos seus serviços e os direitos, o que tem sido ideologicamente metamorfoseado em *acesso à educação*, que deve ser entendida e enfrentada, pela categoria e sociedade, as implicações do ensino à distância na atualidade.

Contudo, é inaceitável desconsiderar que o ensino de graduação em Serviço Social, ainda que inserido no contexto de mercantilização das políticas, de restrição dos espaços públicos de concretização de direitos como o é a política de educação, tem fortalecido no âmbito da organização e representatividade da categoria e, em consequência, nos projetos pedagógicos para a formação, a expressão e a resistência à concepção do aluno entendido como consumidor e moldado para os interesses do mercado, reafirmando a formação orientada pelo projeto ético-político da profissão.

Discutir a formação profissional em Serviço Social no contexto de mudança na graduação das profissões da área da saúde significa, portanto, não

desconsiderar a presença das determinações mais gerais em questões intrínsecas à profissão.

A afirmação sobre a necessária aproximação teoria-prática é recorrente no debate contemporâneo do Serviço Social e ao mesmo tempo justificada pelas expressivas manifestações de conservadorismo na profissão. Contudo, devem ser valorizadas as iniciativas desenvolvidas nos processos de formação do assistente social que, no atendimento em saúde a segmentos específicos, orientam-se pela perspectiva de trabalho interdisciplinar, de reflexão e estudos em equipe envolvendo docentes e discentes sintonizando-se com o movimento de mudança na graduação do Serviço Social. Mas, são determinantes as reflexões quanto ao significado do ensino da política de saúde em meio à perspectiva generalista da formação. Da mesma maneira, considerar qual a apreensão sobre o significado da política pública de saúde na formação e nos espaços da prática profissional do assistente social, considerando o seu caráter socializante e emancipatório, de interesse público e coletivo.

O conjunto das imposições de orientação macroeconômicas colocadas pelo cenário internacional e pela conjuntura nacional, em consonância com as exigências da acumulação do capital queduramente atingem a concepção de direito e de vida digna para todos, compõem, entre outros, como os moldes de formação profissional e estrutura para o exercício diário das profissões, intensamente precarizados, fatores para a descrença numa possível nova sociabilidade, pautada na justiça e na equidade, e assim na superação da dicotomia, no caso da saúde, do SUS legal *versus* SUS real.

Nos processos de formação profissional na perspectiva em questão, é imprescindível, em sintonia com os órgãos representativos da categoria e diretrizes para a formação, o reconhecimento da política de saúde, em conjunto com a Seguridade Social e demais políticas, como espaço fundamental de possibilidades de atuação do Serviço Social, de realização de direitos e ampliação da cidadania. O reconhecimento dos limites da política de saúde, inserida que está na ordem capitalista que precariza, entre outros, as condições de trabalho dos assistentes sociais, requisita aprofundado trato teórico da questão social em suas amplas e particulares manifestações, assim como a compreensão da política de saúde e demandas atuais à profissão, para a construção de respostas adequadas nessa área de atuação que, condiciona-se

às escolhas teóricas e políticas da profissão, à opção pelo projeto ético-político da profissão e pelo projeto de Reforma Sanitária enquanto orientadores da formação e da prática profissional.

Essa perspectiva de formação e trabalho do assistente social, a defesa e efetivação da saúde como direito de todos e dever do Estado passa pela identificação e leitura também das manifestações aparentes e imediatas da questão social, assim como necessita de mediações e conexões para a apreensão de sua natureza, obscurecida e enraizada na ordem capitalista, de exploração do homem pelo homem. Vasconcelos (2007, p. 178) nos lembra que a dificuldade crítica, movida por questões teóricas, em relação à administração da coisa pública na ordem capitalista, leva os profissionais à “[...] grande chance de aderir às reformas neoliberais contribuindo para fortalecer propostas de desmonte ou enfraquecimento do Estado, de privatização e de centralidade do mercado como critério de organização da sociedade.”

Valemo-nos, então, das construções dessa autora sobre a formação de recursos humanos e a prática na área da saúde, para quem, o desconhecimento das verdadeiras causas da crise da saúde pública, da diferença ético-política e teórico-prática dos projetos de saúde antes e pós Constituição de 1988, da importância do Movimento da Reforma Sanitária que teve a luta pela transformação da saúde brasileira mediada pela luta para uma transformação na sociedade, são fatores que aproximam os profissionais de saúde do senso comum, que acabam por difundir a idéia de que o que é público é inevitavelmente ruim, desqualificando o SUS.

A necessidade de superação das práticas conservadoras e disciplinadoras, de responsabilização das famílias e a não materialização do direito à saúde no tocante à ação realizada pelo conjunto dos trabalhadores da área, relaciona-se, entre outros, à hierarquia historicamente construída e que autoriza a centralização de decisões na categoria médica. Uma vez reconhecida pelos demais profissionais, esta os mantém numa condição de subalternidade. Nesse sentido, relaciona-se a orientação adotada para a formação profissional e o seu significado para uma inserção da categoria em condições de subalternidade ou não nessa área de atuação.

Segundo Vasconcelos (2007), inserindo-se na prática na saúde como um profissional *não-médico* ou *para-médico*, complementar e subsidiário, os demais

profissionais reproduzem com os usuários dos serviços uma relação em que estes são tidos como um objeto a ser modificado por um sujeito que pensa. Dessa maneira, sua inserção no SUS não se dá pela garantia da integralidade da atenção à saúde com participação social, pelo que chamados a assumir por suas atribuições e competências, nem pela responsabilidade de decisões e de escolhas compartilhadas entre as várias profissões.

A diferença salarial está presente nesse cenário, e é funcional ao capitalismo. Este sistema, que dá preferência às fusões, estimula entre os profissionais a competição, o individualismo, rivalidade, fragmentação com despolitização, servindo então como instrumento de dominação. E ainda o corporativismo que, no contexto de transformação do direito à saúde em mercadoria e do cidadão em consumidor, a opção e migração para planos privados de saúde, ou seja, o pagamento duplo pelo que se constitui um direito constitucional, muito interessa e beneficia determinados segmentos profissionais.

Essa concepção da saúde enquanto campo privilegiado da luta de classes, nos informa a possibilidade de que a prática dos profissionais resulte em conformismos e aparente neutralidade, ou, por outro lado, em ações de ruptura com o conservadorismo. Afirmar a necessária conexão orgânica entre as profissões da área, com os setores progressistas, organizados e os desorganizados na defesa de uma Seguridade Social ampliada. Romper com a ideologia da *ajuda*, com o corporativismo e particularismo, com a desresponsabilização, em compromisso com os interesses e necessidade das classes trabalhadoras, significa aos profissionais de saúde combinar resistência nos espaços da prática com a ação que contribua com a organização política para romper com uma solidariedade abstrata para uma opção pela solidariedade de classe. Para tanto,

[...] faz-se necessária a transformação dos espaços ocupados pelas diferentes categorias profissionais de nível superior na saúde, de espaços históricos de controle, dominação e busca de consenso e consentimento em espaços de exercício de relações democráticas, de organização e de luta política para resgate do potencial revolucionário, inovador e de rebeldia frente à ordem vigente, presente no cotidiano dos segmentos populares e, frequentemente, dirigido ao seu igual ou possível aliado, mas não a seu antagonista, a classe proprietária dos meios essenciais de produção. (VASCONCELOS, 2007, p. 153).

Entendemos o espaço da formação profissional como lócus privilegiado para desvendar essas armadilhas na compreensão da política e do papel profissional que, para trabalhar o exercício de práticas democráticas no desempenho profissional, necessita antes compreender e vivenciar tais experiências, ou seja, também o trabalhador da área da saúde reconhecer o seu igual e possível aliado.

A relação entre universidade e serviços de saúde constitui-se, então, fundamental para a construção de novos modelos assistenciais, de gestão, e de formação de recursos humanos, desafio colocado com a própria estratégia colocada pelo SUS em que a atenção básica em saúde foi eleita como eixo organizador do sistema de saúde. A formação de recursos humanos voltados para a afirmação do SUS pressupõe a preparação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, no sentido da formação intelectual e não apenas técnica, uma vez que esta última, objetivando a intervenção num determinado campo de ação com a máxima eficácia operativa, prioriza o treinamento técnico-operativo.

O debate sobre os programas de residência uni ou multiprofissional para as quatorze profissões reconhecida como da área da saúde, segundo Batalha (2013b), vem acontecendo de maneira a problematizar a forma como se estruturam, limitando a proposta de formação articulada ao serviço de saúde, de formação para os serviços, distanciando-se, de maneira antidemocrática da proposta de formação permanente que provoque reflexões para o residente e para a equipe como um todo, sob o protagonismo do Ministério da Educação que, articulado ao Ministério da Saúde coordena os programas.

Dentre os problemas apontados encontram-se a carga horária excessiva, a ausência de certificação adequada o que não favorece a empregabilidade de quem faz a residência, e a falta de preceptores que façam a supervisão direta das atividades práticas pelos residentes. A precarização é abordada pelo assistente social Caio Schaffer, integrante do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) quando relata a existência de muitos residentes assumindo o serviço em seus postos pela falta de preceptores, e explica –“O residente ganha uma bolsa, sem direitos trabalhistas, e o grupo se renova a cada dois anos. [...] É grave o residente substituir o servidor.” (SCHAFFER apud BATALHA, 2013b, p. 31).

A correção dos rumos em que se processam o exercício e a formação profissional requisita a retomada dos processos históricos de constituição do SUS e a instituição de uma política nacional para esses programas que ultrapasse os limites da cotidianidade, o que certamente resulta em uma compreensão de saúde para além de bem-estar físico, social e mental como concebida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma prática profissional mediada pelo SUS e suas origens no projeto de Reforma Sanitária fica impossibilitada sem a compreensão dos mesmos e de suas referências ético-políticas, restringe-se às demandas imediatas, espontâneas e explícitas.

Uma formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde, assim comprometida com sua efetivação, situa-se na atualidade totalmente antagônica às regras neoliberais, em contexto político e econômico marcadamente desfavorável. Para além da compreensão dos limites de financiamento do SUS e da Seguridade Social, direcionado para fins políticos e econômicos, e da saúde como direito ao tratamento de doenças, os desafios colocados para a formação profissional em saúde, graduada e permanente, implicam na mobilização e organização social, a existência e o fortalecimento de espaços efetivamente públicos. E que, fundada em sólida base ético-política, permita escolhas conscientes, a articulação entre projetos profissionais a um projeto de nação orientado pelos interesses públicos e coletivos.

A reconstrução permanente do movimento da realidade para um exercício crítico e consciente, uma ação pensada, politizada, não pode prescindir de qualificadas conexões com essa mesma realidade de violação e desconstrução de direitos, de desmonte das políticas sociais. Nessa perspectiva, a unidade entre teoria e prática, coloca referências concretas para a ação e a formação. A formação do assistente social em sua interface com a política de saúde é no sentido da necessária inclusão de aportes teóricos, por meio de disciplinas específicas que possibilitem, no conjunto das atribuições profissionais, uma formação comprometida com a materialização do direito em oposição à lógica do mercado, ancorada pelo projeto ético-político da profissão e da Reforma Sanitária dos anos 1980.

Esse projeto de formação requisita ainda a relação indissociável com a produção científica que, dando sustentabilidade para a prática profissional, esteja firmada na concepção de desenvolvimento e produção nacional, em detrimento

da atual adaptação e importação de tecnologias. Pressupõe a compreensão do necessário reconhecimento social da profissão e que, resguardadas as especificidades das várias políticas sociais, o seu tratamento, assim como a participação dos vários atores sociais, não deve acontecer de maneira fragmentada, fundando-se na lógica da já criticada formação e atuação por especialidades.

Assim, a formação de nível superior para a área da saúde deve orientar-se para a construção de profissionais críticos, reflexivos, conscientes e criativos, articulados, que tomem como objeto de conhecimento as reais necessidades da população usuária dos serviços e que, apropriando-se do sentido do Movimento da Reforma Sanitária, do qual o SUS é fruto, reconheçam a saúde como direito universal e com controle social.

A necessária articulação e o reconhecimento das necessidades dos usuários envolvendo docentes, discentes e assistentes sociais não deve se restringir a essa categoria. Portanto, o reconhecimento da saúde como direito compõe a concepção de sociedade justa e humana, e assenta-se entre outros mecanismos, no controle social democrático, na participação e no debate ampliado. Essa integração no enfrentamento do desmonte de direitos implica e não se restringe ao fortalecimento do trabalho do assistente social na saúde e demais espaços sócio-ocupacionais, nos processos de formação profissional.

A compreensão crítica do mundo contemporâneo e das possibilidades profissionais nos remete ao rompimento com o corporativismo profissional, articulando nossa prática e nossa reflexão às demais categorias que também se confrontam com a questão social. Para a ampliação dos espaços profissionais, necessário se faz conhecer e aprender com outras profissões, *nos apresentar* e ensinar nosso acúmulo alcançado (PAULO NETTO, 2008).

As acirradas desigualdades e injustiças sociais se refletem também nas condições de trabalho, o que coloca à categoria profissional dos assistentes sociais o imperativo do posicionamento crítico sobre a realidade concreta em que se dá a formação e o exercício profissional, realidade esta decifrada mediante a necessária postura crítica, investigativa e propositiva. Segundo Guerra (2007, p. 8), analisando as condições atuais do exercício profissional,

[...] depreende-se que há uma interferência da lógica do capital na forma, no modus operandi, no conteúdo e no resultado do exercício profissional, que se limita, em muitos casos, ao cumprimento de rotinas burocráticas e de metas institucionais, influenciando nas funções, qualidade e competência do trabalho profissional, estabelecendo normas específicas e, até mesmo, à luz da lógica mercadológica, define-se as necessidades de capacitação, o ritmo e a intensidade do trabalho e os recursos (técnicos, financeiros, institucionais) disponíveis para realização das ações profissionais.

Tais condições nos indicam que a proposição dos meios e processos para a mudança na formação e na prática profissional assume papel crucial para a sua modificação e podem percorrer o caminho da ocupação dos espaços profissionais, da organização e fortalecimento da categoria, das relações inter-profissionais e não menos, da participação dos usuários dos serviços prestados, como possibilidade da construção coletiva de um novo lidar com o humano, que é social.

As instituições formadoras têm papel fundamental enquanto espaços de crítica, pesquisa e construção do conhecimento que, no processo de renovação e superação do conservadorismo na profissão, têm ainda longo percurso a trilhar enquanto partícipes do processo de formação profissional, articuladas à defesa de uma política de saúde pública universal, integral e de qualidade. Pode-se afirmar, porém, que dentre os profissionais de saúde, os assistentes sociais destacam-se, pelo projeto de formação construído pela categoria estruturado por concepções que fortalecem os princípios constitucionais a partir de uma formação que permita um perfil profissional que compreenda a organização social capitalista, os mecanismos de exploração e dominação e seu impacto nas relações.

Nesse sentido, a Universidade tem papel fundamental enquanto espaço de luta para o avanço da democracia, e de formação continuada, devendo, mediante as exigências da contemporaneidade e fundamentada em adequado distanciamento crítico, construir [...] respostas acadêmicas situadas em seus projetos curriculares, que expressem a necessidade de articulação entre formação universitária e mercado profissional.” (OLIVEIRA, 2007).

E enquanto parte dessas respostas, efetivar a formação profissional que articule a formação crítica e generalista aos conhecimentos da política de saúde, esta, um dos campos de atuação dos assistentes sociais, de defesa e ampliação da seguridade social, espaço de reafirmação da possibilidade efetiva da política pública fundada em concepções não privatistas, executada por trabalhadores formados e comprometidos com o SUS, com participação e controle social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Bem sabemos do profundo significado da efetivação do direito à saúde, pública, universal e de qualidade, da garantia e ampliação de direitos nas condições de vida de imensa parcela da população, usuária desses serviços ou não. Não se pode negar que, estruturada como está, a política pública de saúde deixa de alcançar ou fazer parte da vida de outra imensa parcela da população que a esses serviços não chega.

A complexidade em questão refere-se, portanto, ao acesso aos serviços públicos prestados e à qualidade dos mesmos, quando acessados, à efetividade das ações realizadas, ao impacto nas condições de vida do público a quem, contraditoriamente, coube apenas o papel de financiador de tal política. Afinal, essa condição não se materializa na ampliação de serviços aos locais flagrantemente descobertos no que diz respeito à existência de atendimento básico: quando existente, estruturas precárias de atendimento constituem o cenário precário em que vivem essas pessoas, a exemplo das regiões mais remotas do país.

As respostas governamentais às denúncias midiáticas, à avaliação e posicionamento dos órgãos de controle social e ao clamor das ruas nas jornadas de junho último, que trouxeram a expressão dessa mesma precariedade nas grandes capitais, ainda primam por uma concepção de saúde assentada na doença, não tocando nas questões que conformam a determinação social do processo saúde e doença, ou seja, as condições de vida e trabalho da população. Dessa maneira, não levando condições adequadas à prestação desses serviços que, mesmo na perspectiva restrita ao aspecto curativo, dado a desconsideração da integralidade como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), pressupõe a existência e ampliação do trabalho em equipe, articulado aos demais níveis da rede pública, ou seja, os atendimentos de média e alta complexidade, implicando aos usuários o seu deslocamento até mesmo entre as regiões do país.

Aproximamo-nos, nesse percurso de pesquisa, de uma realidade constituída num momento histórico, e deste modo, repleta de determinações políticas, econômicas e culturais. Em tempos regulados por leis neoliberais, a redefinição das funções do Estado, significando a redução de sua atuação no atendimento às demandas provenientes das necessidades que dizem respeito aos trabalhadores,

materializa-se num conjunto de consequências e implicações, dentre as quais, na transferência dessa responsabilidade a empresas privadas, ao mercado.

Como mostramos no decorrer das nossas reflexões, as transformações na dinâmica do Estado, plantadas que estão nos processos que conformam a ordem capitalista em suas expressões contemporâneas, derrubam direitos. Daí a relevância no nosso estudo em relação às conquistas democráticas que, a partir dos anos 1990, vêm sendo desconstruídas, a exemplo da saúde que, não consolidada como definida em preceitos legais, reveste-se de organizada e arquitetada concepção de mercadoria.

A alocação do fundo público no atendimento às necessidades e demandas da acumulação financeira não constitui inovação na cena política e econômica, assegurando às decisões macroeconômicas o seu caráter privatista e antidemocrático, um velho conhecido nessa formação social.

Nesse estudo, de aproximação teórica que traz um entendimento acerca da possibilidade de se resistir e ao mesmo tempo enfrentar os processos de privatização da política de saúde na atualidade, e a interface com exercício profissional nessa área, tal aproximação oscila num movimento que arriscamos dizer, mais ilumina as reflexões propostas que o novo acresce. Contudo, não é da mesma forma que observamos o conhecimento alcançado acerca da especificidade das ações da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, e que procuramos demonstrar com a abordagem acerca da retomada, na atualidade, dos ideais da Reforma Sanitária brasileira dos anos 1980.

Nesse desenho, que transita entre o velho e o novo, desenvolvemos a temática da participação e do controle democrático na busca de apreendemos no contraditório movimento que destitui direitos, a inserção dos sujeitos coletivos, politizados, em torno da defesa dos direitos, da sua preservação. A situação de empobrecimento, de precariedade, de desigualdade social, tem definição e orientação macroeconômica. Observamos o enfrentamento das dificuldades colocadas à permanência da vida à partir dessas políticas adotadas em tempos neoliberais, ou seja, a interferência coletiva nas decisões e destinações do recurso público por meio das modalidades constitucionais inseridas no aparato do Estado, os conselhos de políticas públicas.

A apresentação desses espaços como burocratizados, esvaziados de sentido participativo e definições que se aproximem das reais necessidades e

interesses dos sujeitos implicados distancia-se da legalidade e legitimidade pretendidas na perspectiva da construção dialogada, realmente participativa.

A participação real, tal como se efetiva nesses espaços, não alcança plenitude, não possibilita exercício de escolhas esclarecidas e identificadas com as mudanças necessárias para que a coisa pública seja realmente pública. A lógica que pressupõe o seu fortalecimento, sua organização e articulação aos movimentos sociais tem, ao contrário, se constituído como não expressão das classes subalternas. Essa acepção de participação trilha o caminho inverso do que Moroni (2009) define como um direito fundamental, fundante e estruturante dos demais direitos.

A universalização da saúde é uma conquista coletiva nos anos 1980 e que teve como sujeito político nessa definição o Movimento da Reforma Sanitária. Em articulação a outros movimentos sociais, que também se inseriram na defesa da redemocratização do país, o Movimento Sanitário pautou-se pela crítica ao modelo hegemônico em que saúde situava-se como fonte de lucro por meio da privatização, e com acesso restrito.

Nosso estudo localiza a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde como movimento que retoma o ideário da Reforma Sanitária, tal como concebida nos anos 1980 e não a Reforma flexibilizada a partir dos anos 1990 como afirma Bravo e Menezes (2011). A retomada do entendimento de que saúde não é mercadoria aparece, nessa análise, considerando a determinação social do processo saúde-doença, a saúde inserida no processo mais amplo de adequadas condições de vida e trabalho, tendo como horizonte a emancipação humana.

Embora as limitações contidas no processo de leitura dessa realidade tenham impossibilitado uma quantificação também significativa para essa proposta que pretende contribuir para a compreensão e a reflexão acerca da participação coletiva e articulada em defesa SUS, consideramos relevante a expressão qualitativa do conhecimento obtido e que documentamos na tese.

À participação social que acontece de forma fragmentada e atomizada na atualidade, com restrições e limitações estruturais no âmbito institucional, acrescenta-se, por meio das ações e atividades desenvolvidas pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, uma possibilidade de mobilização em nível nacional, articulando a interferência nos processos locais e regionais com a política mais ampla, já que é composta por diversos Fóruns Municipais e Estaduais.

Conhecemos a concretização da possibilidade de controle democrático do controle social fazendo-se presente nesses espaços, e a inovação dessa prática quando propõe e realiza suas ações fora do espaço institucional. É com essa concepção que a Frente tem ido às ruas do país num movimento que defende a saúde e articula-se à defesa de uma sociabilidade em que as necessidades humanas não se situem em ordem inversa no tocante às prioridades adotadas e assumidas pelos governos ou grupos econômicos de plantão.

A denúncia do desvio e usurpação do fundo público, que sucateiam o SUS e fortalecem as privatizações por meio dos denominados novos modelos de gestão, é realizada pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde ancorada na apropriação histórica da realidade, o que se converte na produção de documentos, debates, pesquisas, e na própria socialização do conhecimento que permita o entendimento do real. Vale ressaltar que essa produção informa, esclarece e não reproduz ilusões acerca do uso do recurso público expropriado e destinado ao atendimento de interesses corporativos, privatistas e que alimenta a ciranda financeira no atual estágio de desenvolvimento do sistema capitalista.

O nosso entendimento que situava a saúde como fonte de lucro e de privilégio a alguns segmentos e empresas privadas, sai dessa trajetória com melhor apreensão do que venha a ser a concepção de saúde inserida em relações capitalistas, delimitada por decisões particularistas e instrumentalizadas, dentre outros mecanismos acionados, na criação de planos de reestruturação e de publicização, emendas constitucionais e medidas provisórias que prescindem do necessário debate democrático e que guardam relações de troca, portanto capitalistas, no que diz respeito aos processos eleitorais. A garantia de tomada dessas decisões é assegurada ainda pelo braço forte do Estado que, em sua conformação penal e de criminalização da pobreza e dos movimentos sociais, ocupa o lugar da segurança pública.

A definição da Frente como movimento contra-hegemônico se dá justamente num panorama de total desrespeito aos espaços legalmente constituídos como de controle social e às suas decisões como os conselhos e conferências de políticas públicas. Sua atuação faz-se presente no âmbito jurídico e do parlamento. Propõe a gestão estatal da saúde que, para tanto, requisita a redistribuição da renda e da propriedade, que tem função social; o financiamento das políticas que, para não onerar o trabalhador e usuário, pressupõe a taxação das grandes fortunas.

Vimos no conjunto de ações realizadas pela Frente a sua concepção de saúde fundamentada na perspectiva de valorização do trabalhador dessa área, denunciando a precarização das condições de trabalho e defendendo, em contrapartida, a formação permanente, o trabalho em equipe, a estabilidade e a isonomia salarial constituindo-se planos de carreiras, cargos e salários.

A instituição histórica de uma política de saúde privatizada tem privilegiado a compra de serviços especializados ao tempo que não amplia a rede própria de serviços e não efetiva a integralidade da atenção em saúde quando não articula de maneira resolutiva para o cidadão os três níveis em que se organiza o sistema público, ou seja, a atenção básica, a média e a alta complexidade.

Ressaltamos, nesse sentido, que a defesa da saúde pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde propõe o fortalecimento da atenção básica que, centrada nas necessidades dos usuários, articule-se aos demais níveis do sistema com efetiva referência e contra-referência, garantia de acesso e qualidade, que por si, caracteriza humanização na saúde.

Por outro lado, é importante enfatizar que a concepção de saúde que orienta as ações e proposições da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde fundamenta-se no conceito ampliado de saúde e que dessa forma concebe a saúde articulada às demais políticas que integram a seguridade social, a assistência e a previdência, e ainda a recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social. Como abordamos na tese, a saúde assim entendida exige financiamento efetivo o que indica uma dada opção político-econômica voltada para o alcance dos padrões constitucionais de saúde pública. Para a Frente, essa opção passa pela suspensão do pagamento da dívida pública, com auditoria da mesma; o desenvolvimento econômico que preserve o meio ambiente e se traduza em combate à desigualdade social.

Nosso movimento de aproximação e compreensão da saúde pública nesse estudo foi determinado pelo exercício profissional nessa área. Por esse caminho, as observações decorrentes suscitavam, já no projeto inicial, mas passando por reformulações posteriores, o debate acerca dessas apreensões no Serviço Social por entendermos a relação existente entre as práticas em defesa da saúde pública, universal e de qualidade, com a transformação das práticas em saúde.

No Serviço Social, o trabalho por direitos e efetivação das políticas públicas, a partir do entendimento das expressões da questão social para além de fato, situação

ou fenômeno social desvinculado da forma como a sociedade produz e reproduz as relações sociais, ocorre quando a profissão se apropria das categorias totalidade, movimento e contradição inerentes à perspectiva crítica de orientação marxista. Assim, entendida como manifestação das desigualdades inerentes às relações capitalistas de produção, no contexto de emergência e consolidação da sociedade burguesa, significa uma postura teórico-metodológica reconciliada com a realidade e a historicidade.

Considerar o exercício profissional nessa perspectiva remete-nos aos desafios colocados no presente, que requisitam uma postura propositiva frente ao contexto de desconstrução dos direitos sociais historicamente conquistados face ao domínio do capital sobre o trabalho, que globaliza não apenas a economia, mas, sobretudo a pobreza, e em consequência, esvazia e fragiliza os movimentos sociais. São tempos em que o projeto de sociedade vigente precariza e prescinde do trabalho, propaga o consumo e o individualismo como necessidades de primeira ordem, violenta e se respalda na chamada violência estrutural.

Para nós, o fortalecimento de processos coletivos a favor da emancipação dos segmentos populares não pode desvincular-se de uma postura profissional voltada para a participação, referenciada à noção de democracia. Por essa razão, a composição do estudo resgatou a relação do projeto da Reforma Sanitária brasileira com o Projeto Ético-Político do Serviço Social como apreensão necessária ao exercício profissional nessa política pública.

Desse modo, registramos o descompasso no movimento histórico dos dois projetos no âmbito da profissão, mas por outro lado, a sintonia de princípios que ambos constituem. As produções teóricas no interior da profissão têm respaldado nossa percepção e, em consequência, nossas ações profissionais, onde, vivenciamos experiências exitosas no cotidiano em que estão dadas as possibilidades, sem dúvidas quanto ao papel desse sistema de saúde e da profissão, para integrarmos coletivamente, a concretização de direitos.

A concepção de vida dos seres humanos antes e depois de qualquer episódio ou evento que abale, ameace, comprometa ou impeça essa experiência em sua completude, deve nortear o trabalho dos diversos profissionais e não menos os projetos de formação profissional. Especificamente no Serviço Social, o trabalho voltado para a garantia e ampliação do direito, que resulte em qualificação ou preservação da vida dos usuários, deve articular-se e favorecer, no âmbito da

formação profissional, o ensino da saúde de modo a participar e estimular mudanças nas práticas em saúde, sem perder de vista sua localização no conjunto das atribuições e competências da profissão, na proposta de formação de sujeitos críticos e reflexivos.

Fortalecer a participação social no enfrentamento dos desafios contemporâneos coloca aos assistentes sociais como necessário problematizar que a efetivação dos direitos constitutivos da cidadania tem sua concretização limitada e impedida por fatores econômicos e sociais, sob a égide do capital. A dinâmica desse movimento é constituída por ações políticas, articuladas, situando-se precisamente na contracorrente do projeto que dita a não realização plena dos sujeitos sociais.

Dessa maneira, a defesa do direito pelos trabalhadores inseridos nessa área relaciona-se aos processos de formação profissional e às opções que ditam a apreensão ou não da história tal como registramos na Introdução do estudo, para além de uma narrativa, mas como fornecedora dos elementos que nos permitem avaliar o presente e interferir para o futuro, recobrando a razão sem o manto das ilusões.

Acreditamos que os processos de formação, que incluam o ensino da saúde como área estratégica, e exercício profissional do assistente social devam buscar consistente fundamentação teórica que permitam uma qualificada compreensão da realidade e intervenção na mesma, que promovam o seu desenvolvimento enquanto profissão e sua inserção orientada para a realização de objetivos coletivos, da humanidade. A articulação da formação com o exercício da profissão na área da saúde, embasada no reconhecimento e na caracterização do assistente social como profissional não exclusivo dessa área, considera sua organização política que, historicamente, tem construído possibilidades de interferir no cotidiano profissional para a realização dos direitos, para o fortalecimento das políticas públicas.

Contudo, é necessária a conexão com a dimensão investigativa, as ações de planejamento e avaliação sistemática das ações profissionais. O conhecimento teórico sintonizado ao projeto da profissão e ao projeto da Reforma Sanitária, qualificando as análises e intervenções profissionais, pressupõe o posicionamento pautado pela desburocratização dos serviços, que favoreça a efetiva participação

dos sujeitos sociais por meio da criação de espaços acolhedores das demandas populares, da gestão democrática.

Os argumentos que justificam as precárias condições de trabalho, e o Serviço Social não escapa a essas condições, que justificam a compra da saúde metamorfoseada em mercadoria no contexto de ineficácia e ineficiência do setor público, interferem na formação e no exercício da profissão, devendo, portanto, ser apanhados pelo referencial teórico que, como abordamos no estudo, permita discernir as amarras do projeto e das teorias neoliberais. E que, como ensina Iasi (2013) possibilite a passagem dos indivíduos, esses agentes profissionais, da condição de serialidade, isto é, de aprisionamento em casulos individuais, à qualidade de grupo e de coletividade, que avalie e interfira nos processos decisivos, com clareza da direção necessária à mudança.

Não podemos nos esquivar do registro de que, quando é chegado o momento de anotar nossas percepções no que chamamos de considerações finais, tal como todo o movimento de leituras e escrita, de elaboração da tese ora apresentada, também esse momento reúne e depara-se com objetividades e subjetividades que interferem nem sempre de maneira positiva nas construções objetivadas, dentre elas os prazos, as formalidades, as exigências próprias de cada passo. Essa etapa não escapa a essas influências. Esperamos, no entanto, que as reflexões elaboradas no estudo alcancem contribuir para os movimentos no campo da participação e controle democrático, para o fortalecimento e adensamento das produções e intervenções da profissão.

Dessa maneira, o nosso estudo não se finda com uma conclusão, mas com considerações verdadeiramente iniciais, que se movimentam rumo à possibilidade pretendida de contribuir para outras reflexões e estudos, análises e pesquisas que nos aproximem desse real aqui delimitado pela saúde pública e pelo Serviço Social. Mas é oportuno anotar que essas apreensões, que evidentemente comportam novas explorações, compõem nossa perspectiva de desmistificar a lógica da negação do direito, afirmando adequadas condições de vida para todos; fica claro, portanto, que não se trata de focalização nem monetarização das políticas sociais, de criminalização da pobreza e dos movimentos sociais, nem de um Estado penal que prima pelo encarceramento massificado, as respostas exigidas pelas condições de pobreza, miséria e adoecimento.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. M.; LOPES, J. B. Formação profissional e diretrizes curriculares. **Inscrita**, Brasília, DF, ano 7, n. 10, p. 11-16, nov. 2007.

ADJUTO, D.; WERKEMA, R. **CBAS termina com desafios para o serviço social**. 21 out. 2013. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1027>>. Acesso em: 22 out. 2013.

ALVES, G. —“**Occupy Wall Street...** e depois?” In: TELES, E.; HARVEY, D.; SADER, E. **Occupy**: movimentos de protesto que tomaram as ruas. São Paulo: Boitempo : Carta Maior, 2013.

ANDES-SN. “**Universidade nova**” a face oculta da contra-reforma universitária. mar. 2007. Disponível em: <<http://www.andes.org.br/NOTAUniversidade%20Nova.doc>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

_____. **Andes-SN, Fasubra e Fenasps ingressam como Amicus Curiae em ação contra a Ebserh**. 15 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/03/0444.html>>. Acesso em: 24 set. 2013.

ANTUNES, R. A. A crise, o desemprego e alguns desafios atuais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 104, p. 632-636, out./dez. 2010.

BAHIA, L. **As ruas disseram não à privatização**. Entrevistador: CEBES. 1 set. 2013. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/09/0712_8.html>. Acesso em: 30 set. 2013.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Série histórica da dívida líquida e bruta do governo geral**. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/?COMPDLSP>>. Acesso em: 30 set. 13

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa**: propostas metodológicas. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BATALHA, E. O que falta para termos o SUS por inteiro? **RADIS**: Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, n. 127, p. 9-15, abr. 2013a.

_____. Mergulho na vivência e na (dura) realidade. **RADIS**: Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, n. 133, p. 29-33, out. 2013b.

BATISTA JÚNIOR, F. Gestão do SUS: o que fazer? In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Saúde na atualidade**: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: Ed. UERJ: Rede Sirius, 2011. (Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde).

BAVA, S. C. Violência e controle social. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, [2013]. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/editorial.php?edicao=71>>. Acesso em: 12 set. 2013.

BEHRING, E. R. Política social: notas sobre o presente e o futuro. In: BOSCHETTI, I.; PEREIRA, P. A. P.; CÉSAR, M. A.; CARVALHO, D. B. B. (Org.). **Política social: alternativas ao neoliberalismo**. Brasília, DF: Ed. UnB, 2004.

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

_____. Trabalho e seguridade: neoconservadorismo nas políticas sociais In: BEHRING, E. R.; ALMEIDA, M. H. T. (Org.). **Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS: Ed. UERJ, 2008b.

_____. Graduação à distância impossibilita formação profissional com qualidade. **Inscrita**, Brasília, DF, ano 8, n. 11, p. 50-52, 2009.

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

_____.; RAMOS, S. R. O protagonismo da ABEPSS no passado e no presente: 30 anos de lutas. In: CFESS. (Org.). **30 anos do Congresso da Virada**. Brasília, DF, 2009.

_____.; SANTOS, S. M. M. Questão social e direitos. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CEAD: Ed. UnB, 2009.

BOSCHETTI, I. Seguridade social pública ainda é possível! **Inscrita**, Brasília, DF, ano 7, n. 10, p. 31-36, 2007.

_____. A seguridade social na América Latina. In: _____. et al. (Org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. A política da seguridade social no Brasil. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CEAD: Ed. UnB, 2009a.

_____. Trabalho, direitos e projeto ético político profissional. **Inscrita**, Brasília, DF, ano 8, n. 11, p. 37-44, 2009b.

_____. O Projeto Ético Político profissional trinta anos depois: sentidos e desafios. In: CFESS. (Org.). **30 Anos do Congresso da Virada**. Brasília, DF, 2009c.

_____. Os custos da crise para a política social. In: _____. et al. (Org.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

BOSCHETTI, I, América latina, política social e pobreza: novo modelo de desenvolvimento? In: SALVADOR, E. et al. (Org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 25 jul. 2008.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 41. ed. Brasília, DF: Saraiva, 2008.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1. p. 18055. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 31 mar. 2006.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2006.

_____. Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 8 jun. 1993. p. 7.613. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm>. Acesso em: 15 mar. 2006.

_____. Decreto n. 1.366, de 12 de janeiro de 1995. Dispõe sobre o Programa Comunidade Solidária e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jan. 1995. p. 665. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1366.htm>. Acesso em: 30 set. 2013

_____. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. . **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. p. 27.833. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 2 set. 2010.

_____. Lei n. 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 19 fev. 1998. p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9608.htm>. Acesso em: 25 set. 2013

BRASIL. Emenda Constitucional n. 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 de União**, Brasília, DF, 14 set. 2000. p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm. Acesso em: 8 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM - MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 fev. 2004, n. 32. Seção 1. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em: 25 jul. 2008.

_____. Portaria Interministerial n. 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005. n. 212. Seção 1. p. 112. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/B%202118%20INSTITUIR%20PARCERIA%20ENTRE%20O%20MEC%20e%20o%20MS%20REF.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 2. ed. Brasília, DF, 2006. (Série F. Comunicação e educação em saúde).

_____. Projeto de Lei Complementar n. 92, de 13 de julho de 2007. Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, DF, 18 jul. 2007. p. 36.612. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=483713&filename=PLP+92/2007. Acesso em: 3 mar. 2010.

_____. Lei n. 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória nº 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 26 set. 2008. p. 3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm. Acesso em: 29 ago. 2011.

BRASIL. Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2011. p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 2 mar. 2013.

_____. Medida Provisória n. 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Projeto Mais Médicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, ano 60, n. 130, 9 jul. 2013. p. 1-3. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mp621_maismedicos.pdf>. Acesso em: 5 out. 2013.

_____. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>. Acesso em: 22 jul. 2007.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

_____. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. CAPACITAÇÃO continuada para assistentes sociais: política social.mod. 3. Brasília, DF: CFESS : ABEPSS : CEAD : Ed. UnB, 2000.

_____. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Serviço Social e saúde: desafios atuais. **Revista Temporalis**, São Luis, ano 7, n. 13, p. 121-150, jan./jun. 2007.

_____. O trabalho do assistente social nas instâncias públicas de controle democrático. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CEAD: Ed. UnB, 2009.

_____. **Governo privatiza as políticas sociais, denuncia Frente em defesa do SUS**. Entrevistador: ANDES-SN. 20 set. 2012. Disponível em: <<http://www.andes.org.br:8080/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=5593>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

_____.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: _____. et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Política de saúde no governo Lula. In: _____. et al. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ: Rede Sirius, 2007. pte. 1.

_____.; MENEZES, J. S. B. 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.

_____.; UCHÔA, R. Apresentação. **Revista Temporalis**, São Luis, ano 7, n. 13, p. 7-10, jan./jun. 2007.

BRAZ, M. A hegemonia em xeque: projeto ético-político do Serviço Social e seus elementos constitutivos. **Inscrita**, Brasília, DF, ano 7, n. 10, p. 4-10, nov. 2007.

CADERNOS ANDES: As novas faces da reforma universitária do governo Lula e os impactos do PDE sobre a educação superior. Brasília, DF: ANDES, n. 25, 2007. 57 p. Disponível em: <<http://cnenebio.files.wordpress.com/2010/05/caderno25.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

CAMPOS, G. W. S. 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 esp., p. 132-146, set. 2006.

CANUTTO, W. **Ato público “Contra a privatização da Saúde e em Defesa do SUS**. 5 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/04/0494.html>>. Acesso em: 24 set. 2013.

CARDOSO, F. G.; LOPES, J. B. O trabalho do assistente social nas organizações da classe trabalhadora. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CEAD: Ed. UnB, 2009.

CARTA de Brasília. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 2005. **Resumo...** Brasília, DF, Abrasco: Cebes : Abres : Rede Unida : Ampasa, 2005.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE : IBAM, 1995.

CFESS. Resolução n. 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 mar. 1999. Seção 1. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2006.

CFESS. Carta de Maceió. In: ENCONTRO NACIONAL CFESS-CRESS, 29., 2000, Maceió, **Anais...** Maceió: CFESS-CRESS, 2000. p. 1-3. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/encontronacional_cartas_maceio.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2008.

_____. Resolução n. 533, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 out. 2008. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao533.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2009.

_____. 30 anos do Congresso da Virada: projeto ético-político do Serviço Social: 30 anos na luta em defesa da humanidade. **CFESS Manifesta**, Brasília, DF, 17 nov. 2009a. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/congresso.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2009.

_____. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2010. (acho que esse é a versão preliminar de 2009. Tenho a versão impressa Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília – 2010).

_____. Dia mundial do trabalhador: sonhos, lutas e direitos sempre. **CFESS Manifesta**, Brasília, DF, 1 maio 2010a. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2010.05.01_cfessmanifestatrabalhador.pdf>. Acesso em: 1 maio 2010.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF, 2010b.

_____. Resolução CFESS n. 569, de 25 de março de 2010. Ementa: Dispõe sobre a VEDAÇÃO da realização de terapias associadas ao título e/ou ao exercício profissional do assistente social. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 mar. 2010c. Seção 1. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2010.

_____. **Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas**. mar. 2010d. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/doc_CFESS_Terapias_e_SS_2010.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2010.

_____. Questão urbana no capitalismo contemporâneo: estratégia de luta do Serviço Social brasileiro. **CFESS Manifesta**, Brasília, DF, 28 out. 2011. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011_questaourbana_REVISADO.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2013.

CNS. Resolução n. 223, de 8 de maio de 1997. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 set. 1997, n. 183. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso223.doc>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. Resolução n. 287, de 8 de outubro de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 86, 7 maio 1999. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1998/Reso287.doc>>. Acesso em: 15 mar. 2006.

_____. **Deliberação n. 001**, de 10 de março de 2005. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/doc/2005/deliberacao001.doc>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. **Ata da Centésima Septuagésima Quarta**. Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. 2007a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2007/ata174.doc>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. **Resumo Executivo da 174ª**. Reunião Ordinária em 15 de junho de 2007b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2007/resumo174.doc>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. **Conselho Nacional de Saúde é contra as Fundações Públicas de Direito Privado**. 6 jul. 2009. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/informativo/2009/20/informe_20.htm>. Acesso em: 20 jan. 2010.

_____. **Manifestação**. [2013a]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/docs/Nota%20Planos%20Saude.pdf>. Acesso em: 24 set. 2013.

_____. **CNS se manifesta contrário a financiamento de planos privados com recursos públicos**. 25 mar. 2013b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/03_mar_25_ans.html>. Acesso em: 24 set. 2013.

COLLARES, C. et al. Contexto da contra-reforma. In: GTPE. ANDES-SN. **A contra-reforma da educação superior**: uma análise do ANDES-SN das principais iniciativas do governo de Lula da Silva. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.andes.org.br/imprensa/Uploads/caderno_gtpe.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2010.

COMITÊ EM DEFESA DO HU. **Trabalhadores na luta contra a EBSERH**. Juiz de Fora, 2012. v. 1. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

CONCEIÇÃO, T. S.; CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O. O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Revista Temporalis**, Brasília, DF, ano 12, n. 23, p. 97-124, jan./jun. 2012.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

_____. **Desafios para o controle social:** subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

_____. Controle social na saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. A saúde no contexto da crise contemporânea: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Revista Temporalis**, São Luís, ano 7, n. 13, p. 11-38, jan./jun. 2007.

_____.; DANTAS, A. Não implantar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos Hospitais Universitários é possível e necessário! **Caderno de Notícias:** Jornal da ADUFES, Espírito Santo. n. 88, p. 6-7, ago./out. 2012. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

CRESS SÃO PAULO. Código de ética do (a) assistente social: 15 anos de avanços no campo da ética e da defesa dos direitos humanos. **Ação:** Jornal do CRESS SP 9ª Região, São Paulo, n. 59, jul./set. 2008.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

DE LAVOR, A. Atlas do trabalho escravo no Brasil: escravidão feita de miséria. **RADIS:** Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, n. 119, p. 20-21, jul. 2012.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública:** concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

DOMINGUEZ, Bruno. Retrato da saúde dos brasileiros. **RADIS:** Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, n. 103, p. 19-21, mar. 2011.

FALEIROS, V. P. O Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais na conjuntura dos anos 70. In: CFESS. (Org.) **30 anos do Congresso da Virada**. Brasília, DF, 2009.

FELIPE, K. B. O preso visto como inimigo. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1427>>. Acesso em: 12 set. 2013.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Revista Temporalis**, São Luis, ano 7, n. 13, p. 91-120, jan./jun. 2007.

FIGUEIREDO, A. **CNS se manifesta contrário a financiamento de planos privados com recursos públicos**. 30 mar. 2013. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/03/0462.html>>. Acesso em: 24 set. 2013.

FNEPAS. Disponível em: <<http://www.fnepas.org.br>>. Acesso em: 1 mar. 2010.

FORTI, V.; GUERRA, Y. Na prática a teoria é outra? In: _____.; _____. (Org.). **Serviço Social: temas, textos e contextos: coletânea nova de Serviço Social**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

FÓRUM NORTE-RIOGRANDENSE EM DEFESA DO SUS. **Informe do Fórum RN: debate sobre carreira única dos trabalhadores do SUS e encaminhamentos**. 23 jul. 2013a. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/07/0645.html#more>>. Acesso em: 24 set. 2013.

FÓRUM DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Ato público “Não é por centavos, é por direitos” no Rio de Janeiro/RJ - 20/06/2013**. 2013b. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/06/0600.html>>. Acesso em: 24 set. 2013.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Em defesa do SUS: público, estatal, universal e de qualidade**. nov. 2011. Disponível em: <http://susbrasil.net/wp-content/uploads/2011/11/CARTILHA_CNS.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013;

_____. **OS não! Contra a privatização**. 4 mar. 2012a. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2012/03/pela-inconstitucionalidade-das.html>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

_____. **Contra fatos não há argumentos que sustentem as organizações sociais no Brasil**: relatório analítico de prejuízos à sociedade, aos trabalhadores e ao erário por parte das Organizações Sociais (OSs). Brasília, DF, jun. 2012b. Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVOE9WUDAtYXlubnc/edit?pli=1>>. Acesso: 12 fev. 2013.

_____. **12/08/2013 - Seminário sobre Atenção Primária do Fórum RS**. 18 ago. 2013a. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/08/0698.html>>. Acesso em: 24 set. 2013.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Não perca! Grande Ato do Dia Mundial da Saúde do Fórum de Saúde RJ - 09/04/2013.** 27 mar. 2013b. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/03/0457.html>>. Acesso em: 24 set. 2013.

_____. **Vitória importantíssima:** o lmesf é declarado inconstitucional no TJ/RS. Neste dia de povo na rua, ganhamos ainda essa cereja no bolo!! 17 jun. 2013c. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/06/0595.html>>. Acesso em: 24 set. 2013.

_____. **A hora é de luta, e a Saúde tá na rua!** 23 jun. 2013d. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/06/a-hora-e-de-luta-e-saude-ta-na-rua.html>>. Acesso em: 24 set. 2013.

_____. **Ir para as ruas e se manifestar faz bem à saúde!** 8 jul. 2013e. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/07/0630.html>>. Acesso em: 30 set. 2013.

_____. **Manifesto de repúdio à proposta do governo federal de subsidiar os planos privados de saúde.** 7 mar. 2013f. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/03/manifesto-de-repudio-proposta-do.html>>. Acesso em: 1 out. 2013.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Questões da nossa época, v. 32).

GOMES, A. L. Os conselhos de políticas e de direitos. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. mod. 4. Brasília, DF: CEAD, 1999.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere:** Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. Edição e tradução Carlos Nelson Coutinho. Co-edição Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v. 3.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M. I. S. et al. **Política de saúde na atual conjuntura:** modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : Rede Sirius, 2007. pte. 2

GUERRA, Y. O projeto profissional crítico: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 28, n. 91, p. 5-33, set. 2007.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Serviçosocial em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IANNI, O. A construção da categoria. **Revista HISTEDBR Online**, Campinas, n. esp., p. 397-416, abr. 2011. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/revista/edicoes/41e/doc02_41e_1.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2011.

IASI, M. L. A rebelião, a cidade e a consciência. In: **Cidades rebeldes: passe livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2013.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores** 2012. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2012/Sintese_Indicadores/sintese_pnad2012.pdf>. Acesso em: 28 set. 2013.

JUNQUEIRA, V. Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado: duas faces da contra-reforma de estado na saúde. **Revista Temporalis**, São Luis, ano 7, n. 13, p. 67-90, jan./jun. 2007.

KOIKE, M. M. Formação profissional em Serviço Social: exigências atuais. In: CFESS. ABEPSS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: _____. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. **Infraestrutura e RH: problemas comuns dos sistemas de saúde latino-americanos**. Entrevistador: Informe ENSP. 22 fev. 2013. Disponível em: <<http://apsp.org.br/?cat=23&paged=10>>. Acesso em: 28 set. 2013.

LESSA, S. A emancipação política e a defesa de direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 27, n. 90, p. 35-57, jun. 2007.

LIMA, S. L. R. Movimentos sociais e a cidade. In: BRAVO, M. I. S. (Org.). **Movimentos sociais, saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: ENSP: FIOCRUZ, 2010.

MACHADO, F. A. Participação social em saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 299-305.

MAIS médico para a atenção básica. **RADIS: Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 131, p. 5, ago. 2013a.

MAIS médicos: protestos na pauta. **RADIS: Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 132, p. 7, set. 2013b.

MARCONSIN, C.; SANTOS, C. A acumulação capitalista e os direitos do trabalho: contradição histórica que preside a seguridade social. In: BEHRING, E. R.; ALMEIDA, M. H. T. **Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2008.

MARX, K. Emancipação política e emancipação humana. (Para a questão judaica). Tradução de José Barata-Moura. In: PAULO NETTO, José. **O leitor de Marx**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012a.

_____. Para a crítica da filosofia do direito de Hegel. Introdução. (Crítica da filosofia do direito de Hegel). Tradução de Vicente A. de A. Sampaio. In: PAULO NETTO, José. **O leitor de Marx**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012b.

_____.; ENGELS, F. Elementos fundantes de uma concepção materialista da história. (A ideologia alemã). Tradução de Rubens Enderle, Nélío Schneider e Luciano Cavini Martorano. In: PAULO NETTO, José. **O leitor de Marx**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

MASSON, F. M. A “Terceira Via” na reforma da saúde pública brasileira. **Revista Temporalis**, São Luis, ano 7, n. 13, p. 39-66, jan./jun. 2007.

MATOS, M. C. Assessoria e consultoria: reflexões para o Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. (Org.). **Assessoria, consultoria & Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MENICUCCI, T. M. G. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 87, p. 58-75, esp. 2006.

MÉSZÁROS, I. **O desafio e o fardo do tempo histórico: o socialismo no século XXI**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Serviços: UPA 24 h**. [2013a]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1791>. Acesso em: 30 set. 2013

_____. **Gestão da clínica no Sistema Único de Saúde (SUS): educação superior: seminários e apresentação**. [2013b]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1264>. Acesso em: 25 out. 2013.

MIOTO, R. C. T. Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CEAD: Ed. UnB, 2009.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca básica de Serviço Social, v. 5).

MORONI, J. A. O direito à participação no Governo Lula. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

MOROSINI, L. Mais médicos em debate. **RADIS: Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 132, p. 32-33, set. 2013.

MOTA, A. E. Apresentação. In: _____.et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

_____.Questão social e Serviço Social: um debate necessário. In: _____. (Org.). **O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Cortez,2008a.

_____. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008b.

OLIVEIRA, C. A. H. S. Desafios e perspectivas da formação profissional em Serviço Social na contemporaneidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 12., 2007, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: CFESS: CRESS 11ª Região/PR : ABEPSS : ENESSO, 2007. 1 CD Room.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes; [Rio de Janeiro]: Abrasco, 1989.

OPAS. **Saúde nas Américas: países: Brasil**. Washington, 2007. v. 2. (Publicação científica e técnica, n. 622). Disponível em: <<http://www1.paho.org/HIA/archivosvol2/paisespor/Brazil%20Portuguese.pdf>>. 15 set. 2013.

_____. **Saúde nas Américas: panorama regional e perfis de países**. Washington, 2012. (Publicação científica e técnica, n. 636). Disponível em: <<http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/sa-2012-cover-por.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAULO NETTO, J. **Democracia e transição socialista**: escritos de teoria política. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

_____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente a crise contemporânea. In: CAPACITAÇÃO em serviço social e política social: crise contemporânea: questão social e Serviço Social. mod. 1. Brasília, DF: CFESS, 1999.

_____. Notas sobre a reestruturação do Estado e a emergência de novas formas de participação da sociedade civil. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). **Política Social**: alternativas ao neoliberalismo. Brasília, DF: Ed.UnB, 2004.

PAULO NETTO, J. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. et al. Esforço de construção de um projeto profissional a partir da ruptura. In: _____. (Coord.) **O Serviço Social e o popular**: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Abertura da conferência. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DA FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DOS TRABALHADORES SOCIAIS, 19., 2008, Salvador. **Anais....** Salvador: CFESS, 2008. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/josepaulonetto.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2008.

_____. Introdução ao método da teoria social. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CEAD: Ed. UnB, 2009.

_____. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012. (Questões da nossa época, v. 44).

PEREIRA, C. P.; SIQUEIRA, M. C. A. As contradições da política de assistência neoliberal. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Pluralismo de bem-estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo. In: BOSCHETTI, I.; PEREIRA, P. A. P.; CÉSAR, M. A.; CARVALHO, D. B. B. (Org.). **Política social**: alternativas ao neoliberalismo. Brasília, DF: Ed. UnB, 2004.

PILLOTO, B. **Os hospitais universitários e sua crise**. [2008]. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/36023434/Os-Hospitais-Universitarios-e-Sua-Crise>>. Acesso em: 13 dez. 2010.

PILLOTO, Bernardo. **Truculência, tratoração e privatização dos serviços públicos!** 9 dez. 2011. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2011/12/truculencia-tratoraco-e-privatizacao.html#more>>. Acesso em: 29 set. 2013.

PONTES, R. N. **Mediação e serviço social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Mediação e serviço social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

RAICHELIS, R. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. O controle social democrático na gestão e orçamento público 20 anos depois. In: CFESS. (Org.). **Seminário Nacional: O Controle Social e a Consolidação do Estado Democrático de Direito**. Brasília, DF, 2011.

RAMOS, S. R. A mediação das organizações políticas. **Inscrita**, Brasília, DF, ano 7, n. 10, p. 41-46, 2007.

RAVAGNANI, C. L. C. **A saúde na formação profissional em Serviço Social**. 2010. 190 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2010.

REZENDE, C. A. P. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. et al. **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : Rede Sirius, 2007. pte. 2.

SAFATLE, V. Amar uma idéia. In: TELES, E.; HARVEY, D.; SADER, E. **Occupy**: movimentos de protesto que tomaram as ruas. São Paulo: Boitempo : Carta Maior, 2013.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. O controle social democrático na gestão e orçamento público 20 anos depois. In: CFESS. (Org.). **Seminário Nacional: O Controle Social e a Consolidação do Estado Democrático de Direito**. Brasília, DF, 2011.

SARRETA, Fernanda O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. 2009. 233 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista —Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2009.

SILVA, G. S. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempos de crise. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ: Rede Sirius, 2011. (Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde).

_____. Transferências de renda e monetarização das políticas sociais: estratégia de captura do fundo público pelo capital portador de juros. In: SALVADOR, E. et al. (Org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, J. F. S. Serviço Social e violência estrutural: notas introdutórias. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 15, n. 1, p. 159-174, 2006.

_____. **O método em Marx e o estudo da violência estrutural**. Disponível em: <<http://www.franca.unesp.br/O%20Metodo%20em%20Marx.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2012.

SILVA, M. O. S. et al. Esforço de construção de um projeto profissional a partir da ruptura. In: _____. (Coord.). **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. São Paulo: Cortez, 2007.

SIMIONATTO, I. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SINDSEP-SP. **Mais uma OS sendo escoraçada pela luta dos trabalhadores em São Paulo (SP):** agora é no AMEs Sapopemba!! 12 ago. 2013a. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/08/0696.html>>. Acesso em: 24 set. 2013.

_____. **SP: Trabalhadores colocam OS para fora do Ambulatório de Especialidades do Jardim Peri-Peri**. 2 ago. 2013b. Disponível em: <<http://www.cut.org.br/destaque-central/52846/sp-trabalhadores-colocam-os-para-fora-do-ambulatorio-de-especialidades-do-jardim-peri-peri>>. Acesso em: 24 set. 2013.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2002. (Questões da nossa época, v. 78).

SODRÉ, F. et al. Empresa brasileira de serviços hospitalares: um novo modelo de gestão. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013.

STEIN, R. H. Configuração recente dos programas de transferência de renda na América Latina: focalização e condicionalidade. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

TAVARES, V. **O SUS é criação do movimento popular organizado**. 8 jun. 2013a. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=757>>. Acesso em: 30 set. 2013.

_____. **Mais expansão de planos privados, menos fortalecimento do SUS**. 15 mar. 2013b. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/03/mais-expansao-de-planos-privados-menos.html>>. Acesso em: 30 set. 13.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: _____. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

TEIXEIRA, S. M. F. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 91-112.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa na educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHÔA, R. Resultados da pesquisa Serviço Social interfaces com a saúde: o ensino da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais no Brasil. **Revista Temporalis**, São Luis, ano 7, n. 13, p. 185-200, jan./jun. 2007.

VARGAS, T. **Debate na Ceensp sobre os novos modelos de gestão da Atenção Básica na cidade do Rio de Janeiro**. 1 ago. 2013. Disponível em: <<http://www.contraprivatizacao.com.br/2013/08/0663.html>>. Acesso em: 24 set. 2013.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Serviço Social e práticas democráticas na saúde: In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Sistema Único de Saúde, profissões de saúde e formação. **Revista Temporalis**, São Luis, ano 7, n. 13, p. 151-183, jan./jun. 2007.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan : Ed. IUPERJ : Ed. UCAM, 2000.

YUNES, J. Participação social em saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 133-139.